



**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 129. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**  
**am 9. August 2021**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

**Unterrichtung durch die Landesregierung über den Stand der Beratungen  
bezüglich der Konferenz der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsi-  
den-ten mit der Bundeskanzlerin am 10. August 2021 und die für Niedersachsen  
einzunehmenden Positionen zur weiteren Bekämpfung der Pandemie**

*Unterrichtung*..... 3

*Aussprache* ..... 6

**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. Christoph Eilers (CDU)
7. Abg. Dr. Marco Mohrmann (i. V. d. Abg. Laura Hopmann) (CDU)
8. Abg. Thomas Ehbrecht (i. V. d. Abg. Burkhard Jasper) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Petra Joumaah (CDU)
10. Abg. Volker Meyer (CDU)
11. Abg. Gudrun Pieper (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
12. Abg. Susanne Victoria Schütz (FDP)

## Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

13. Abg. Julia Willie Hamburg (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
14. Abg. Helge Limburg (GRÜNE)
15. Abg. Dr. Stefan Birkner (FDP)

## Von der Landesregierung:

Staatssekretär Dr. Mielke (StK).

## Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Keuneke.  
Beschäftigte Kahlert-Kirstein.

## Niederschrift:

Regierungsdirektorin Dr. Kresse,  
Regierungsrätin Dr. Schütze, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 11 Uhr bis 12.30 Uhr.

Tagesordnung:

**Unterrichtung durch die Landesregierung über den Stand der Beratungen bezüglich der Konferenz der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten mit der Bundeskanzlerin am 10. August 2021 und die für Niedersachsen einzunehmenden Positionen zur weiteren Bekämpfung der Pandemie**

*Die Fraktion der FDP hatte mit Schreiben vom 29.07.2021 um die Durchführung einer zusätzlichen Sitzung zum o. g. Thema vor dem 10.08.2021 gebeten.*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) wies eingangs darauf hin, dass Staatssekretär Dr. Mielke, der die Unterrichtung vornehmen werde, aufgrund von Folgeterminen bezüglich der MPK mit der Kanzlerin nur bis 12.30 Uhr an der Sitzung teilnehmen könne, und schlug vor diesem Hintergrund vor, die Antworten auf gesundheitspolitische Fragen, die sich an Frau Schröder aus dem MS richteten, ans Ende zu stellen. - Der **Ausschuss** war damit einverstanden.

### Unterrichtung

StS **Dr. Mielke** (StK): Bereits in der 128. Sitzung des Ausschusses am 15. Juli hatte ich angekündigt, dass es im August durchaus Bewegung in der Frage des weiteren Vorgehens in der Corona-Pandemie geben kann. Es gab inzwischen ja auch bereits eine Änderungsverordnung vor dem Hintergrund relativ rasch steigender Inzidenzen, weil wir vermeiden wollten, allzu früh in ein Jo-Jo-Spiel hineinzugeraten. Dies erfolgte vor allem auch vor dem Hintergrund, dass sich mehr und mehr herausstellte - das ist mittlerweile über Zahlen des RKI, aber auch über Zahlen hier in Niedersachsen gut belegt -, dass die aktuellen Infektionsraten mit Blick auf die Gefährlichkeit nicht mit denen der Vergangenheit vergleichbar sind.

Auf die Diskussion, die sich daraus ergeben hat, hatte ich auch schon am 15. Juli hingewiesen. Es wird überlegt, ob es eine neue Nomenklatur, eine neue Einordnung des Infektionsgeschehens geben sollte und, wenn ja, wie diese im Detail aussehen sollte.

Das ist Kern und Anlass der morgigen Beratung der Regierungschefinnen und -chefs des Bundes und der Länder. Unter anderem wird es dort aber auch um das Thema Fluthilfefonds gehen.

Ich gehe davon aus, dass der Stand der Beratungen allen aus den Medien bekannt ist. Die Debatte wird im Moment ja öffentlich sehr vielstimmig geführt. Bisher gibt es noch keine Beschlusspapiere für die morgige Konferenz, die eigentlich für Ende letzter Woche angekündigt waren. Aber die Dinge sind dann wohl doch komplizierter.

Worüber besteht bei allen Beteiligten Einigkeit, und wo steht die Niedersächsische Landesregierung? - Die Frage der FDP-Fraktion war ja, mit welcher Position Niedersachsen in die Gespräche geht.

Alle sind sich darin einig, dass die bisherigen Inzidenzstufen mit ihren jeweiligen, mittlerweile relativ restriktiven ordnungspolitischen Zuordnungen überholt sind, dass man entweder die Werte anheben oder zu einem ganz anderen Regime kommen muss, das berücksichtigt, dass die meisten, die sich jetzt infizieren, nicht so schwer erkranken bzw. nicht auf den Intensivstationen der Krankenhäuser landen. Entsprechende Zahlen dazu kann Ihnen im Anschluss Frau Schröder vortragen.

Hinsichtlich der Frage, was wir eigentlich daraus schließen, gibt es sehr unterschiedliche Herangehensweisen. Ich will einmal versuchen, diese Debatte, die in erheblichem Umfang vom Thema der Tests bestimmt ist, vom Kopf auf die Füße zu stellen.

Es gibt im Prinzip drei verschiedene Wege, über die man - je nach fachlicher Einschätzung der Zahlen - auf diese Situation reagieren kann.

Erstens gibt es die Möglichkeit, dass man in den bisher bestehenden Verordnungen, die auf einem Stufensystem beruhen - wie unsere -, schlicht und ergreifend die Inzidenzwerte nach oben verschiebt.

Zweitens gibt es die Möglichkeit - das hat z. B. Mecklenburg-Vorpommern und, ich glaube, auch Berlin schon eingeführt -, sich bei den Stufen nicht nur an der Inzidenz zu orientieren. Hierbei kommt eine Arithmetik zum Tragen, die wiederum sehr unterschiedlich ist - berücksichtigt werden Impfquoten und Auslastung der Krankenhäuser, insbesondere die Intensivbettenbelegung.

Drittens gibt es die Möglichkeit, über die die Gesundheitsministerin in den letzten Tagen gesprochen hat, nämlich sich von Stufen welcher Art auch immer zu verabschieden, sich davon zu verabschieden, alle Lebenssituationen in irgendeiner Form zu regeln, und nur noch Bereiche zu regeln, in denen wegen Gefährlichkeit oder besonderer Schutzbedürftigkeit ein besonderer Regelungsbedarf gesehen wird. Ein entsprechendes Basiskonzept würde vorsehen, dass Masken in bestimmten Lebenssituationen weiter getragen werden müssen und es in bestimmten Lebenssituationen notwendig ist, geimpft, genesen oder getestet zu sein. In diesen Bereich gehört übrigens die Debatte über die Tests, auf die ich noch im Detail eingehen werde. Im Übrigen würde dann so etwas wie eine Notbremse an einem Punkt eingezogen werden, ab dem ein Entgleiten der Situation droht und deshalb ein Eingreifen erforderlich ist.

Das sind die drei Modelle, die im Moment diskutiert werden. Die Diskussionslage ist dabei einigermaßen bunt. Viele halten sich ausgesprochen bedeckt bei der Frage, wie man an dieses Thema herangeht, wobei wir als Landesregierung beim Bund - sowohl beim Kanzleramt als auch beim Gesundheitsministerium - eine gewisse Neigung für das letztgenannte Modell sehen: also Basisregelungen und eine Eskalationsstufe als Endpunkt einer freieren Entwicklung. Es liegt aber weder eine Formulierung von der Bundesebene noch eine Empfehlung von der Gesundheitsministerkonferenz - diese war erbeten worden - vor. Das liegt daran, dass die Meinungsbildung in den Ländern so differenziert ist, wie ich es gerade dargestellt habe. Dementsprechend haben auch meine Kolleginnen und Kollegen und ich in den vorbereitenden Gesprächen mit dem Kanzleramtschef noch keine konkreten Parameter entwickelt. Um 13 Uhr findet zur Vorbereitung der morgigen Chatschale eine weitere Gesprächsrunde statt. Ich bin gespannt, ob sie zu konkreteren Vorschlägen kommt.

Ich möchte noch kurz etwas zu den Vor- bzw. Nachteilen der drei Grundsatzmodelle, die ich genannt habe, sagen.

Erstens zu dem Stufenmodell, das auf den Inzidenzwert abstellt: Wir stellen im Moment fest, dass das Stufenmodell mit Blick auf seine Anwendung - obwohl wir quasi das gesamte Leben einigermaßen durchreguliert haben - doch relativ starr ist. Wir haben aber ein sehr dynamisches Geschehen. Die Inzidenzzahlen sind in diesem

Sommer sehr spät gesunken, jetzt steigen sie aber relativ schnell wieder. Darauf haben wir mit einer Zwischenverordnung reagiert, damit die Kommunen nicht gezwungen sind, bei klar eingrenzbar Ausbruchsgeschehen das gesamte Leben wieder herunterzufahren. Das ist nicht gewollt.

Wenn man jetzt z. B. festlegen würde, dass die Regelungen, die aktuell ab einer Inzidenz von 50 vorgesehen sind, erst ab einer Inzidenz von 100 greifen - ohne zu sagen, ob die Situation bei 100 gefährlich oder regelungsbedürftig ist -, gäbe es nach wie vor eine gewisse Unflexibilität. Man müsste in diesem Zusammenhang auch schauen, ob die entsprechenden Regelungen auch für die nächsthöhere Stufe in der Sache bzw. im Detail noch die richtigen sind.

