



N i e d e r s c h r i f t
über die 131. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 2. September 2021
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

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

2. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über die Ausübung des Hebammenberufs**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/8797](#)
dazu: Eingaben 02657/08/18, 02657/08/18-001, 02657/08/18-002,
02657/08/18-004, 02657/08/18-005, 02657/08/18-006,
02657/08/18-007, 02657/08/18-008, 02657/08/18-009,
02657/08/18-010, 02657/08/18-011, 02657/08/18-012,
02657/08/18-013, 02657/08/18-014, 02657/08/18-015,
02657/08/18-016, 02657/08/18-017, 02657/08/18-018,
02657/08/18-019, 02657/08/18-020 und 02657/08/18-021
Beratung..... 15
Beschluss..... 17

3. **Digitale Teilhabe auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen ermöglichen - Internetzugang zum Standard in Wohn- und Betreuungseinrichtungen machen**
Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/9586](#)
Unterrichtung durch die Landesregierung..... 19
Aussprache 21

4. **Pflegeberufe stärken für eine zukunftsfähige kommunale Gesundheitsversorgung - „Community Health Nursing“ in Niedersachsen etablieren**

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/9591](#)

Unterrichtung durch die Landesregierung 23

Aussprache..... 25

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. Veronika Koch (i. V. d. 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) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Volker Meyer (CDU)
12. Abg. Gudrun Pieper (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE)
14. Abg. Susanne Victoria Schütz (FDP)

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Scholz (MS).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsdirektorin Obst,
Regierungsoberamtsrat Horn.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialrat Dr. Miller,
Richterin am Arbeitsgericht Hengst.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.16 Uhr bis 13.00 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschriften über die 125., 128. und 130. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

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

Unterrichtung

StS **Scholz** (MS): Die aktuellen Zahlen haben Sie heute Morgen sicherlich schon gesehen.

Infektionszahlen

Die 7-Tage-Inzidenz beträgt heute 60,8 mit 1 106 neuen Fällen. Die Inzidenz lag vor einer Woche bei 45,5 und vor 14 Tagen bei 31,5. Man sieht also deutlich das dynamische Geschehen mit einer Verdoppelung innerhalb von zwei Wochen.

Regional betrachtet, gibt es inzwischen wieder drei kreisfreie Städte mit einer Inzidenz von über 100, nämlich Delmenhorst mit 120, Salzgitter mit 103 und Wolfsburg mit 100,1. Die Inzidenzen in Salzgitter und Wolfsburg schwanken schon seit ein paar Tagen; sie liegen mal knapp über 100 und mal knapp unter 100. Am geringsten belastet ist im Moment der Landkreis Friesland mit 19,2. Es gibt nur noch relativ wenig Landkreise mit einem Wert von unter 35 und immer mehr mit einer Inzidenz über 50. Diese Entwicklung ist ja auch zu erwarten gewesen.

Virusvarianten

Das Bild bei den Varianten ist nicht besonders neu. Es kommt praktisch nur noch die Delta-Variante vor. Von 1 181 Sequenzierungen beträgt der Anteil der Delta-Variante 1 173 und der Anteil der - ehemals britischen - Alpha-Variante 4; bei den restlichen 4 Sequenzierungen ist unklar, um welche Variante es sich handelt. Die Delta-Variante hat sich komplett durchgesetzt und beherrscht jetzt das Infektionsgeschehen.

Krankenhausauslastung

Die 7-Tage-Krankenhausauslastung liegt bei 3,0 % nach 2,2 % am Freitag der letzten Woche. Der Anteil der Intensivbetten-Belegung mit COVID-Erkrankten liegt bei 3,7, nachdem er vor einer Woche noch bei 1,6 gelegen hat. Das heißt, das ist mehr als eine Verdoppelung. Wir rutschen an die Grenze unserer ersten Warnstufe heran. Wenn es so weitergeht, werden wir diese in der nächsten Woche oder spätestens in der über-

nächsten Woche erreichen, wobei in den meisten Städten und Kreisen dann ohnehin schon der Wert von über 50 gilt, der ja praktisch die gleichen Regelungen seitens des Bundes vorsieht, wie wir sie in der Warnstufe 1 vorgesehen haben.

204 Patienten liegen auf Normalstationen und 88 auf Intensivstationen, von denen 64 beatmet werden. 5 Kinder sind auf Normalstationen. Ein Kind wird auf einer Intensivstation beatmet - das haben wir lange nicht gehabt, aber kommt immer wieder mal vor.

Impfungen

Die Impfungen entwickeln sich nicht erfreulich - um das ganz deutlich zu sagen. Wir haben gestern in den Impfzentren 15 163 Impfungen erfasst. Das sind natürlich zum großen Teil Zweitimpfungen. Die Erstimpfungen laufen in diesen Tagen aus, soweit nicht mit dem Impfstoff Johnson & Johnson geimpft wird, der ja nur einmal verimpft werden muss. Dieser Impfstoff kann im Grunde genommen so lange vergeben werden, wie er verfügbar ist.

Am Anfang der Woche war auch die Impfleistung in den Arztpraxen sehr überschaubar. Am Montag habe ich eine Zahl von etwas über 7 000 Impfungen durch Ärzte gesehen. Das ist nicht besonders viel. Allerdings verteilt sich das Impfen durch die Ärzte nicht gleichmäßig über die Tage; Impftage sind dort der Mittwoch und der Freitag. Man kann sicherlich auch davon ausgehen, dass die eine oder andere Arztpraxis wegen der Sommerferien noch geschlossen ist.

Die Auffrischungsimpfungen, die ja nach wie vor auf eine Empfehlung des Bundesgesundheitsministeriums und der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister zurückgehen, starten in Hausarztpraxen jetzt schon, wenn die Leute sechs Wochen da sind. Mit den mobilen Impfteams starten wir die Auffrischungsimpfungen im Oktober, weil uns der Bund vorher keinen Impfstoff liefert. Wir gehen dann in die Alten- und Pflegeheime sowie in die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, also dorthin, wo wir vor einem Dreivierteljahr angefangen haben, die hoch vulnerablen Gruppen zu impfen.

Sie haben wahrscheinlich mitbekommen, dass die Ständige Impfkommission gestern angekündigt hat, in den nächsten Wochen eine Empfehlung für die dritte Impfung abzugeben. Bisher gibt es ja keine Empfehlung dafür, sondern nur die Vermu-

tung, dass die dritte Impfung sinnvoll sein könnte. Wir rechnen jetzt alle mit der Empfehlung.

Indikatoren

Auf der Bundesebene ist bekanntlich die Frage der Indikatoren intensiv diskutiert worden. Der Gesetzentwurf, der dem Bundestag für die Neufassung des § 28 a des Infektionsschutzgesetzes vorliegt, sieht vor, dass der Hauptindikator die Hospitalisierungsquote sein soll, also die Neuaufnahmen in die Krankenhäuser. Das sind Zahlen, die neuerdings erst ermittelt werden. Von daher stehen sie hoffentlich dem Robert Koch-Institut, das sie ja veröffentlichen muss, nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verfügung.