Auf der anderen Seite ist das Stufenmodell ein eingeübtes System; es ist bekannt und wird von den Menschen auch verstanden - ob sie es gut finden, ist eine andere Frage. Dies wäre jedenfalls ein Vorteil.

Zweitens. Die Stufenmodelle, die nicht nur auf Inzidenzwerte abstellen, haben natürlich den großen Vorteil, dass andere Einflussfaktoren mit einberechnet werden. Sie haben aber auch den Nachteil, dass sie auf ihre Weise gewissermaßen Vorgaben über Stufen machen. Das heißt, ab einem bestimmten Punkt sind auch sie unflexibel.

Sämtliche Stufenmodelle, die bisher in diesem Zusammenhang vorgelegt bzw. umgesetzt worden sind - es gibt ein Papier des RKI zu diesem Thema; es gibt ein Papier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu diesem Thema; es gibt z. B. die Regelung in Schleswig-Holstein -, haben das Problem, dass man permanent komplizierte Berechnungen anstellen muss. Dann ist man wieder bei der Frage, wie verlässlich Werte eigentlich sind und wie administrierbar und verständlich sie sind. Man würde dann sehr genau darauf achten müssen, dass die Menschen, aber auch diejenigen, die die Verordnungen anwenden müssen, nicht überfordert werden.

Die Regelung z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, bei der die Inzidenz der Leitfaktor ist, berücksichtigt auch Impffortschritt und Krankenhausauslastung. Da muss man schon sehr genau erklären, welche Formeln man im Einzelnen verwendet. Das ist nicht selbsterklärend. Richtig spannend wird es, wenn man das Ganze, wie Epidemiologen fordern, sehr fein verästeln und versuchen

müsste, die unterschiedlichen Alterskohorten und Liegedauern usw. zu berücksichtigen.

Das wäre also nur begrenzt flexibler und schlechter verständlich sowie administrierbar.

Von daher spricht relativ viel für das dritte Modell, das ich angesprochen habe. Dann würde man in den Bereichen, in denen angesichts des Impffortschrittes und der bestehenden Erkrankungsbilder eigentlich nicht mehr die Notwendigkeit besteht, irgendetwas zu regeln, einen gewissen Basischutz vorschreiben - Stichwort „AHA-Regeln“. Das wird sich in aller Regel in erster Linie auf die Maske beziehen; denn Abstände einhalten und Händewaschen kann man nicht wirklich administrieren. Der Appell gehört aber dazu.

Ferner wird man einzelne Bereiche definieren müssen, für die der Nachweis erforderlich ist, dass man entweder geschützt oder genesen oder gerade nicht infektiös ist - Stichwort „Testungen“. An diese Stelle gehört auch die Debatte, die bundesweit die Schlagzeilen bestimmt. Das ist ein Teilaspekt dieser Grundsatzlösung, über den man an der Stelle nachdenken muss.

Diese Lösung klingt zunächst einmal einigermaßen einfach; die handwerkliche Umsetzung ist aber nicht banal. Wir werden alle Lebensbereiche noch einmal durchgehen müssen. So stellt sich die Frage, ob wir in den Bereichen, in denen es bisher - sage ich mal - Sicherheitslinien durch die jeweiligen Inzidenzwerte gab und in denen wir bei niedrigen Inzidenzen bestimmte Dinge freigegeben haben, wieder Grenzen einziehen, indem wir vorschreiben, dass man z. B. geimpft sein muss. Das sind keine Banalitäten; das müssen wir genau prüfen. Denn es muss bei einer entsprechenden allgemeinen Liberalisierung der Regeln gleichzeitig verhindert werden, dass womöglich durch die Hintertür Verschärfungen eingeführt werden, die es bei bestimmten Inzidenzstufen jetzt gar nicht gibt.

Die Umsetzung wird also handwerklich sicherlich schwierig, ist aber, glaube ich, machbar.

Die Antwort auf die Frage, an welcher Stelle eine „Notbremse“ eingezogen wird, hängt davon ab, wie sich das weitere Erkrankungsgeschehen im Verhältnis zu den Impfungen abspielt. Wir alle wissen, dass sich eine Verschlimmerung bei den Verläufen bzw. Auswirkungen auf die Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte immer erst mit einer gewissen Verzögerung - zwei bis vier

Wochen nach der Infektion - abbilden. Wenn man in einem Modell komplett auf Inzidenzwerte verzichtet und nur mit allgemeinen Vorgaben - Schutzmaske bzw. ergänzend 3G-Regel; geimpft, genesen, getestet - arbeitet, dann ist es möglicherweise zu spät, noch eine Justierung vorzunehmen, wenn die Inzidenzen nach oben schnellen und die Kliniken volllaufen. Das ist ein Grundrisiko, das in dieser Variante enthalten ist. Dementsprechend wird man bei dieser Variante genauer ermitteln müssen, wo eine solche Grenze liegen könnte. Diese Grenze wiederum kann man frei definieren. Man kann aber auch weiter monitoren - das halte ich für sinnvoller -, wie der Impffortschritt ist. Es wird beklagt, dass es nicht schnell genug geht und sich bestimmte Personen nicht impfen lassen können. Gleichwohl geht es nach wie vor voran. Der Kreis geschützter Menschen wird weiterhin größer. Dann muss man schauen, wie sich das Erkrankungsgeschehen vor diesem Hintergrund entwickelt. Dazu gibt es aktuelle Untersuchungen, die Frau Schröder noch darstellen kann.

Zu der Frage, wie sich die Niedersächsische Landesregierung zu alldem positioniert: Wir sind - salopp gesagt - mit allen im Mainstream der Auffassung, dass alles lockerer werden darf, weil die Gefährdungslage nachweislich geringer geworden ist.

Zum Zweiten - so hat sich auch der Ministerpräsident öffentlich geäußert - ist uns vor allem wichtig, dass es in dieser Frage, nämlich nach welchem System wir eigentlich verfahren, zu einer bundesweiten Einigung kommt. Es mag unterschiedliche Regelungen in den Ländern geben, wann man ein Restaurant besuchen darf usw. Das ist vielleicht ärgerlich, aber im Grundsatz nicht so problematisch, als wenn z. B. Nordrhein-Westfalen nach dem Modell 2 vorgeht und Niedersachsen nach dem Modell 3 oder umgekehrt. Dann gibt es einen Flickenteppich, den man der Bevölkerung bundesweit nicht mehr vermitteln kann.

Deshalb ist es uns wichtig, dass es zu einer einheitlichen Regelung kommt. Viele halten sich noch bedeckt, was sie an der Stelle überhaupt anstreben. Wir haben eine gewisse Präferenz - das ist aber innerhalb der Regierung noch nicht endgültig abgestimmt; das sage ich ausdrücklich - für das dritte Modell; ich habe zu den Vor- und Nachteilen der Modelle einiges gesagt. Das mag sich aber in den Beratungen der nächsten Tage noch in eine andere Richtung verschieben.

## Aussprache

Abg. **Dr. Stefan Birkner** (FDP): Herzlichen Dank, Herr Mielke, für die Unterrichtung, und auch dafür, dass die Sitzung heute zustande gekommen ist.

Sie haben drei verschiedene Modelle dargestellt - dazu einige Anmerkungen.

Das erste Modell ist aus meiner Sicht nach der Entscheidung des OVG ohnehin hinfällig. Alleine auf die Inzidenzwerte abzustellen, ist offenkundig nicht länger rechtmäßig. Das OVG hat deutlich gesagt, dass die aktuelle Lage - Sie haben auch darauf hingewiesen -, was die Gefährdungseinschätzung angeht, eine andere ist als noch vor etwa einem Jahr, sodass sich - so habe ich es verstanden - die Debatte bei Ihnen, aber auch im Rahmen der MPK, insbesondere auf das zweite und dritte Modell konzentriert.

Ich bin allerdings irritiert, dass man das dritte Modell sozusagen als Alternative zum zweiten Modell diskutiert. Denn nach unserer Auffassung müssen sich die Corona-Maßnahmen selbstverständlich auf die konkreten Gefährdungslagen beziehen. Immer nur dort, wo tatsächlich eine Gefährdung besteht, sind Eingriffe am Ende verhältnismäßig und rechtmäßig. Wenn man konkret feststellen kann, wo man eingreifen muss, dann muss man die Eingriffe auch darauf beschränken. Allein unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten ist deshalb nach unserer Einschätzung das von Ihnen als dritte Variante dargestellte Modell anzustreben.

Sie haben auch darauf hingewiesen, dass das so pauschal nicht funktioniert, weil man natürlich das Infektionsgeschehen, die Krankheitsverläufe und die Situation in den Krankenhäusern beobachten muss. Auch hier wird also man wieder über ein Bewertungskriterium reden müssen: Ab wann ist in bestimmten Lebensbereichen möglicherweise ein schärferes Eingreifen erforderlich? - Nach unserer Auffassung ist es notwendig - wir haben ja einen Vorschlag dazu gemacht, wie so etwas aussehen könnte -, vom reinen Inzidenzwert wegzukommen - es ist ohnehin klar, dass er hinfällig ist - und zu einem Mischwert zu kommen, der insbesondere den Impffortschritt und die Belastung der Krankenhäuser berücksichtigt.