Für uns bedeutet das, dass wir unsere Verordnung leicht anpassen müssen. Wir betrachten ja im Moment nicht die Neuaufnahme in die Krankenhäuser, sondern die Krankenhausauslastung insgesamt. Das ist aus unserer Sicht die genauere Zahl. Aber natürlich ist es schon richtig, dass die Neuaufnahmen in die Krankenhäuser das Geschehen dynamischer abbilden als die Krankenhausauslastung. Über diese Frage haben wir ja im Vorfeld schon diskutiert. Wir haben uns anders entschieden, als auf Bundesebene entschieden worden ist. Aber grundsätzlich wird sich das Warnstufenmodell, das wir in der aktuellen Verordnung haben, dann mit dieser kleinen Modifikation entsprechend fortsetzen lassen.

Aussprache

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe dazu mehrere Detailfragen.

Meine erste Frage bezieht sich auf die nächste Verordnung. Gibt es schon einen genaueren Zeitplan, wie sie aufgestellt wird? Abgesehen von der Anpassung an das Infektionsschutzgesetz, die Sie eben erwähnt haben, ist ja noch offen, dass es genauere Regelungen gibt, was die Warnstufe 2 und die Warnstufe 3 auslöst. Deshalb erwarten wir ja ein paar Anpassungen. Können Sie schon etwas dazu sagen, was in den weiteren Warnstufen geplant ist? Es gibt ja Gerüchte, dass möglicherweise in das 2G-Modell gewechselt wird.

In diesem Zusammenhang möchte ich die folgende Frage stellen, weil andere Bundesländer entsprechend vorgehen: Gibt es Überlegungen, auf das Modell „2G plus PCR-Test“ zu setzen? Das

gilt z. B. in Nordrhein-Westfalen im Bereich Prostitution und in bestimmten Club-Bereichen.

Ferner habe ich eine Frage zur Auslegung der aktuell gültigen Verordnung. In § 19 wird geregelt, dass Besucher in Krankenhäusern, die nicht geimpft oder genesen sind, getestet werden müssen. Wer bezahlt diese Tests?

Nach dem Infektionsschutzgesetz gehören die Krankenhäuser meines Erachtens zu den Arbeitgebern, die den Impfstatus abfragen dürfen. Was machen sie aber mit dem nicht geimpften Personal? Ich kenne die Überlegungen, in anderen Bereichen das nicht geimpfte Personal dort einzusetzen, wo es nicht viele menschliche Kontakte gibt. Bei Pflegepersonal ist das aber eher schwierig.

Wie ist der Stand bei der Zulassung von Impfstoffen für kleine Kinder? Meines Wissens hat Pfizer in den USA eine solche Zulassung beantragt. Der Ministerpräsident hat Anfang dieser Woche oder letzte Woche gesagt, dass er im September mit einer Zulassung rechnet. Können Sie dazu etwas mehr sagen?

Uns wurde ferner eine ganz große Frage zu den Einschulungsfeiern am Samstag zugespielt. Dürfen größere Geschwister, die ja eigentlich in der Schule getestet werden, daran teilnehmen, oder müssen sie unter Umständen vor der Einschulungsfeier noch einmal getestet werden? Es gibt hier offensichtlich Unklarheit bei den Schulen. Elternvertreter sind der Auffassung, dass es ein Problem gibt, die größeren Geschwister mitzubringen.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Vielen Dank für die Unterrichtung.

Ich habe noch eine Verständnisfrage zu dem 2G-Modell. Dieses Modell hat der Ministerpräsident über die Presse in die Debatte gebracht. Meistens wird so etwas dann ja ganz schnell umgesetzt. So war es zumindest in der Vergangenheit.

Bei einer Person, die geimpft ist, hat eine Corona-Erkrankung wahrscheinlich einen milderen Verlauf. Sie kann aber trotzdem andere Personen anstecken. Jemand, der genesen ist, kann weiterhin andere Personen anstecken, kann diese Krankheit aber selber nicht mehr bekommen. Jemand, der getestet ist, kann ja andere Personen nicht anstecken, weil er nachweislich nicht infektiös ist. Deswegen meine Frage: Worin sehen Sie die Vorteile im 2G-Modell? Denn die Geimpften

und die Genesenen können sehr wohl andere Personen anstecken, aber jemand, der getestet ist, nicht.

Der kommende Herbst und Winter geht wahrscheinlich wieder mit Drohungen von möglichen Lockdown-Maßnahmen einher. Sie sprachen gerade von der ersten Warnstufe im Zusammenhang mit der Krankenhausbelegung. Plant die Landesregierung, zum Herbst hin die Intensivbettenkapazitäten auszubauen? Damit müsste ja jetzt begonnen werden. Man sollte nicht nur auf der einen Seite Richtlinien festsetzen, sondern auf der anderen Seite auch Vorbereitungen treffen, eventuell die Kapazitäten zu erhöhen, sodass wir gar nicht erst in die Situation kommen, Maßnahmen ergreifen zu müssen, um eine Überlastung zu verhindern.

Ferner interessiert mich, wie Sie die Inzidenzen insgesamt bewerten. Mittlerweile haben wir ja eine Impfquote von 60 %. Diese 60 % sind in den Inzidenzen mit erfasst. Bei Geimpften kommt es ja meistens zu einem milden Verlauf, sodass man mittlerweile andere Werte dazu gesehen hat. Trotzdem wird der Inzidenzwert noch berücksichtigt. Sollte man diesen Wert nicht gänzlich fallen lassen, weil er bei einer hohen Impfquote und einer hohen Genesenenquote eigentlich gar keine Relevanz mehr haben sollte?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Mittlerweile unterscheiden erste Bundesländer bei der Feststellung der Inzidenzen zwischen Geimpften und Ungeimpften. Dazu stellt sich mir die Frage, ob solch ein Modell darstellbar ist und ob das bei der nächsten Verordnung berücksichtigt werden könnte.

Ferner interessiert mich, ob bei der Zahl der Infizierten auch analysiert wird, wie viele geimpft bzw. ungeimpft sind und ob dabei auch eine gewisse Struktur der Altersgruppen erkennbar ist. Vor Ort höre ich, dass im Moment das Gros der Infizierten bei den 20- bis 40-Jährigen liegt, die von Reisen zurückkehren. Darüber wird ja auch in der Presse berichtet.

Die gleiche Frage stellt sich auch hinsichtlich der Krankenhausbelegung, nämlich wie viele derjenigen, die wegen einer COVID-19-Erkrankungen im Krankenhaus liegen, geimpft bzw. ungeimpft sind.