Wir teilen nicht die Einschätzung, dass eine solche Berechnung zu komplex ist. Sicherlich muss man eine entsprechende Berechnung vorneh-

men, aber wichtig ist, dass am Ende ein klares Ergebnis steht. Sie kennen z. B. die Vorschläge von Herrn Krause vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig, der schon seit über einem Jahr für ein Ampelsystem plädiert, mit dem verdeutlicht wird, was am Ende gilt.

Aus meiner Sicht kann allein schon unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten nur das geregelt werden, wofür ein besonderer Regelungsbedarf besteht - unter Einziehung einer „Notbremse“ bzw. von Grenzen in einzelnen Lebensbereichen, die anhand eines Mischwerts bestimmt werden.

Die entscheidende Frage ist aber - hier wäre ich für eine Auskunft dankbar -, was genau das Ziel der Corona-Politik ist. Geht es darum, die Infektionszahlen so gering wie möglich zu halten? Geht es darum, eine hohe Belastung des Gesundheitssystems zu vermeiden? Das scheint mir eine Frage zu sein, die in vielen Debatten, auch über die verschiedenen Modelle, immer unausgesprochen mitschwingt, ohne dass sie tatsächlich beantwortet wird.

Ich habe eigentlich gehofft, dass die Landesregierung heute sagt, mit welcher konkreten Position sie in die Gespräche morgen geht. Sie haben gesagt, dass sich die Landesregierung noch in der Abstimmung befindet. Schon morgen findet also die MPK statt, aber in der Landesregierung gibt es noch keine abgestimmte Festlegung, welches Modell man präferiert. Ich hätte mir gewünscht, dass sich die Landesregierung auch einmal mit eigenen konkreten Vorschlägen vorwagt und sich nicht nur im Rahmen der bestehenden Diskussion versucht, zu positionieren. Deshalb ist meine Bitte, dass Sie noch einmal deutlich machen, was genau das Ziel der Corona-Politik der Landesregierung ist. Und mit welchen Instrumenten meinen Sie, dies am besten erreichen zu können?

Abschließend: Welche Auswirkungen haben die Beschlüsse morgen nach Ihrer Einschätzung auf die geltende Corona-Verordnung, und wie soll diesbezüglich der weitere Fahrplan sein? Ich glaube, es ist klar, dass die bestehende Systematik der Corona-Verordnung nicht beibehalten werden kann. Auch unter dem Eindruck der OVG-Entscheidung muss, meine ich, kurzfristig gehandelt werden. Wie gedenkt also die Landesregierung, mit den Ergebnissen der morgigen MPK umzugehen?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Erst einmal möchte ich mich der Frage von Herrn Birkner

nach dem Ziel der Corona-Politik der Landesregierung anschließen. Denn die Frage, welches Ziel Sie mit Blick auf die Verhandlungen morgen anstreben, ist nicht beantwortet. Das ist aber durchaus eine relevante Frage - darüber haben wir auch schon häufiger geredet.

Ferner interessiert mich, inwiefern Sie überlegen, zukünftig stärker zu differenzieren. Sie haben gerade ausgeführt, dass Menschen, die Impfungen erhalten haben, besonders gering gefährdet sind. Andere sind dafür potenziell stärker gefährdet, sich zu infizieren. Deshalb wäre es gut, wenn Frau Schröder Zahlen und Erkenntnisse dazu nennen könnte. Ich habe heute gelesen, dass beispielsweise in den USA die schweren Verläufe bei Kindern zunehmen. Da stellen sich die Fragen: Hat das Auswirkungen? Gibt es dazu valide Erkenntnisse?

Wenn Sie ein differenzierteres Verfahren - Stichworte „Maske“ und „Abstand“ etc. - anstreben, stellt sich die Frage, inwiefern Sie überlegen, auch verschiedene Maßnahmen für unterschiedliche Altersgruppen festzulegen. Denn in den unteren Altersgruppen gibt es zwar weniger schwere Verläufe als in anderen, aber es gibt sie. Es gibt aber gleichzeitig noch keinen Zugang zu Impfungen. In England und den USA wurde festgestellt, dass bestimmte Kohorten besonders von der Wucht der Infektion getroffen werden. Deshalb stellt sich die Frage, inwiefern Sie überlegen, hier gezielte Maßnahmen zu ergreifen, und inwiefern dieses Thema mit auf die MPK genommen wird.

Herr Birkner hat schon gefragt, was Niedersachsen gerne umsetzen würde. Sie haben gesagt, dass Sie die Variante 3 präferieren. Was heißt das Ihrer Meinung nach konkret?

Natürlich ist es begrüßenswert, dass Sie ein einheitliches Verfahren anstreben. Das ist sicherlich Bedingung. Trotzdem müssen Sie ja mit Konzepten in die Gespräche gehen und können nicht nur darauf warten, was die anderen sagen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte mich zunächst dem anschließen, was der Kollege Birkner gesagt hat. Wir haben schon mehrfach darüber diskutiert, dass der reine Inzidenzwert eigentlich nicht mehr der Maßstab sein kann. Und ich glaube, auch mit Blick auf die Zielsetzung waren wir alle uns relativ einig, dass wir eine Überlastung unseres Gesundheitssystems verhindern und daran orientiert die Maßnahmen gestalten wollen. Und darüber, dass die Maßnahmengestaltung

heute eine andere sein muss als noch vor einem Vierteljahr oder halben Jahr, sind wir uns, glaube ich, auch einig.

Ich begrüße, dass die Landesregierung den Weg gehen will, nur noch dort etwas zu regeln, wo es notwendig ist, wo eine besondere Gefährdung besteht - nach dem Grundsatz: Maskenpflicht, Testungen usw.

In diesem Zusammenhang interessiert mich, wie mit dem Thema Geimpfte, Genesene und Ungeimpfte mit Blick auf die in Rede stehenden Regelungen umgegangen werden soll. Inwieweit ist hierbei der Meinungsbildungsprozess der Landesregierung abgeschlossen?

Ich persönlich - das sage ich ganz deutlich - bin gegen eine Gleichbehandlung von Geimpften und Ungeimpften. Ich glaube, wir werden dazu kommen müssen, dass diejenigen, die einen gewissen Beitrag für die Gesellschaft leisten, nicht weiteren Einschränkungen unterliegen dürfen gegenüber denjenigen, die unter Umständen keinen Beitrag leisten. Es gibt ja so einen Spruch: Die Freiheit des Einzelnen endet dort, wo die Freiheit der anderen durch das Handeln des Einzelnen beschränkt wird. - Dem kann ich persönlich eine ganze Menge abgewinnen. Dazu interessiert mich die Einschätzung der Landesregierung.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Zunächst zu Ihrem Statement, Herr Meyer: Das Problem ist doch zum einen - Frau Hamburg hat schon darauf hingewiesen -, dass de facto zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht alle Menschen, die dies wollen, bereits die Möglichkeit hatten, sich vollständig impfen zu lassen. Zum anderen gibt es die Gruppe der unter 18-Jährigen, für die gegenwärtig keine Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission vorliegt. Es gibt auch die Gruppe der Schwangeren, für die die ausdrückliche Empfehlung ist, sich nicht impfen zu lassen.

Insofern muss man die Debatte sehr differenziert führen und mindestens weiterhin die Möglichkeit einräumen, durch Tests Freiheiten zu erhalten. Ansonsten käme man zu einer Benachteiligung von Familien, Schwangeren usw. Das kann nicht das Ziel der Politik sein. Die Debatte muss, glaube ich, weiterhin sehr vorsichtig und differenziert geführt werden.

Der Zeitplan, nach dem Herr Dr. Birkner schon gefragt hat, interessiert auch mich sehr. Wann ist in Niedersachsen mit einem neuen Verordnungs-

entwurf zu rechnen? Beziehungsweise: Da die Debatte ja noch in einem so frühen Stadium und so grundsätzlicher Natur ist, wann rechnen Sie morgen - auch wenn das sicherlich ein Blick in die Glaskugel ist - mit Ergebnissen? Oder kann es auch passieren - das hatten wir ja schon mal; und, ich glaube, es besteht Einigkeit, dass sich das nicht wiederholen sollte -, dass sich die MPK z. B. auf den nächsten Tag vertagt, weil sie nicht zu Ergebnissen gekommen ist? Wie müssen wir uns die konkreten Zeitabläufe vorstellen?

Sie haben am Anfang Ihres Vortrages angedeutet, dass auch die Möglichkeit bestände, die gegenwärtigen Stufen beizubehalten, aber die Folgen bei Überschreiten der Stufen - z. B. der 50er-Stufe - weniger drastisch zu fassen und viel stärker zu lokalen und regionalen Maßnahmen zu kommen und z. B., je nach Inzidenz, Schutzmaßnahmen in Schulen und anderen Einrichtungen zu verschärfen. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist das aber gar nicht mehr im Gespräch.

Wenn Sie sagen, dass es stärker um den Schutz gefährdeter Gruppen gehen soll als sozusagen um allgemeine Einschränkungen: An welche Gruppen ist konkret gedacht? Geht es immer noch um die Seniorenheime, obwohl es dort überall Impfangebote gab? Geht es um Schulen, Kitas? Was wird da diskutiert, bzw. an was denken Sie, wenn Sie darüber mit Ihren Kolleginnen und Kollegen diskutieren?