Darüber hinaus möchte ich zwei spezielle Fragen stellen, die sich aus der neuen Verordnung ergeben haben. Bei einer Berufsgruppe gab es etwas

Unverständnis. Frau Schröder und ich hatten dazu schon einen SMS-Kontakt. Es geht dabei um die Physiotherapeuten, die plötzlich wieder den körpernahen Dienstleistungen zugeordnet worden sind, nachdem sie in der zuvor geltenden Fassung der Verordnung weitestgehend den medizinischen Berufen zugeordnet worden waren. Ich bitte Sie, den Grund dafür zu erläutern. Mit 3G müssen die Physiotherapeuten leben. Das habe ich ihnen auch gesagt. Dafür haben sie zum Teil Verständnis - allerdings dann nicht, wenn sie auf der Grundlage einer medizinischen Verordnung, also eines Rezepts, tätig werden, wenn also eine medizinische Notwendigkeit besteht. Gerade bei Hausbesuchen können sie es eigentlich kaum leisten, vorher Tests durchzuführen. Diese Hausbesuche sind vereinbart worden, sie kommen zu einem bestimmten Zeitpunkt dort an und sollen dann im Zweifel erst einmal einen Schnelltest mit den Patienten vor Ort durchführen. Ich bitte Sie, das etwas näher zu erläutern.

Meine letzte Frage bezieht sich auf das Thema Kita/Schule. Wenn festgestellt wird, dass in Kitas bzw. in Schulen Infektionen auftreten, zieht das nicht automatisch nach sich, dass die gesamte Gruppe in Quarantäne gesteckt wird, sondern können die Gesundheitsämter abwägen und entscheiden, nur diejenigen, bei denen man einen direkten Kontakt feststellen kann, in Quarantäne zu schicken, und nicht die ganze Gruppe. Ich bin darauf angesprochen worden, dass das in den FAQs wohl etwas anders dargestellt wird. Ich habe das aber nicht kontrolliert. Ich bitte Sie, das etwas näher zu erläutern.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Einige Fragen, die ich stellen wollte, sind schon vonseiten der Kollegen gestellt worden.

Noch einmal zu der Abfrage des Impfstatus durch den Arbeitgeber im Krankenhausbereich: Gibt es diese Möglichkeit auch im Bereich der ambulanten und stationären Pflege? Ich bekomme häufig Rückmeldungen, dass Pflegepersonal auf Hausbesuch kommt und nicht geimpft ist und sich auf Anfrage weigert, dazu Auskunft zu geben. Unser Ziel ist es ja, die Alten zu schützen. Deswegen gibt es ja auch die Auffrischungsimpfungen. In diesem Bereich haben wir eine Problemlage - um das einmal so zu formulieren. Ich glaube, an dieses Thema müssen wir noch einmal heran.

Ferner hätte ich gerne gewusst, wie hoch die Impfquoten - Erst- und Zweitimpfungen - im Pfl-

gebereich sind. Nach dem, was ich höre, scheint das sehr zu stagnieren.

Meiner Meinung nach müssen wir uns auch einmal mit der Belegung der Krankenhäuser befassen, auch nach dem, was ich in letzter Zeit über IVENA höre. Zumindest in Ostfriesland sind viele Krankenhäuser quasi gesperrt, weil keine Betten zur Verfügung stehen. Wir sind dort „auf Kante genäht“. Gerade aus dem Bereich der Inneren Medizin bekomme ich Rückmeldungen, dass viele Menschen in den letzten Monaten die Präventionsangebote und Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben, und jetzt kommt es scheinbar ziemlich geballt.

Auch meiner Meinung nach müssen Daten erhoben werden, wie viele Geimpfte nach Impfdurchbrüchen und Ungeimpfte in Niedersachsen an COVID-19 erkranken. Außerdem ist eine Aufteilung nach der Altersstruktur vonnöten. Darauf beziehen sich auch die Sorgen von Eltern jetzt zum Beginn des Schuljahrs. Die Aufgliederung der Altersstruktur sollte auch nicht grob vorgenommen werden, sondern es sollte zwischen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen differenziert werden. Es sollte also nicht lediglich nach „bis zu 30 Jahre“ und „über 30 Jahre“ differenziert werden.

Ich habe nicht verstanden, dass die Physiotherapeuten bei der letzten Änderung der Verordnung wieder den körpernahen Dienstleistungen zugeordnet worden sind und nicht mehr zu den medizinischen Berufen gehören. Insofern bin ich auf die Antwort dazu gespannt.

Was mir aber viel wichtiger ist: Wir haben die Verordnung am 18. August im Ausschuss beraten. Dann ist sie überarbeitet worden. Am darauffolgenden Dienstag ist sie auf einer Pressekonferenz verkündet worden und 12 Stunden später in Kraft getreten. Wir hatten etwas mehr Vorlauf als zuvor, aber die Auswirkungen auf einige Bereiche - z. B. die Physiotherapeuten - sind ja massiv, wenn sie dann ab Mittwoch die 3G-Regel durchziehen mussten. Es müssen auch Tests durchgeführt werden. Dafür braucht man Personal.

Ich glaube, wir müssen zukünftig massiv darauf achten, dass im Minimum 48 Stunden Vorlauf vorhanden sind, damit sie die entsprechenden Informationen bekommen. Das hat scheinbar nicht funktioniert.

Ich weiß auch nicht, inwieweit die Berufsverbände mit Stellungnahmen zu Verordnungsänderungen eingebunden sind. In diesen Bereichen gibt es für die Hausbesuche von Patienten keine Lösung. Das hat auch Auswirkungen auf die medizinische und pflegerische Versorgung.

Ich habe noch eine Frage zu Impfstoffresten. Wir haben vermehrt Anfragen von Hausärzten bekommen, dass die Vektorimpfstoffe durch die Ermöglichung der Kreuzimpfungen liegen bleiben. Sie werden in den nächsten Monaten verfallen. Man weigert sich, sie zurückzunehmen.

In den vergangenen Monaten haben die Ärzte immer den Impfstoff von AstraZeneca mit bestellen müssen, wenn sie den Impfstoff von BioNTech bestellt haben. Die Lieferung über die Großapotheke war nur im Doppelpack möglich. Mir wurde berichtet, dass dann gesagt wurde, dass ja die Kühlkette unterbrochen worden sein kann.

In anderen Ländern fehlt Impfstoff. Daher kann es nicht angehen, dass wir in den nächsten Wochen und Monaten Impfstoff verfallen lassen. Es muss an einer Lösung gearbeitet werden, zumal die Anschaffung der Impfstoffe viel Geld gekostet hat. Von daher noch einmal die Frage: Wie gehen wir mit den künftig verfallenden Impfstoffresten bei den Hausärzten um? Gibt es einen Austausch mit der Kassenärztlichen Vereinigung, um dafür eine Lösung zu finden? Bei den Impfzentren wird der Impfstoff ja an den Bund zurückgegeben und, wie ich über die Bundeswehr gehört habe, auch weiterverteilt.