Schließlich: Wird es bei der Ministerpräsidentenkonferenz auch um die Impfkampagne gehen? Wenn ja, werden dann die Erfahrungen der Länder zusammengeführt? Berlin z. B. veranstaltet jetzt „Impfnächte“ und unterbreitet Personen, die ohne Papiere im Land leben, das Angebot, sich anonym impfen zu lassen. Das ist ja unter Gesichtspunkten der Pandemiebekämpfung genauso sinnvoll wie die Impfung von jedem anderen. Gibt es darüber einen Austausch zwischen den Ländern und, wenn nein, warum nicht?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte noch kurz auf die Anmerkung von Herrn Limburg zu meinem Wortbeitrag eingehen. Natürlich müssen wir bei den Ungeimpften differenzieren - da bin ich durchaus bei Ihnen. Hinsichtlich der Empfehlung der STIKO dagegen kommen wir, glaube ich, zu unterschiedlichen Einschätzungen.

StS **Dr. Mielke** (StK): Nur der guten Ordnung halber vorab folgender Hinweis zu der Frage, ob die Inzidenzwerte ausgedient haben: Es gibt nach

wie vor § 28 a des Infektionsschutzgesetzes, dessen Regelungsgehalt einigermaßen hybrid und auslegungsfähig ist. Ob man von den dort formulierten Geboten, wie zu verfahren ist, wenn der Inzidenzwert 35 bzw. 50 überschritten ist, relativ frei abweichen und gänzlich darauf verzichten kann, diese Werte zu erwähnen, ist womöglich nicht nur ein akademisches rechtliches Problem.

Es gibt jetzt eine Entscheidung des OVG, wonach es unterhalb einer Inzidenz von 35 keine Differenzierungen mehr geben darf. Das ist eine der Grundaussagen der Entscheidung. Das war auch für uns eine neue Botschaft, die wir auf jeden Fall beherzigen werden.

Insgesamt wird auch die Frage, was mit § 28 a passieren wird, eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Das überschneidet sich mit der Debatte darüber, ob man die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite über den 30. September hinaus verlängert. Denn daran hängt auch die Existenz dieses Paragraphen. Ich glaube aber nicht, dass das morgen im Detail eine Rolle spielen wird.

Herr Birkner, Sie haben gesagt, eigentlich komme nur die dritte Variante in Betracht, weil unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten nur geregelt werden könne, was erforderlich sei. Das gilt aber im Grunde genauso für die zweite Variante; denn es wird natürlich ein bestimmtes Risiko berechnet.

Zum Ziel, über das wir im Moment reden: Wir hatten bisher immer das Ziel, vulnerable Gruppen zu schützen und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten. Das Ziel, die vulnerable Gruppe namentlich der Betagten, zu denen ich als über 60-Jähriger mittlerweile auch zähle, zu schützen, ist inzwischen deutlich in den Hintergrund getreten. Wir werden aber die Schulen und Altenpflegeheime im Blick behalten. Der Schutz der vulnerablen Gruppen erfolgt also eher nach Situation denn nach Alter.

Das Hauptziel, um das es an der Stelle geht, ist also die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Da gibt es auf der einen Seite - ich komme auf die Verhältnismäßigkeitsdebatte zurück - diejenigen, die fragen, ob man sozusagen dem Braten trauen kann, auch im internationalen Vergleich - in Israel sieht es anders aus als in Großbritannien usw. -, und die lieber nach wie vor Regelungen mit bestimmten Stu-



fen vorab wollen. Das ist im Grunde genommen eine Risikoabwägung vorab. Das andere System hingegen stellt eher auf eine Risikonachsorge und Notbremse ab.

Der Grundgedanke, dass man sich an den Zielen insgesamt orientieren muss und nur das regeln kann, was tatsächlich erforderlich ist, ist der gleiche. Von daher schließt das eine das andere nicht von vornherein völlig aus.

Wovon man wegkommen muss: Wir haben im Grunde über anderthalb Jahre gelernt, reflexhaft auf den Anstieg von Infektionszahlen zu reagieren - das beobachte ich auch an mir selbst - und diesen an sich für gefährlich zu halten. Von dieser Denke muss man mit Blick auf beide Modelle wegkommen. Da mögen sich die einen leichter und die anderen schwerer tun.

Ich kann auch - colorandi causa - etwas dazu sagen, welche Akteure ganz andere Sichtweisen vertreten. Wir hatten vor zwei Wochen in der CdS-Konferenz mit dem Kanzleramt einen Vortrag des RKI-Präsidenten Wieler, der ganz fürchterliche Zahlen hochrechnete (auf der Basis der Erfahrungen der Vergangenheit). Er sagte, wir seien mitten in der vierten Welle und bräuchten eigentlich neue Kontaktbeschränkungen.

Es ist also nicht so, dass alle Personen, die von Berufs wegen dazu berufen sind, Fachexpertisen abzugeben, die Einschätzung teilen, dass wir vieles lockerer fassen können.

Dazwischen verläuft die Diskussion auf der Bundesländer-Ebene.

Zur Frage, womit wir konkret in die Gespräche gehen: Ich habe vorhin vergessen, etwas anzusprechen. Das betrifft die Debatte über diejenigen, die sich nicht impfen lassen - ausgehend davon, dass wir hier keine Gerechtigkeitsdebatte zu dieser Frage führen können, sondern eigentlich nur das regeln können, was infektionsfachlich erforderlich ist. Wir können z. B. nicht sagen, dass sich jemand nicht gemeinschaftsgerecht verhält, sondern die Frage ist, ob etwas für die Pandemiebekämpfung erforderlich ist. Wir gehen davon aus, dass es sich rechtlich überhaupt nicht darstellen lässt, Nichtgeimpfte von etwas auszuschließen, wenn es ein milderer Mittel gibt, um einen Zugang zu gewähren. Langer Rede kurzer Sinn: Wir gehen davon aus, dass Getestete in der Zukunft den gleichen Zugang haben müssen wie Geimpfte und Genesene. Eine andere Frage ist,

welchen „Härtegrad“ ein solcher Test haben muss - ob es ein Schnelltest sein kann oder ein PCR-Test sein muss -, wenn man sich ansonsten völlig von Inzidenzwerten löst und an der Stelle theoretisch ein hohes Risiko eingeht, ob man hier nicht eine höhere Sicherheit braucht. Aber diese Frage, die in den nächsten Tagen sicherlich noch eine Rolle spielen wird, fällt eher in den Fachbereich von Frau Schröder.

Hinsichtlich der Frage der Kostenpflichtigkeit der Tests kann man natürlich sagen: Wenn es jemandem möglich ist, sich mit deutlich weniger Aufwand impfen zu lassen, gibt es eigentlich keinen Grund - alleine in diesem Jahr wurden 3 Milliarden Euro für Tests ausgegeben -, einen Test aus der öffentlichen Hand zu finanzieren. Das ist eine Position, die wir in der MPK unterstützen würden.

Allerdings hat Herr Limburg recht - ich glaube, da gab es auch keine Uneinigkeit -, dass man da sehr genau differenzieren müssen. Nach wie vor wird es Bevölkerungsgruppen geben - in jedem Fall die unter 12-Jährigen -, die sich nicht impfen lassen können. Man mag ja über die STIKO denken wie man will, aber man wird jedenfalls sehr differenzierte Regelungen finden müssen hinsichtlich der Frage, inwiefern solche Tests kostenlos sein sollen - z. B. sozusagen als mit der Impfung vergleichbares Angebot für Personen, die nicht geimpft werden können - oder kostenpflichtig, weil das wirklich den Bereich der eigenen Vorsorge betrifft.

Eine Differenzierung nach Altersgruppen, Frau Hamburg, ist so nicht vorgesehen. Man muss ja auch immer schauen, dass man sich nicht in Einzelfallerfordernissen verliert und die Dinge völlig unübersichtlich und in der Umsetzung schwer handhabbar werden. Eins der Ziele, das wir anstreben, ist auch, dass die Verordnung schlicht, handhabbar und verständlich ist.

Über welche Situation wir bei den vulnerablen Gruppen reden, habe ich schon angedeutet. Namentlich geht es um die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. Bei den Alten- und Pflegeheimen hängt das ein bisschen davon ab, inwiefern womöglich der hohe Impfschutz dort mit Auffrischungsimpfungen aufrechterhalten werden kann. Denn in der Tat ist die Gefährdungslage dort mittlerweile sehr gering geworden. Eher stellt sich z. B. die Frage, ob Besucher Masken tragen sollten.

Zur Frage nach den Zeitplänen: Wenn es morgen hoffentlich ein Ergebnis gibt, das operationabel ist, dann wissen wir auch, wie wir die Verordnung umbauen müssen. Dann können wir relativ konkret den weiteren Zeitplan benennen. Ich habe mit dem Vorsitzenden schon besprochen, dass wir dann noch in dieser Woche einen entsprechenden Hinweis zur zeitlichen Orientierung geben würden. Die geänderten Regelungen werden sicherlich noch nicht Mittwoch in Kraft treten können; denn die Änderung der Verordnung wird eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen, weil sie auch handwerklich nicht ganz banal ist. Aber in jedem Fall wird das noch im August erfolgen.

Bei der Frage, wie lange die MPK mit der Kanzlerin dauert, haben Sie, Herr Limburg, zu Recht das Stichwort „Glaskugel“ genannt. Ich kann nur sagen: Je mehr Punkte man bespricht, umso länger dauern die Verhandlungen. Es steht ja auch noch das Thema Fluthilfefonds auf der Tagesordnung, wobei ich allerdings davon ausgehe, dass das relativ schnell mit einem Grundsatzbeschluss abgeräumt werden wird.

Wir haben in den Vorberatungen immer darum gebeten, nicht noch stundenlang übers Impfen, über die STIKO und Impfkampagnen zu reden; denn vor allem müssen wir morgen möglichst zu einem einvernehmlichen Modell hinsichtlich des ordnungsrechtlichen Rahmens kommen. Und über das Thema der Impfkampagnen, besondere Angebote usw. tauscht sich die GMK relativ regelmäßig aus, und dort gehört dieses Thema auch hin - nicht auf die Ebene der Regierungschefs und -chefinnen. Zumal bei diesem Thema jeder sehr lange darüber wird ausführen können, wie in seinem Land verfahren wird, und das bringt uns nicht voran.

**Abg. Dr. Stefan Birkner (FDP):** Ich habe zwei Nachfragen.

Erstens zu den Tests: Sie haben völlig zu Recht angesprochen, dass es maßgeblich darauf ankommt, welche Qualitätsanforderungen man an die Tests stellt. Die Aussagekraft von PCR-Tests und PoC-Tests ist ja unterschiedlich. Wie ist hier die Position der Landesregierung? Welche Tests wollen Sie vorsehen? Denn viele Menschen bewegt die Frage, wie mit Ungeimpften umgegangen wird.

Ich teile auch Ihre Einschätzung, dass es hier nicht um moralische Bewertungen geht, sondern schlicht um die Verhältnismäßigkeit, also die Fra-

ge, ob Eingriffe in die und Beschränkungen der Grundrechte noch nötig sind, wenn es mit Tests ein milderer Mittel gibt.

Zweitens. Bei den Überlegungen, die besonders vulnerablen Gruppen situationsbezogen zu schützen, haben Sie die Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in den Blick genommen. Das betrifft insbesondere Schulen und Kitas. Was heißt das konkret? Womit müssen die Schulen und die Kitas nach der Sommerpause tatsächlich rechnen, wenn sich eine solche Strategie besonders auf diese Einrichtungen konzentriert?

**StS Dr. Mielke (StK):** Hinsichtlich der Frage nach den PCR- und PoC-Tests bitte ich Frau Schröder, ergänzend auszuführen. Bei der entsprechenden Beurteilung wird man aber auch auf das Gesamtsystem schauen müssen: Wie hoch ist das Restrisiko, wenn Getestete Zugang haben? Das hängt wiederum ein bisschen davon ab, welches Grundsystem gewählt wird. In diesem Zusammenhang muss man auch überlegen, wie man mit der Frage der Kostenpflichtigkeit umgeht. Das ist an der Stelle ein Dreiklang. Von daher ist es relativ schwierig, zu sagen, was konkret umgesetzt werden soll. Das sind kommunizierende Röhren. Aber man wird immer darauf achten müssen, dass es nicht ohne Not zu Verschärfungen kommt. Das wird sich nicht rechtfertigen lassen.

Zur Frage nach den Schulen und Kitas: Für den Schulbereich kann ich das aus dem Kopf sagen; das ist auch schon mitgeteilt worden: Maskenpflicht auch im Unterricht, solange es bei bestimmten Altersgruppen nicht einen bestimmten Durchimpfungsgrad gibt, und in der Anfangszeit auch tägliche Testungen. Das ist das Modell, nach dem wir vorgehen.

Wir werden in Niedersachsen auch im Bereich der über 12-Jährigen, denen wir in weiterer Auslegung der STIKO-Empfehlung Impfungen anbieten, voraussichtlich einen Impffortschritt haben. Im Bereich der Lehrkräfte ist der Impffortschritt mittlerweile ausgesprochen gut, sodass wir auch in diesem Bereich zu abnehmenden Gefährdungslagen kommen werden. So weit sind wir aber aktuell noch nicht und werden es auch zu Schuljahresbeginn noch nicht sein.

**Abg. Dr. Stefan Birkner (FDP):** Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang Bemühungen, die Lüftungssituation in den Klassenräumen zu verbessern - durch mobile Luftfilteranlagen usw.?

StS **Dr. Mielke** (StK): Ich bin kein Experte auf diesem Gebiet. Aber nach wie vor ist nicht einheitlich bewertet, welche Rolle welche Lüftungssysteme an der Stelle überhaupt spielen können. Von daher ist das nach unserer Einschätzung nach wie vor ein zusätzliches Element zur regelmäßigen Frischluftzufuhr. Aber da sich die Diskussion in den letzten Wochen so entwickelt hat, wie sie sich entwickelt hat, und weite Teile der Elternschaft unbedingt Lüftungssysteme in den Schulen haben wollen - aus nachvollziehbarer Sorge um die Kinder heraus -, gibt es dafür jetzt eine Landesförderung für die Ausstattung der kommunalen Schulgebäude.

Abg. **Dr. Stefan Birkner** (FDP): Aber bei den Regelungen berücksichtigen Sie das nicht?

StS **Dr. Mielke** (StK): Nein, das ist bisher nicht vorgesehen. Wie gesagt: Die Frage der Notwendigkeit ist nach wie vor wissenschaftlich umstritten. Deshalb stellt sich die Frage, was man an der Stelle wem vorgeben kann.

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Ich habe eine ergänzende Frage zu den Schulen: Diskutieren Sie in Niedersachsen über die Frage von Pooling-PCR-Tests oder sogenannten Lollipop-Tests? Andere Bundesländer haben nun mit dem Schulstart zumindest Modellprojekte gestartet. Einige überlegen, PCR-Tests an Schulen immer wieder flächendeckend einzusetzen, gerade weil die anderen Tests - wie Sie sagten - nicht so valide sind. Deshalb würde es mich interessieren, ob Sie diskutieren, das Testregime auch in Niedersachsen zu verändern.

Nach meiner Erinnerung hat Herr Kultusminister Tonne bislang gesagt, dass die Förderung von Luftreinigungsanlagen eine Ausnahme bleibe. Nun habe ich Ihren Ausführungen und auch den Aussagen von Herrn Weil entnommen, dass diese doch flächendeckend förderfähig seien. Können Sie darlegen, was zutrifft? Ermöglicht die Förderrichtlinie, die ja noch nicht erschienen ist, die Beantragung nun tatsächlich allen, oder gibt es dafür weiterhin Vorgaben?

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Ich habe eine Nachfrage zu den Impfungen ab zwölf Jahren: Plant die Landesregierung - so wie andere Bundesländer - Impfangebote und Impfaufklärung in Schulen? Dabei geht es ausdrücklich nicht um Reihenimpfungen. Die kann es ja auch gar nicht geben, weil es zunächst einer ausführlichen Aufklärung und der Einwilligung der Eltern bedarf.

Wenn man die Möglichkeit von Impfungen in Schulen diskutiert, kann man vielleicht Eltern erreichen, die entsprechende Angebote in Impfzentren gar nicht mitbekommen, oder vielleicht sind die Wege zu weit, oder es gibt andere Hindernisse. Ist so etwas mit dem Schulstart geplant?

Zu dem Themenbereich der Tests, den Herr Dr. Birkner vorhin schon angesprochen hat: Die Bundesverordnung ist beispielsweise bezogen auf Quarantäneregelungen nach Einreise nicht ganz eindeutig in der Frage, ob Antikörpertests auch gelten. Es gibt ja die Möglichkeit, über Ärzte Blutuntersuchungen durchführen und testen zu lassen, ob man Antikörper hat. Das ist im Grunde genommen ja noch genauer als jeder Schnelltest und letztlich auch als jeder PCR-Test, weil man so nachweisen kann, ob tatsächlich Antikörper im Blut vorhanden sind. In den Verordnungen findet man das aber selten wieder. Ist geplant, dies zu berücksichtigen und, wenn nein, warum nicht? - Ich glaube, man käme in rechtliche Schwierigkeiten, wenn jemand, der nachweislich Antikörper hat, aber nicht geimpft ist, so behandelt würde, als hätte er überhaupt keinen Nachweis. Ich glaube nicht, dass dies vor Verwaltungsgerichten standhalten würde.

Eine Frage zu dem Themenkomplex der Einreise, da in Niedersachsen ja noch die Ferien laufen und die Debatte sozusagen noch aktuell ist: Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit der digitalen Einreiseanmeldung des Bundes? Diese muss ja an die jeweiligen örtlichen Gesundheitsämter weitergeleitet werden. Klappt das reibungslos, oder gibt es dort Schwierigkeiten? Wie sind Ihre Erfahrungen mit den Kontrollen? Niedersachsen hat ja eine Außengrenze zu einem Land, das seit Sonntag kein Risikogebiet mehr ist, aber davor noch war. Und es gibt den Flughafen Hannover-Langenhagen, über den auch Menschen aus dem Ausland eintreffen. Wie sind dort - in Zusammenarbeit mit der Bundespolizei - Ihre Erfahrungen mit der Kontrolle bei der Einreise? Plant die Landesregierung weitere Maßnahmen wie etwa die Ausweitung von Testangeboten, auch für Personen, die nicht aus Risikogebieten kommen? Auch hier kann es ja sinnvoll sein, die Zahl der Testungen hochzufahren, um eine Infektionswelle nach der Urlaubszeit zu verhindern.

StS **Dr. Mielke** (MS): Frau Hamburg, die Förderrichtlinie zu den Luftreinigungsanlagen ist gerade in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden. Ich kann Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt nicht sagen, ob es sich um eine flächendeckende

Fördermöglichkeit handelt und wie die Bedingungen im Einzelnen sind. Diese Informationen müssten nachgereicht werden; darum kümmere ich mich gerne.