StS Scholz (MS): Einen Zeitplan für die neue Verordnung gibt es noch nicht. Die kurze Änderung aufgrund der Änderung des Bundesrechts werden wir irgendwann kurzfristig vornehmen, wenn sie abgeschlossen ist und wir wissen, was im Ergebnis beschlossen wird. Denn selbst in dem gegenwärtigen Verfahren gilt immer noch das Strucksche Gesetz, dass nichts aus dem Parlament so herauskommt, wie es hingegangen ist. Wie wir die Warnstufen ausgestalten, welche Wechsel wir vorsehen, alles das wird im Moment beraten. Zum Beispiel heute Abend um 20 Uhr habe ich meinen nächsten Termin dazu. Wenn die Meinungsbildung der Regierung abgeschlossen sein wird, wird selbstverständlich das Parlament bzw. der Ausschuss zuerst unterrichtet.

Erlauben Sie mir bitte, dass ich die Fragen zur Verordnung an Frau Schröder weitergebe, weil

ich die Verordnung nur vom Lesen kenne. Als sie erarbeitet worden ist, hatte ich Urlaub.

Zur Frage nach der Abfrage des Impfstatus: Ich weiß nicht, woher das Gerücht kommt, dass es irgendwelche Bereiche gibt, in denen der Impfstatus vom Arbeitgeber abgefragt werden darf. Das ist nicht so. Es gibt keine Auskunftspflicht des Arbeitnehmers über Gesundheitsdaten.

Schlaue Krankenhäuser setzen auf den Intensivstationen und COVID-Stationen nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, die mitgeteilt haben, dass sie geimpft oder genesen sind. Die anderen werden woanders eingesetzt. Das ist eine Frage der Dienstplangestaltung.

Ich kenne im Moment keine rechtliche Verpflichtung für irgendjemanden, seinen Impfstatus zu offenbaren. Man muss halt die Konsequenzen tragen. Wenn eine OP-Schwester oder ein Intensivpfleger unbedingt dort arbeiten will, aber ihren oder seinen Impfstatus nicht offenbaren will, dann ist das eben nicht möglich. Das ist der alte Unterschied zwischen Pflichten und Obliegenheiten.

Im Übrigen gibt es auch in den Krankenhäusern genügend Bereiche, die vergleichsweise weniger empfindlich sind als gerade diese hochsensiblen Bereiche.

Zur Zulassung von Impfstoffen für kleine Kinder: In der Tat ist in den USA die Zulassung eines Impfstoffs für unter 12-Jährige beantragt worden. Wir gehen davon aus, dass das Verfahren dann auch hier in Europa entsprechend schnell abläuft. Ob das noch im September umgesetzt werden kann, hängt auch davon ab, wann der Antrag gestellt worden ist. Ohne Antrag gibt es keine Entscheidung über einen Antrag.

Herr Bothe, das grundlegende Missverständnis in Ihren ersten Fragen ist, dass Getestete nicht infektiös seien. - Getestete sind im Durchschnitt schon deshalb infektiöser als Geimpfte, weil die Tests nicht genau genug sind. Wir wissen - ich hoffe, dass ich die Zahlen richtig in Erinnerung habe; die Größenordnung stimmt aber -, dass bei der Alpha-Variante, die ungefähr acht Tage infektiös war, erst nach dem dritten Tag der Infektiosität der Test angeschlagen ist. Das heißt, an den ersten drei Tagen - das sind drei Achtel - ist man infektiös und weiß es nicht. Man kann auch nicht wissen, dass man infiziert ist, weil der Test das einfach nicht anzeigt. Grosso modo gilt das auch für die Delta-Variante. Dabei ist das Verhältnis

sozusagen etwas günstiger, weil die Delta-Variante länger infektiös ist und der Test gleichwohl nach drei Tagen anspringt. Aber es bleibt dabei, dass ein Großteil der negativ Getesteten wahrscheinlich nicht negativ ist. Von daher ist das 2G-Modell sehr sinnvoll, weil dabei die Wahrscheinlichkeit der Infektiosität deutlich geringer ist. Seinerzeit wurde ja auch nicht das Argument angeführt, dass Getestete genauso wie Geimpfte behandelt werden müssen, sondern es ist genau anders herum: Man muss Geimpften die gleichen Rechte wie Getesteten geben, weil sie weniger infektiös sind als Getestete.

Von einem Lockdown im Herbst geht, glaube ich, im Moment niemand aus.

Die Zahl der Intensivbetten mal eben zu erhöhen, ist nicht ganz so einfach, wie dies klingt. Man kann aus jedem Krankenhausbett ein Isolierbett machen. Ein Intensivbett erfordert aber technische Voraussetzungen und auch personelle Voraussetzungen. Beim Einstieg in die Pandemie gab es ungefähr 1 900 Beatmungsmöglichkeiten. Jetzt gibt es 2 500 Beatmungsmöglichkeiten und stoßen wir bei einem weiteren Ausbau eher beim Personal als bei der Technik an die Grenze, weil die Technik von Kräften bedient werden muss, die das gelernt haben. Das wissen Sie beruflich wahrscheinlich selber mindestens so gut wie ich.

Eine Erhöhung der Intensivkapazitäten erfolgt eher nicht dadurch, dass die tatsächliche Zahl erhöht wird, sondern dass die Inanspruchnahme verringert wird. Das haben wir ja auch im Frühjahr 2020 gemacht, als wir elektive, d. h. planbare Eingriffe untersagt haben, die medizinisch nicht notfallmäßig dringend waren, weil in der Folge auch die Inanspruchnahme der Intensivbetten reduziert wurde. Die Anzahl der Intensivbetten wird also nicht insgesamt erhöht, aber die Zahl der verfügbaren Intensivbetten wird erhöht.

Über die Frage der Inzidenz haben wir mehrfach diskutiert. Die relative Bedeutung der Inzidenzen sinkt, weil sozusagen die Werte, die das Gesundheitswesen verkräftet, höher sind. Wenn früher die Krankenhäuser mit 50er-, 60er-, 100er-Inzidenzen an ihre Kapazitätsgrenze gestoßen sind, ist das jetzt wahrscheinlich bei der fünf-, sechs- oder siebenfachen Inzidenz so. Die Inzidenz ist aber das Einzige, was wir sehr schnell und sehr regionalisiert zur Verfügung haben. Von daher ist auch in der neuen Bundesrechtsregelung die Inzidenz eines der Kriterien. Das kann man nicht fallen lassen. Das relativiert sich. Wenn

man überlegt, welche Maßnahmen wir vor einem halben Jahr bei den Inzidenzentwicklungen ergreifen hätten, die wir gegenwärtig haben, dann sieht man deutlich, wie sich das relativiert, wie wir das zurücknehmen. Aber das ist das einzige Kriterium, das wir schnell, tagesgenau und sehr stark regionalisiert zur Verfügung haben. Von daher wird eine gewisse Bedeutung bleiben.