Zu dem Thema Lolli-Tests: Das RKI bewirbt diese Methode ausdrücklich. Dazu gab es auch einen Vortrag in der letzten Schalte mit dem Kanzleramt. Es gibt einige wenige Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, die das umgesetzt haben. Der Begriff „Lolli-Test“ legt erst einmal nahe, dass den Kindern ein Lolli zur Verfügung gestellt würde, was ja nicht der Fall ist. Der Test ist aber weniger invasiv als die andere Methode mit den Wattestäbchen. Diese Tests funktionieren allerdings nur sinnvoll, wenn man sie „poolt“, wenn man also alle Proben einer Klasse sozusagen in einen Topf wirft, um ein zuverlässiges Testergebnis zu erreichen. Diese Idee steckt dahinter.

Bundesländer, die skeptisch sind, wie auch wir - in der Debatte wurde deutlich, dass das bisher noch nicht Mainstream geworden ist -, weisen allerdings darauf hin, dass dieses Verfahren eine Logistik in erheblichem Umfang erfordert, die flächendeckend schwer umzusetzen ist. Das heißt, man ist zwingend darauf angewiesen, hinreichende Laborkapazitäten in erreichbarer Nähe zu haben, die zeitnah Ergebnisse liefern. Und anders als bei den Einzeltests, die ja vor dem Schulbesuch gemacht werden, braucht man auch Logistik, um die Proben in der Schule einzusammeln. Bislang haben wir ein System, das eigentlich gut funktioniert und hinsichtlich der Ergebnisse keinen Anlass zu Zweifeln bietet. Deshalb möchten wir von diesen „Lolli-Tests“ zunächst einmal noch absehen. Wenn sich neue Erkenntnisse aus anderen Ländern ergeben, sind wir natürlich wie immer offen. Im Moment überwiegen aus unserer Sicht aber die Nachteile.

Damit habe ich, meine ich, alle Fragen, die meinen Zuständigkeitsbereich betreffen, beantwortet, und würde Frau Schröder nun bitten, zu ergänzen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich beginne mit dem Thema der Testungen, zu dem eine Reihe von Fragen gestellt wurde.

Zunächst zu der Frage, ob wir noch mehr Teststellen für Tests bei der Einreise benötigen: Neben den Hausärzten und den Apotheken verfügen wir in Niedersachsen noch immer über fast 2 000 Teststellen, die - nach den uns vorliegenden Zahlen - auch in Anspruch genommen werden. Diese

Stellen haben aber alle noch Kapazitäten, sodass momentan kein Bedarf besteht, weitere zu schaffen - zumal die Personen, die über die Flughäfen einreisen, bereits vor der Einreise einen Test gemacht haben müssen und sich dann im Weiteren erst an ihrem Wohnort testen lassen müssen.

Herr Limburg, Sie fragten auch nach den Erfahrungen mit der Einreiseanmeldung und den Kontrollen bei der Einreise: Die Rückmeldungen an die Gesundheitsämter funktionieren. Die Gesundheitsämter berichten nur über wenige Fälle, in denen positive PCR-Tests gemeldet wurden und die entsprechenden Einreiseunterlagen fehlten. Nur in dieser Konstellation fällt es ja auf, dass die Anmeldung nicht erfolgt ist. Von daher scheint es tatsächlich so zu sein, dass die Menschen das gut annehmen. Es ist ja auch relativ einfach, die Einreisedaten zu melden.

Die stichprobenartigen Kontrollen - mehr kann an den Grenzen, so jedenfalls die Äußerung des Bundes den Ländern gegenüber, nicht durchgeführt werden - zeigen ebenfalls das Bild, das die Menschen in den ganz überwiegenden Fällen ihre Unterlagen vorzeigen können. Bei den Personen, die herausgefischt werden und nur unvollständige Papiere haben, handelt es sich um Einzelfälle.

Eine weitere Frage bezog sich auf die Antikörper-Testungen. Für die Durchführung dieser Tests gibt es bisher keine Standards. Insofern wird es noch dauern, bis dies als geeignetes Instrument herangezogen werden kann, um damit einen validen Nachweis führen zu können. Daran wird mit Hochdruck gearbeitet, bislang ist man aber noch nicht so weit.

Zu der Frage, ob ein PCR-Test oder ein PoC-Test - ein Antigenschnelltest zur patientennahen Anwendung - sinnvoller ist: Man muss diesbezüglich schauen, was man mit der Testung erreichen will. In diesem Zusammenhang ist es gut, die Schulen mit einzubeziehen. Mit dem Schnelltest liegt ein schnelles Ergebnis vor, und man nimmt in Kauf, dass es auch falsch positive Ergebnisse gibt. Dies ist der Fall, und man kann es nicht wegdiskutieren.

Hinsichtlich der Schulen haben wir aber zwischen Ostern und den Sommerferien - zusammen mit den Eltern - umfangreiche Erfahrungen gesammelt und gelernt, dass eine ganze Reihe von Infektionen frühzeitig erkannt wurde, bevor die Kinder in die Schule gekommen sind. Bei den Pooling-Tests ist es bislang noch übliche Praxis, dass

die Tests über die Schulen eingesammelt werden und dann - unter Hochdruck - am nächsten Tag das Ergebnis vorliegt. Das bedeutet aber, dass infizierte Kinder schon zwei Tage lang in der Schule gewesen sind. Hier hat unser System einen riesigen Vorteil.

Insofern werden wir uns - wie Herr Dr. Mielke schon ausgeführt hat - die Modell-Ergebnisse natürlich genau anschauen. Momentan ist aus unserer Sicht aber der Umstand, dass infizierte Kinder dann gar nicht erst in die Schule kommen, in der Gesamtabwägung sinnvoll und vorzuziehen.

Dies gilt auch generell für die Frage der Testungen. Wenn es Ereignisse gibt, die lange im Voraus geplant werden können, ist es schon sinnvoll, auch über PCR-Tests nachzudenken. Wenn aber spontan ein Testergebnis benötigt wird, bedarf es auch der Möglichkeit der Schnelltests. Dass die Tests hinsichtlich der Ergebnisse unterschiedlich valide sind, kann auch über die Dauer der Gültigkeit abgebildet werden. Dies passiert ja auch in der Einreiseverordnung. Der PCR-Test gilt für 72 Stunden, während der Schnelltest nur für 24 oder 48 Stunden gilt - je nachdem, aus welchem Gebiet die Person einreist. Der Schnelltest hat den deutlichen Vorteil, dass er innerhalb von 15 Minuten ein Ergebnis liefert. Dadurch sorgt er in vielerlei Hinsicht für Flexibilität bei den Betroffenen.

Was bedeutet das Ziel, insbesondere auch die vulnerablen Gruppen zu schützen, für die Alten- und Pflegeheime? In Niedersachsen haben wir in der Alterskohorte der über 60-Jährigen schon fast die Impfquote von 90 % erreicht, die das RKI als Ziel für einen Herdenschutz angegeben hat. Wir stehen bei 89,7 % Erstimpfungen und bei 82,6 % Zweitimpfungen. Wir sind in Niedersachsen also richtig gut dabei. Diese Altersgruppe nimmt das Impfangebot auch sehr gut an.

Nichtsdestoweniger wissen wir, dass es zwei Gruppen gibt, bei denen die Immunantwort des Körpers weniger stark ausgeprägt ist: zum einen die Hochaltrigen und zum anderen die Immunsupprimierten. Zu Letzteren gibt es nun auch erste Studienergebnisse. Die Menschen, die eine Transplantation hatten, sind fast zu 100 % betroffen. Die große Gruppe der Rheumaerkrankten ist nicht vollständig betroffen, sondern sehr stark in Abhängigkeit von der Medikation, die eingenommen werden muss. Es stellt sich also immer die Frage, wie stark die Immunantwort des Körpers - in diesem Fall gewünscht - unterdrückt wird, um

andere Krankheitsfolgen zu mildern. Diese beiden Gruppen kommen für eine dritte Impfung primär in Betracht, wobei immunsupprimierte Menschen zu der Gruppe der chronisch Erkrankten gehören, die ärztlich engmaschig betreut werden und dort dann auch die dritte Impfung erhalten.

Für die Alten- und Pflegeheime sehen wir vor, dass ab Oktober wieder Impfteams eingerichtet werden, die dort gezielt impfen. Die Erfahrungen aus dem Januar und Februar dieses Jahres haben gezeigt, dass wir dort sehr schnell arbeiten und auch schnell durchkommen. Damit haben wir im Grunde genommen die Personenkreise erfasst, bei denen wir davon ausgehen können, dass die Immunantwort schwach ausfällt.

Für alle anderen Personenkreise gibt es noch gar keine Evidenz für eine Auffrischungsimpfung. Die Frage, ob das etwas bringt, ist noch gänzlich unbeantwortet. Es schadet nicht. Das kann man bejahen. Aber ob die Auffrischung etwas bringt, ist noch offen. Das muss man bei dieser Diskussion im Hinterkopf behalten.

Wenn wir über Testungen reden und über die Frage, was das für Kinder und Jugendliche bedeutet, nehmen wir die Gemeinschaftseinrichtungen - Kitas und Schulen -, in denen diese Gruppe betreut, gefördert und gebildet wird, besonders in den Blick. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass wir hier für weite Teile noch gar keinen Impfstoff haben. Für alle unter 12-Jährigen gibt es noch keinen Impfstoff. Und bei den 12- bis einschließlich 17-Jährigen müssen die Eltern letztendlich entscheiden, ob sie eine Impfung in Anspruch nehmen oder nicht.