In der Tat gehen verschiedene Bundesländer dazu über, bei der Inzidenz zwischen Geimpften und Ungeimpften zu unterscheiden. Das kann man natürlich machen. Das ist aber, glaube ich, eher eine pädagogische Maßnahme und ist nicht zwingend handlungsleitend, zumal dann nicht, wenn die Hospitalisierung der Hauptindikator wird. Aber natürlich kann man einfach darauf hinweisen, um wie viel die Inzidenzen bei den Ungeimpften höher sind.

Für die Altersgruppen habe ich eine Auswertung für die letzte Woche: Die Inzidenz bei den 0- bis 11-Jährigen, für die es ja keinen Impfstoff gibt, betrug 56,8 und bei den 12- bis 17-Jährigen, die jetzt - von individuellen Unverträglichkeiten abgesehen - geimpft werden können, 84,7. Bei den 18- bis 59-Jährigen betrug die Inzidenz 51,5 und bei den über 60-Jährigen 8,9.

An diesen Zahlen werden die unterschiedlichen Impfquoten ganz deutlich. Man sieht auch die unterschiedliche soziale Mobilität. Je älter Menschen sind, desto stärker leben sie eher in den eigenen Kreisen. Selbst dann, wenn man noch nicht so richtig alt ist wie ich, ist man nicht mehr ganz so sozial aktiv wie ein Student.

Die Zahl der Impfdurchbrüche belief sich vor drei oder vier Wochen in Niedersachsen auf 624. Diese Zahlen kann man also ermitteln.

In Bezug auf die geimpften und ungeimpften COVID-19-Patienten in Krankenhäusern habe ich im Moment nur eine sehr grobe Zahl: Ungefähr 90 % der Hospitalisierten sind nicht geimpft. Wenn man weiß, dass in Niedersachsen ungefähr 40 % der Menschen nicht geimpft sind, aber 90 % der COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern nicht geimpft sind, ist völlig klar, welche große Bedeutung die Impfung hat.

Ich weise aber darauf hin, dass sich dieses Verhältnis immer weiter verändern wird. Wenn wir uns nämlich eine Bevölkerung vorstellen, die zu 100 % geimpft ist, und es trotzdem Impfdurchbrüche gibt, dann sind 100 % der Patienten im Kran-

kenhaus geimpft gewesen. Hierbei gilt das Gleiche wie bei der Frage, die wir vor einem dreiviertel oder einem Jahr diskutiert haben, wie das Verhältnis zu den Genesenen aussieht. Je mehr sich insgesamt beteiligen, desto mehr verschieben sich entsprechend die Tendenzen.

Herr Meyer, Ihre Fragen zur Verordnung wird Frau Schröder gleich beantworten.

Zur Frage zum Impfstatus im Pflegebereich können wir klären, ob die Verbände noch einmal eine Abfrage durchgeführt haben. Das haben wir ja nicht selber abgefragt, sondern das haben die Verbände getan. Aktuell ist mir keine weitere Abfrage bekannt.

Dass es in den Krankenhäusern im Moment zu Nachholeffekten kommt, weil sich Menschen - zum Leidwesen der Krankenhäuser - dafür entschieden haben, bestimmte Untersuchungen, die nicht zwingend waren, nicht machen zu lassen und lieber nicht ins Krankenhaus zu gehen, und dass diese Nachholeffekte dann zu einer guten Krankenhausauslastung führen, ist so. Gleichwohl wird jetzt niemand die Krankenhäuser darauf auslegen wollen, dass diese Nachholeffekte kommen, sondern das wird einfach irgendwann abgearbeitet werden müssen.

IVENA gibt uns keinen Überblick über die komplette Krankenhausauslastung, sondern nur über die Auslastung der Notfallstationen. Von daher ist IVENA an der Stelle vielleicht ein Hinweis darauf, dass mehr Menschen in Zuständen Auto fahren, in denen sie das nicht tun sollten und dann in die Notfallaufnahme kommen. Da gibt es immer ein Hin und Her.

Zu den Impfstoffresten bei den Ärzten: Wir haben zwei sehr getrennte Impfstoffversorgungssysteme. Dabei bleiben wir auch. Eine Schiene ist die öffentlich-rechtliche Impfstoffversorgung über den Bund und die Länder in die Impfzentren. Wir kümmern uns darum, dass die Impfstoffe rechtzeitig an den Bund zurückgehen, damit sie in anderen Ländern weiterverwendet werden können. „Rechtzeitig“ heißt: mit einer Restlaufzeit von mindestens zwei Monaten. Die zweite Schiene ist über den Pharmagroßhandel und die Apotheken in die Arztpraxen. Damit haben wir nichts tun, und damit wollen wir auch nichts zu tun haben - um das ganz deutlich zu sagen. Denn kein Arzt hat Impfstoff, den er nicht irgendwann bestellt hat und den er nicht irgendwann ausgeliefert bekommen hat. Natürlich besteht die Gefahr, dass dort Impf-

stoff verfällt. Das kann man gar nicht anders sagen. Das Rückholmodell muss aber in dem gleichen System funktionieren, in dem das Liefermodell funktioniert hat - auch deshalb, weil sich die Frage nach den Kühlketten stellt, aber auch deshalb, weil wir inzwischen verschiedentlich von Ärzten hören: „Mein Impfstoff läuft in drei Tagen ab, hol ihn mal ab!“ Das kann wirklich nicht unsere Aufgabe als Land sein. Das muss man ganz deutlich sagen. Wir haben Verantwortung für den Impfstoff, der in unserem System geliefert worden ist. Das andere ist das Risiko im Bereich der niedergelassenen freiberuflichen Ärztinnen und Ärzte.

MDgt'in **Schröder** (MS): Die erste Frage zur Corona-Verordnung bezog sich auf den § 19. Das 3G-Modell gilt für alle Besucherinnen und Besucher, die Patienten im Krankenhaus besuchen wollen. Es ist tatsächlich so, dass das Risiko, getestet, genesen oder geimpft zu sein, die Besucherinnen und Besucher tragen. Solange die Bürgertestungen noch kostenfrei sind, können sich Bürgerinnen und Bürger ja kostenfrei testen lassen. Sie müssen diesen Test dann im Krankenhaus vorlegen. Wenn sie das nicht tun, sondern das Krankenhaus Tests anbietet, dann steht es dem Krankenhaus frei, sich diese Tests bezahlen zu lassen, wenn die Bürgertestungen nicht mehr kostenfrei sind. Das hängt an der Kostenfreiheit der Bürgertestungen. Wenn sie Mitte Oktober entfällt, werden die Besucherinnen und Besucher sich im Zweifel auf ihre Kosten testen müssen. Das dient letztlich dem Schutz aller Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, die in dieser Situation besonders vulnerabel sind und vor einem Infektionseintrag von außen geschützt werden müssen.