Auch dies wird immer ein bisschen verkürzt dargestellt. Die STIKO hat mit Blick auf die Impfempfehlung drei Gruppen von Kindern gebildet: Die Impfung wird empfohlen für vorerkrankte Kinder und für gesunde Kinder, die mit Menschen zusammenleben, die nicht geimpft werden können - also Schwangere und Geschwisterkinder unter zwölf Jahren. Bei den anderen gesunden Kindern - das sagt die STIKO ganz klar - bedarf es einer guten ärztlichen Beratung, auf deren Grundlage die Eltern dann entscheiden können.

Wir in Niedersachsen haben den Eltern, die das wünschen, von Anfang an ein Impfangebot für Kinder ab 12 Jahren unterbreitet. Das zeigt sich auch an den Impfquoten, die in Niedersachsen sehr gut sind. Ein großer Teil der Eltern setzt sich intensiv mit dem Thema auseinander. Mir liegt

aber auch die Rückmeldung aus den Impfzentren vor, dass es durchaus vorkommt, dass im Zuge des ärztlichen Beratungsgesprächs Eltern entscheiden, noch mit der Impfung zu warten. Wir beraten in den Impfzentrum wirklich ganz intensiv. Diese Beratung wird von den Eltern auch sehr ernst genommen, und auf dieser Grundlage treffen sie dann eine Entscheidung. Es steht den Eltern ja auch zu, diese Entscheidung für ihre Kinder zu treffen bzw. - bei Jugendlichen - sie gemeinsam mit den Betroffenen zu treffen.

Insofern haben wir in der Gemeinschaftseinrichtung Schule auch einen hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen, die noch nicht geimpft sind oder auch noch gar nicht geimpft werden können. Das heißt, zum Schutz dieser Kinder und Jugendlichen muss darauf geachtet werden, dass wir im Umfeld hohe Impfquoten haben. Bei den Lehrkräften und auch bei dem Erziehungspersonal in den Kitas sind die Impfquoten wirklich gut, und der Schutz ist groß.

Zu der Frage, welche Krankheitsfolgen Kinder haben: In Niedersachsen ist die Anzahl der Kinder, die so schwer erkranken, dass sie Krankenhausbehandlungsbedürftig werden, nach wie vor gering. Es handelt sich um eine Zahl zwischen null und zehn Kindern pro Woche. Leider kommen auch immer wieder Kinder auf die Intensivstation und sogar auch in die Beatmung. Dabei handelt es sich aber fast ausschließlich um Kinder mit Vorerkrankungen. Das muss man klar sagen. Kinder, die vorab gesund waren, kommen auch mal ins Krankenhaus, aber in geringer Anzahl.

In Niedersachsen können wir bisher nicht feststellen, dass Kinder zu einem hohen Prozentsatz schwere Verläufe ausbilden. Das ist anders als beispielsweise bei den über 60-Jährigen, bei denen das Risiko eines schweren Verlaufes mit zunehmendem Alter deutlich steigt und - wenn sie nicht geimpft sind - auch die Mortalitätsrate sehr hoch ist. Das haben wir nach wie vor bei Kindern nicht. Das heißt aber natürlich nicht, dass diese Krankheit für Kinder ein „Spaziergang“ ist. Das muss man klar sagen. Auch wenn es nicht zur Krankenhauseinweisung kommt, können Kinder sehr schwer erkranken. Atemnot ist besonders für Kinder kein leichter Zustand. Von daher müssen wir den Schutz dieser Gruppe wirklich in den Blick nehmen.

Herr Dr. Mielke hat zum Thema Lüften bereits ausreichend vorgetragen. Studien des Umwelt-

bundesamtes, aber auch andere Studien besagen einhellig: Das A und O ist das Stoßlüften. Überall dort, wo man die Fenster weit aufmachen kann und wo man die entsprechenden Rahmenbedingungen hat, um lüften zu können, ist dies der beste Weg. Wo dies nicht oder nur unzureichend möglich ist, muss über weitere technische Hilfen wie Lüftungsgeräte usw. nachgedacht werden.

Zur Impfkampagne: Alle Impfzentren in Niedersachsen sind seit Wochen außerordentlich innovativ und kreativ hinsichtlich ihrer Impfangebote. Kein Impfzentrum bietet Impfungen nur in den Räumen des Impfzentrums an. Alle arbeiten kreativ beispielsweise auch mit Religionsgemeinschaften jeder Art zusammen, um z. B. vor Moscheen Impfungen anzubieten. Das Thema Nachtimpfungen wird in Niedersachsen im Bereich der Diskotheken verortet. Eine Reihe von Impfzentren hat Vereinbarungen mit Diskothekenbetreibern geschlossen, die Impfungen explizit über ihre sozialen Netzwerke anbieten. Die Impfungen nimmt dann ein mobiles Impfteam direkt in den Räumlichkeiten der Diskothek vor Ort vor.

Wir bieten alle denkbaren Formen mit Blick auf die Impfungen an. Das wird auch gut angenommen. Aber jedes Impfzentrum berichtet - wir haben einmal in der Woche eine Dienstbesprechung -, dass noch viel mehr Impfungen stattfinden könnten. Bei diesen Aktionen könnte auch die doppelte oder dreifache Anzahl von Personen geimpft werden.

In Niedersachsen gibt es überall dort, wo Menschen zusammenkommen, Impfangebote. In diesem Zusammenhang betreiben die Impfzentren einen enormen Aufwand. Dies ist für die in den Impfzentren Tätigen zeitlich sehr belastend, aber sie nehmen es auf sich. Des Weiteren bieten wir beispielsweise Seeleuten Impfungen über die hafenärztlichen Dienste an. Das funktioniert auch sehr gut. Die Reedereien sind entsprechend informiert. Wir nutzen hier wirklich alle Möglichkeiten.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ist es in den Gesundheitsministerkonferenzen Thema, ob und inwiefern sich die unterschiedlichen auf dem Markt befindlichen Schnelltests in ihrer Qualität voneinander unterscheiden? Angesichts der großen Anzahl von Schnelltests, die wir in den vergangenen Monaten gemacht haben, haben wir alle doch mal mit falsch positiven Tests gerechnet. Gibt es diesbezüglich Erhebungen? Ich weiß, zu-

gelassen sind alle Tests, die auf der Liste des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte stehen. Diese ist aber ja sehr lang.

Noch einmal zu dem Beispiel, das Herr Limburg vorhin nannte: Wenn bei einer Person mit einem Test Antikörper nachgewiesen werden können, warum darf der Hausarzt dann nicht bescheinigen, dass diese Person offensichtlich erkrankt war? Diese Information könnte doch dann in das System eingespeist werden, sodass diese Person einen Genesen-Nachweis bekommen kann. Es kann ja die Konstellation geben, dass jemand asymptomatisch infiziert war und genesen ist. Warum rutscht diese Person dann nicht sozusagen in die Gruppe der Genesenen?

MDgt'in **Schröder** (MS): Auf der GMK wird natürlich u. a. auch über die Frage von Testqualitäten gesprochen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht diese Listen ja nicht nur, sondern es verfolgt auch permanent die Ergebnisse hinsichtlich der Qualität der Tests, die sich - das muss man klar sagen - fortlaufend verbessert. Man sieht das auch daran, dass die Liste immer weiter anwächst. Man sieht es aber auch daran, dass Tests aus dieser Liste durchaus auch wieder herausgenommen wurden.

Über das Innenministerium haben wir die Testkits für die Schulen ausgeschrieben. Auch dabei ist aufgefallen, dass man sehr genau hinschauen muss. Im Vergabeverfahren haben wir die Erfahrung gemacht, dass sich sehr viele mit ihren Schnelltests bewerben, die zwar auch alle zugelassen sind, aber man muss dabei schon die Einzelheiten beachten. Viele Tests sind beispielsweise nur für Kinder ab zehn Jahren zugelassen und damit für Grundschulen gar nicht nutzbar. Das muss man dabei auch beachten. Das hängt mit der Lösung zusammen, mit der die Wattestäbchen getränkt sind. Diese ist teilweise in ihrer Konzentration nicht für kleinere Kinder zulässig. Insofern ist es wirklich wichtig, sich mit diesen Tests genau zu beschäftigen. Das passiert sowohl vonseiten der GMK als auch im direkten Austausch mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das dort die Federführung hat.

Wenn ich sage, dass es für die Antikörper-Tests noch keine Standards gibt, dann bezieht sich das darauf, dass wir mittlerweile etwa 40 bekannte Coronaviren haben. Die Antikörper-Test weisen durchaus Antikörper nach. Bei diesem speziellen SARS-CoV-2-Virus ist das aber schwierig. Da wir

noch keine verbindlichen Standards haben, lässt sich letztlich kaum nachweisen, wogegen der Körper nun wirklich Antikörper gebildet hat. Darum hat diese Methode noch keinen Eingang gefunden. Das NLGA beobachtet dies ganz engmaschig und steht auch im Austausch mit Universitäten. Alle Wege, die man bisher ausprobiert hat, um die Aussagen valider zu gestalten, haben aber nicht zum Erfolg geführt. Das muss man einfach so festhalten. Noch kann man mit diesen Antikörper-Testungen nicht wirklich verlässlich nachweisen, wogegen Antikörper gebildet wurden.

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): In der Zeitung war zu lesen, dass der Impfabstand für BioNTech mittlerweile durchaus auch auf drei Wochen verkürzt wird. In den Impfzentren kann man die Zweitimpfung aber lediglich für AstraZeneca vorziehen. Hat das einen Grund?

MDgt'in **Schröder** (MS): Die Impfintervalle für die jeweiligen Impfstoffe richten sich nach der Zulassung. Für BioNTech werden 23 Tage bis sechs Wochen angegeben, für Moderna 28 Tage bis sechs Wochen, und für AstraZeneca werden vier bis zwölf Wochen angegeben. Bei Johnson & Johnson gibt es nur eine Impfung. Um eine hohe Erstimpfungsquote zu erzielen, haben wir in Abstimmung mit allen Ländern relativ früh die Impfintervalle auf den längstmöglichen Zeitraum ausgeweitet. Dies haben wir nun sukzessive wieder zurückgefahren, um allen Menschen schnell die Möglichkeit einer Zweitimpfung zu geben, weil wir nun ausreichend Impfstoff haben.

Momentan haben wir die Impfintervalle für BioNTech und Moderna einheitlich auf vier Wochen gesetzt. Die Menschen können auf dem Impfportal aber ihre Impftermine - mit Impfstoffwechsel - vorziehen. Man kann schauen, ob es freie Termine gibt, damit man auch bei BioNTech nach vorne kommt. Wir werden das Impfintervall bei BioNTech ab dem 16. August auf drei Wochen verkürzen, damit wir mit BioNTech bis einschließlich 5. September Erstimpfungen in den Impfzentren durchführen und die Impfserien noch sauber abschließen können. Das ist das erklärte Ziel. Wir wollen keine Impfserien starten und die Bürgerinnen und Bürger dann sozusagen ins Leere fallen lassen, sodass sie sich selbst um einen Termin für eine Zweitimpfung kümmern müssen. Wir werden in den Impfzentren vielmehr so impfen, dass alle Bürgerinnen und Bürger auch den Termin für die Zweitimpfung im Impfzentrum bekom-

men. Von daher wird es hier keine Probleme geben.

Man muss immer sehen: Der kürzestmögliche Zeitraum für ein Impfintervall bedeutet auch, dass man gegebenenfalls den Impfschutz noch nicht so aufgebaut hat, wie man ihn vielleicht aufbaut, wenn man den Zeitraum für das Impfintervall voll ausschöpft. Nichtsdestoweniger ist der Schutz, der innerhalb dieser Frist erzielt wird, nach den Zulassungsbedingungen schon ausreichend, um entsprechend „geboostert“ zu werden. Und das werden wir auch so anbieten.

Abg. **Dr. Stefan Birkner** (FDP): Als Herr Mielke vorhin die drei möglichen Modelle vorgestellt hat, hat er ja besonders mit Blick auf das dritte Modell darauf hingewiesen, dass die grundlegenden Regeln eingehalten werden müssen. Die Sozialministerin hat das auch in einem Interview deutlich gemacht - „AHA-Regeln“ war das Stichwort. Wie stellt sich dies an den Universitäten für das Wintersemester bezüglich der Abstandsregelungen dar? Ich habe es so verstanden, dass an den Universitäten die Abstandsregelungen das größte Problem bereiten, weil in vielen Räumlichkeiten dann die Veranstaltungen nicht entsprechend angeboten werden können. Wie werden die Regelungen voraussichtlich gestaltet? Werden dort weiterhin Abstandsregelungen für Genesene, Geimpfte und Getestete gelten?

MDgt'in **Schröder** (MS): In der Tat wird es auch bei Modell 3 weiterhin Basismaßnahmen geben und auch geben müssen, weil wir noch keine Impfquote von 85 % für die 18- bis 59-Jährigen erreicht haben. Wir sind gerade erst kurz davor, die 90 % für die über 60-Jährigen zu erreichen. Dies bedeutet, dass wir natürlich auch weiterhin zwischen „drinnen“ und „draußen“ unterscheiden müssen. Grundsätzlich sollte man den Abstand einhalten, und überall dort, wo man den Abstand nicht einhalten kann, sollte eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden. In Innenräumen, überall dort, wo Bewegungsverkehr stattfinden und der Abstand logischerweise nicht immer durchgängig eingehalten werden kann, muss auf jeden Fall eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden.

Die Impfung hat ja zwei Wirkungen: Sie verringert ganz signifikant das Infektionsrisiko und das Risiko, die Infektion weiterzugeben, und sie verringert signifikant - zu einem ganz hohen Prozentsatz - schwere Verläufe. Es gibt mittlerweile eine Studie aus Oxford, die ganz klar benennt, dass bei einer

Gruppe von 100 000 ungeimpften Personen - bei der Delta-Variante - davon auszugehen ist, dass ein Infektionsrisiko für ca. 2 000 Personen besteht. Von diesen werden wiederum 10 %, also 200 Personen, letztlich krankenhausbearbeitungsbedürftig, und wiederum ein Teil davon wird am Ende auch auf der Intensivstation landen. Bei einer Gruppe von 100 000 geimpften Personen besteht lediglich für 400 Personen das Risiko, sich zu infizieren, und von diesen Personen sind am Ende nur zwölf im Krankenhaus. Beide Zahlen reduzieren sich also: die Zahl der Infizierten und auch die Zahl derer, die am Ende im Krankenhaus behandelt werden müssen. Es gibt kein Nullrisiko. Das hat man selten oder so gut wie nie im Leben. Das gibt es auch nicht bei der Impfung. Aber das Risiko ist drastisch reduziert.

Da wir von einer solchen Herdenimmunität aber noch entfernt sind, liegt das Risiko bei uns irgendwo dazwischen. Wir haben den optimalen Zustand, den die Studie aus Oxford beschreibt, noch nicht erreicht. Von daher werden wir in geschlossenen Räumen Mund-Nase-Bedeckungen tragen müssen. Dabei geht es aber immer nur um öffentliche Räume und nicht um den privaten Bereich. Dies würde für die Hochschulen bedeuten: Wenn sie Präsenzveranstaltungen, Vorlesungen oder Seminare, durchführen, sollte durchgängig eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden - auch dann, wenn alle Studenten sitzen, sie aber den Abstand nicht einhalten können.

Ich glaube, niemand bestreitet, dass es gerade auch in Universitäten und Hochschulen mittlerweile unter den Studierenden einen enormen Bedarf gibt, wieder zu Präsenzveranstaltungen zurückzukehren. Insbesondere Studienanfänger leiden enorm unter der Situation; denn über Facebook usw. kann man nur bedingt echte Kontakte herstellen. Von daher ist das ein gutes Beispiel für diese Basismaßnahmen, die wir einfach weiterhin brauchen - gepaart mit der Werbung seitens der Hochschulen, möglichst vom Impfangebot Gebrauch zu machen, um die Zahl der Studierenden, die geimpft sind, zu erhöhen.

Um es noch einmal deutlich zu machen: In der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren haben wir zurzeit eine Inzidenz von 48. In der Gruppe der über 60-Jährigen, die gut geimpft sind, liegt die Inzidenz bei 2,3. Das Impfen macht also wirklich einen enormen Unterschied.



Abg. **Volker Meyer** (CDU): Zu der Gruppe der über 60-Jährigen: Liegen Ihnen Zahlen vor, wie viele geimpfte Personen sich infizieren?

MDgt'in **Schröder** (MS): Deutschlandweit gibt es etwas mehr als 8 000 Impfdurchbrüche. Auffällig ist aber schon, dass von den Personen, bei denen es zu Impfdurchbrüchen kommt, kaum jemand im Intensivbereich landet. Es kommen schon einige ins Krankenhaus, aber kaum jemand in den Intensivbereich. Dies stimmt im Grunde auch mit unseren Zahlen überein: Auch bei jetzt steigenden Inzidenzzahlen sind - nach einem Zeitraum von vier Wochen - noch keine nennenswerten Steigerungen im Krankenhausbereich zu verzeichnen. Das ist hier in Niedersachsen und auch deutschlandweit nicht der Fall.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Auf dem Höhepunkt der Corona-Pandemie haben wir beispielsweise auch Patientinnen und Patienten aus den Niederlanden aufgenommen. Nach allem, was man in den Medien liest, steht das momentan nicht zur Diskussion, weil in den Niederlanden die Infektionszahlen zwar hoch sind, aber nicht die Krankenhausbelegung. Ist das korrekt, oder gibt es gegenwärtig doch derartige Anfragen?

MDgt'in **Schröder** (MS): Das ist korrekt. Die Niederlande haben prozentual deutlich weniger Intensivkapazitäten. Deshalb sind die dortigen Krankenhäuser auch schnell an einem Punkt, an dem sie um Hilfe bitten müssen. Die Inzidenzzahlen waren in den Niederlanden im Vergleich zu Deutschland in der Tat hoch, die Krankenhausbelegung hatte aber einen Umfang, den die Krankenhäuser selber bewältigen konnten.

\*

Der **Ausschuss** kam überein, im Hinblick auf die am 10. August 2021 stattfindende Konferenz der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten mit der Bundeskanzlerin und darauf, dass die aktuell geltende Corona-Verordnung im Anschluss daran geändert werden soll, eine zusätzliche Sitzung für die Beratung des Entwurfs einer Verordnung zur Änderung der Corona-Verordnung durchzuführen, sobald dieser vorliegt.

\*\*\*