Zu der Frage nach der Teilnahme von Geschwisterkindern an Einschulungsfeiern: Nach der Verordnung sind Kinder unter sechs Jahren und alle Schülerinnen und Schüler vor dem Hintergrund, dass sie im Schulkontext getestet werden, von der Testpflicht generell ausgenommen. Diese Befreiung gilt auch an den Wochenenden und in den Schulferien, sodass der Teilnahme der Geschwisterkinder an Einschulungsfeiern nichts im Wege steht, weil Kinder und Schülerinnen und Schüler auch im privaten Kontext quasi nicht mitgezählt werden.

Zu der Frage zu körpernahen Dienstleistungen und der Geltung des 3G auch in diesem Bereich, wenn die Voraussetzungen des § 8 eingetreten sind: Sämtliche Studien aus europäischen Län-

dern, aber auch aus Drittstaaten zeigen, dass die Gesundheitsdienstleister auch ein hohes Infektionsrisiko für ihre Patientinnen und Patienten bergen, weil dort in schneller Zahl viele Menschen quasi durchbehandelt werden. Auch die Gesundheitsdienstleister selber müssen ein Rieseninteresse daran haben, dass sie ihre Patientinnen und Patienten schützen. Das können sie nur dann, wenn sie sich an die 3G-Regel halten. Mit dem Mittel der Schnelltests ist das völlig unproblematisch. Selbst wenn jemand ungetestet kommt, kann man das in der Praxis sofort nachholen.

Der Hinweis auf die älteren Menschen und die Hausbesuche läuft insofern fehl, als wir dort ja bereits 90 % geimpft haben. Das sind ja nun gerade die Geimpften. Das sind vor allem diejenigen, die geschützt werden müssen. Von Hausbesuch zu Hausbesuch zu gehen und das Virus mit sich herumzutragen, ist nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten. Insofern halte ich es für wichtig, dass wir gerade in diesen Bereichen auf die 3G-Regel besonders achten.

Bei der Frage zur Kontaktnachverfolgung im Bereich Kita und Schule geht es letztendlich auch um die Frage des Umfangs von Quarantänen. Wir sind uns einig, dass Schulen und Kitas offen bleiben sollen. Das kann natürlich nicht sozusagen umgangen werden, indem großzügig Quarantänen ausgesprochen werden. Von daher ist es derzeit so, dass die niedersächsischen Gesundheitsämter im Durchschnitt auch so handeln. Sie sind von uns klar dahin gehend motiviert worden, dass wirklich immer nur die engsten Kontaktpersonen mit in Quarantäne gehen müssen. Das sind bei Schülerinnen und Schülern die direkten Sitznachbarn - alle anderen nicht, es sei denn, dass irgendeine schulische Veranstaltung mit einem diffusen Kontaktsystem stattgefunden hat.

In den Kitas ist das etwas schwieriger. Aber auch dort sind die Gesundheitsämter gehalten, genau zu schauen. Auch in Kindergartengruppen bilden sich regelmäßig kleinere Gruppen von Freundschaften, die intensiver miteinander zu tun haben. Die anderen sind zwar im gleichen Raum, haben aber nicht unmittelbar Kontakt. Auch da gilt es, die Anzahl der Kinder, die im Rahmen der Kontaktnachverfolgung mit in Quarantäne genommen werden, so gering wie möglich zu halten.

Die Länder haben dem Bund ganz klar adressiert, dass sich bei der Frage der Quarantänedauer noch einmal ein genauer Blick auf Kinder und Ju-

gendliche aufdrängt, weil nach allen Studienlagen, die wir momentan haben, die Viruslast bei Kindern und auch noch bei Jugendlichen geringer ist als bei Erwachsenen, sie also per se weniger ansteckend sind. Deswegen hat der Bund den klaren Auftrag, zusammen mit den Ländern in der Arbeitsgruppe Infektionsschutz, in dem die Referenten der Länder, also die Fachleute der Länder und des RKI zusammensitzen, bis zum kommenden Montag einen Vorschlag zu erarbeiten, wie für Kinder und Schülerinnen und Schüler die Quarantänezeit auf fünf Tage verkürzt werden kann, gegebenenfalls mit einem Test am fünften Tag, was für Schülerinnen und Schüler und letztlich auch für die Kita-Kinder kein Problem ist, damit die Kinder schneller wieder in die Gruppe und in die Schule gehen können.

Noch ein Wort zu IVENA: Die Situation, dass sich im Sommer viele Krankenhäuser abmelden - es sind ohnehin nur die 145 Krankenhäuser, die eine Notaufnahme haben -, ist der Effekt der Sommerferien. Das ist jedes Jahr so. Das liegt einfach daran, dass die Krankenhäuser in dieser Haupturlaubszeit ihre Betten abmelden, weil sie quasi kein Personal mehr haben, das dann noch zur Verfügung steht. Das ist gar nicht der Pandemie geschuldet, sondern das ist jedes Jahr im Sommer so.

Zu den Impfstoffen hat Herr Scholz ja schon vorgetragen.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe noch eine Nachfrage zu der Verordnung hinsichtlich der Schulen. Vor allem von Eltern wird jetzt sehr viel Kritik an der Maskenpflicht in den Grundschulen geäußert. Ich kann natürlich nachvollziehen, weshalb die Landesregierung für die Grundschulen die Maskenpflicht vorgeschrieben hat. Sie haben gerade aber Hinweise zu der Infektiosität der Kinder gegeben. Mir stellt sich auch die Frage, ob für die Kinder wirklich in erster Linie im Unterricht oder vielmehr in dem Verhalten außerhalb des Klassenraums eine Gefahr besteht. Es stellt ja wirklich eine Härte dar, wenn ein Kind im Unterricht immer die Maske tragen muss. Deshalb meine Frage: Wie wird die Landesregierung weiter vorgehen? Ich nehme an, dass nach den ersten Schultagen die Kritik eher noch zunehmen wird.

MDgt'in **Schröder** (MS): In der Grundschule sind Kinder unter zwölf Jahren, also diejenigen Kinder, für die wir noch überhaupt keinen Impfstoff zur Verfügung haben. Wir müssen diese Gruppe be-

sonders gut schützen, weil sich mit steigender Impfquote das Infektionsgeschehen vorrangig in den Gruppen abspielt, die noch nicht geimpft sind. Dazu gehören auch die Kinder in der Grundschule.

Wenn man die Kinder beobachtet - ich sage das mal ganz offen -, habe ich immer den Eindruck, dass sie am wenigsten Probleme mit der Mund-Nase-Bedeckung haben. Sie tragen ganz selbstverständlich eine Mund-Nase-Bedeckung. Ich bin mir nicht ganz sicher, ob nicht vielleicht Eltern manchmal mehr Schwierigkeiten damit haben als ihre Kinder.

Wir haben in dieser Phase nach den Sommerferien bewusst diese Pflicht zu einer Mund-Nase-Bedeckung vorgesehen, weil es nach der Urlaubszeit - das wissen ja wir alle - immer wieder einen Anstieg des Infektionsgeschehens gibt. Das wird einfach durch die Mobilität mit ausgelöst. Wir werden das beobachten. Letztlich wird die Mund-Nase-Bedeckungspflicht davon abhängen, wie sich die Situation in den Schulen entwickelt. Wenn es zahlreiche Ausbrüche gibt, dann ist es bei einer Mund-Nase-Bedeckungspflicht auch im Unterricht für die Gesundheitsämter deutlich einfacher, die Zahl derer, die man im Zweifel in Quarantäne schickt, einzugrenzen. Wenn sich abzeichnet, dass die Schulen von dem Infektionsgeschehen nicht so stark berührt sind, dann kann man im nächsten Schritt auf die Mund-Nase-Bedeckung im Unterrichtsgeschehen, solange die Kinder sitzen, verzichten. Das hatten wir vor den Sommerferien ja auch. Das ist jetzt wirklich eine Schutzmaßnahme, um diese Zeit nach der Urlaubsrückkehr zu überbrücken.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ich möchte Ihrer Darstellung widersprechen, dass das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung im Unterricht für die Kinder, gerade für kleine Kinder in den Schulklassen 1 bis 4, keine Belastung darstellt. Ich möchte erwähnen, dass wir uns hier im Landtag Glaskästen für viel Geld gebaut haben - auch im Plenarsaal -, damit wir auf den Plätzen keinen Mundschutz tragen müssen. Wir muten unseren kleinen Kindern zu, während des gesamten Unterrichts - außer während der Pausen oder Belüftungspausen - diese Mund-Nase-Bedeckung zu tragen. Daher halte ich diese Maßnahme doch für sehr, sehr schwierig, gerade vor dem Hintergrund, dass wir eigentlich schon weiter waren; denn vor den Sommerferien gab es diese Verordnung in dieser Form ja nicht. Dafür habe ich auch persönlich kein Verständnis.

Des Weiteren möchte darauf hinweisen, dass es ganz klar ist, dass Schulen keine Hotspots sind. Das sagt ja auch der Minister. Das hat er gestern in seiner Pressekonferenz noch einmal ausdrücklich gesagt: Schulen sind kein Corona-Hotspot.

Vor diesem Hintergrund muss man sagen, dass diese Maßnahmen in dem Sinne übertrieben sind. Es ist sehr bedauerlich, dass man es nicht geschafft hat, den Schulen flächendeckend mit Belüftungssystemen auszuhelfen. Das, was jetzt kommt, ist wahrscheinlich ähnlich. Es wird einen Run darauf geben. Nur die wenigsten Schulen werden vernünftige Belüftungssysteme bekommen.

Ich möchte abschließend noch einmal sagen, dass diese Maßnahmen, gerade die Mund-Nase-Bedeckungspflicht im Unterricht in Grundschulen, aus meiner Sicht fahrlässig sind.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das war ein Statement. Fragen konnte ich nicht erkennen. Das wird in das Protokoll aufgenommen. Die Position der Landesregierung dazu hat Frau Schröder ja bereits ausgeführt.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Meine Fragen zu der Verordnung hinsichtlich der Physiotherapie, körpernahen Dienstleistungen und medizinischen Berufe sowie zum Thema Vorlaufzeit für Dienstleister von mindestens 48 Stunden - das ist zumindest meine Vorstellung - wurden meines Erachtens noch nicht beantwortet.

Eine ergänzende Frage bezieht sich auf die groß angekündigte Impfkampagne, die ja seit August läuft. Der Herr Staatssekretär hat eben deutlich gemacht, dass das Impftempo sinkt und dass sich dies auf die Impfquote niederschlägt. Fast 40 % sind noch nicht durchgeimpft. Gibt es Maßnahmen und Ideen, wie wir das Impftempo voranbringen können? Denn sonst bedeutet das ja am Ende, dass die Infektionslast weiter steigt. So können wir nicht in den Herbst gehen. Das bedeutet dann ja auch, dass es wieder verstärkte Einschränkungen der Kontakte geben wird. Sie haben heute schon selbst gesagt, dass wir bald in der Warnstufe 1 sind. Das geht so weiter.

Mir ist es wichtig, zu wissen, wie die Wirkung der Impfkampagne ist, ob sie wirklich ankommt, ob wir dort noch einmal nachjustieren bzw. nachsteuern müssen. Denn es kommt ja jetzt darauf an, dass das Impftempo nicht noch weiter sinkt.

Noch eine ganz kurze Anmerkung zum Mund-Nase-Schutz bei Kindern. Ich kann ganz deutlich sagen: Die Eltern sind eher das Problem - nicht die Kinder. So wie ich die Kinder nicht nur in der Schule erlebe, können sie sehr gut damit umgehen. Wenn ich durch die Stadt gehe, bin ich immer darüber erstaunt, wie viele Kinder, die nicht einmal einen Mund-Schutz tragen müssten, auch in der Stadt einen Mundschutz tragen, die stundenlang in der Bahn mit ihren Eltern sitzen und ebenfalls einen Mundschutz tragen. Ich halte es aktuell wegen der vielen Reiserückkehrerinnen und -rückkehrer für mehr als sinnvoll, diesen Schritt als präventive Maßnahme zu gehen, und unterstütze ihn auch massiv.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Auch das war ein Statement für das Protokoll.

Ich möchte noch etwas zu den Physiotherapeuten sagen. Auch ich bin damit konfrontiert worden und habe mich auch einmal ein bisschen im Umfeld umgesehen. Das Land Nordrhein-Westfalen hat die gleiche Regelung. Es war vorher eines der ersten Länder, die medizinisch verordnete Behandlungen ausgenommen hatten wie auch in Niedersachsen. Dort ist es heute genauso geregelt wie in Niedersachsen.

Mit Blick auf diejenigen, die am meisten gemeckert haben, die hinsichtlich der 48 Stunden gefragt haben, wie sie das so schnell machen sollen, habe ich mich erst einmal darüber informiert, ob sie überhaupt betroffen sind; denn das bedurfte ja einer Inzidenz von 50 in dem jeweiligen Landkreis. Zu diesem Zeitpunkt waren es noch die wenigsten. Jetzt sind natürlich zunehmend mehr dazugekommen. Das muss man also zunächst einmal klären. Damit konnte man in dieser Phase erst einmal viel beruhigen, wenn sie nicht sehr kurzfristig unmittelbar davon betroffen waren.

MDgt'in **Schröder** (MS): Zu der Vorlaufzeit hat der Herr Vorsitzende eben schon ausgeführt. Wir sind ja mitten in der Pandemiebewältigung. Die Entwicklung des Infektionsgeschehens erfordert es, dass wir mit den Verordnungen schnell und zeitnah reagieren. Das ist wichtig. Alle wussten, dass zu diesem Termin die Verordnung in Kraft treten wird. Insofern war das nicht vollkommen überraschend. Dass wir hier die Indikatoren neu überdenken und zu neuen Wegen kommen, ist ja auch schon im Vorfeld diskutiert worden. Auch das 3G-Modell ist schon im Vorfeld diskutiert worden.

Insofern werbe ich auch an dieser Stelle noch einmal dafür, dass das natürlich für alle Wirtschaftszweige herausfordernd ist. Davon ist ja niemand ausgenommen. Die Beherbergungsbetriebe, die Gastronomie, aber auch alle anderen Gesundheits- und Pflegeberufe, Schule, Erzieherinnen, Kitas, im Grunde genommen alle müssen sich immer wieder neu auf andere Rahmenbedingungen einstellen. Das fordert alle. Das ist auch spaßbefreit. Das kann ich gut nachvollziehen. Aber die Pandemie erfordert es eben, dass wir hier reagieren. Von daher kann ich nur um ein Stück Gelassenheit bitten. Denn am Ende des Tages wird uns nur das Impfen dauerhaft aus dieser Pandemie heraushelfen. Das ist bei anderen Infektionskrankheiten ja auch so. Nicht zuletzt deshalb impfen wir ja Säuglinge ganz frühzeitig mit allem, was möglich ist, um sie gut zu schützen. Bei allen Schutzimpfungen belegen die Zahlen ganz eindeutig - das gilt für Corona auch -, dass die Menschen, die geimpft sind, deutlich besser geschützt sind. Keine Impfung schafft einen 100-prozentigen Schutz, aber jede Impfung führt dazu, dass man ein deutlich niedrigeres Risiko hat, sich überhaupt zu infizieren. Wenn man sich infiziert hat, hat man ein deutlich niedrigeres Risiko, dass es zu ganz schweren Krankheitsverläufen bis hin zum Tod kommt.

Zu der Frage zur Impfkampagne: Wir haben diese Impfkampagne so aufgebaut, dass sie sich sozusagen ständig weiterentwickelt, ständig weiter ausbreitet. Wir setzen mit Impfkampagnen immer wieder neue Impulse, die ganz unterschiedliche Medien und ganz unterschiedliche Zielgruppen bedienen. Die Auswertung zur Wirkung läuft noch, aber die ersten Rückmeldungen hinsichtlich der Anzahl der Klicks und des Interesses an dieser Impfkampagne sind außerordentlich positiv. Insofern bin ich davon überzeugt, dass wir mit dieser Impfkampagne das Thema Impfen noch einmal in breite Bevölkerungskreise hineinragen, die sich damit bisher gar nicht so beschäftigt haben, weil sie vielleicht von den klassischen Medien nicht erreicht werden und dieses Thema gar nicht so für sich bewegt haben.

Ich bin davon überzeugt, dass auch die 3G-Regel dazu führen wird, dass sich auch andere Altersgruppen und Bevölkerungsgruppen intensiver mit den Fragen befassen: Ist es nicht viel einfacher, wenn ich mich impfen lasse? Ist es nicht viel unkomplizierter? Wie geht das denn mit dem Impfen? - Die Kassenärztliche Vereinigung hat auf unsere Bitten hin reagiert und hat jetzt auf ihrem Portal das Angebot geschaffen, dass man post-

leitzahlbezogen die Impfärztinnen und Impfärzte in der direkten unmittelbaren Umgebung angezeigt bekommt, die auch Patientinnen und Patienten impfen, die nicht zu ihrem Patientenstamm gehören, also auch diejenigen, die gar keinen Hausarzt haben. Das sind oftmals jüngere Menschen, die keinen Hausarzt brauchen. Über dieses Portal kann man ganz schnell einen Impfarzt oder eine Impfärztin in der Nähe finden.

Auch die anderen Bundesländer stellen sukzessive auf die 3G-Regel um. Ich glaube, das wird unseren Alltag noch lange begleiten. Denn es ist letzten Endes unser aller Ziel, dass es keinen erneuten Lockdown gibt, schon gar nicht für Geimpfte und Genesene - die ja auch geimpft sind -, weil wir tatsächlich einen Schutz in diesen Gruppen haben, der vielleicht immer noch eine Vorsicht und gewisse Grundsatzmaßnahmen, vielleicht sogar auch noch eine Mund-Nase-Bedeckung in bestimmten Situationen erfordert, aber keine Kontaktbeschränkungen und keinen Lockdown mehr wie im Frühjahr und im letzten Jahr.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Es gibt keine weiteren Wortmeldungen. Herzlichen Dank für die heutige Unterrichtung!

Tagesordnungspunkt 2:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über die Ausübung des Hebammenberufs

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/8797](#)

direkt überwiesen am 17.03.2021

federführend: AfSGuG

mitberatend: AfRuV

dazu:

Eingaben 02657/08/18, 02657/08/18-001, 02657/08/18-002, 02657/08/18-004, 02657/08/18-005, 02657/08/18-006, 02657/08/18-07, 02657/08/18-008, 02657/08/18-009, 02657/08/18-010, 02657/08/18-011, 02657/08/18-012, 02657/08/18-013, 02657/08/18-014, 02657/08/18-015, 02657/08/18-016, 02657/08/18-017, 02657/08/18-018, 02657/08/18-019, 02657/08/18-020 und 02657/08/18-021

zuletzt beraten: 116. Sitzung am 15.04.2021

Beratungsgrundlage: Vorlage 7

Beratung

MR **Dr. Miller** (GBD) wies zu der **Vorlage 7** einleitend darauf hin, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst sich, wie üblich, bei der Bearbeitung des Gesetzentwurfs auf die Prüfung rechtlicher Fragen beschränkt habe und nicht auf die fachlich geprägten Anregungen im Rahmen der Anhörung zu dem Gesetzentwurf eingegangen sei. Seine Formulierungsvorschläge seien im vollen Umfang im Einvernehmen mit dem Fachreferat des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung erstellt worden.

Herr Dr. Miller und RiⁿArbG **Hengst** (GBD) trugen sodann die Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes vor und erläuterten diese im Sinne der schriftlichen Anmerkungen in der Vorlage 7. Darauf wird verwiesen. Eine Aussprache ergab sich nur bei den nachfolgend aufgeführten Punkten des Gesetzentwurfs.

Nr. 2: § 2 - Allgemeine Berufspflichten

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) und Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) hielten die doppelte Verneinung in dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes in dem **neuen Absatz 3 Satz 2** für schwer verständlich:

„Die Hebamme darf in einem solchen Fall die Hilfeleistung bei der ärztlichen Maßnahme oder die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahme nicht verweigern, wenn sie den Hinweis nicht gegeben oder nicht dokumentiert hat oder wenn durch ihre Weigerung ein gesundheitlicher Schaden für die Gebärende, das ungeborene Kind oder das Neugeborene zu befürchten ist.“

MR **Dr. Miller** (GBD) erläuterte, der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst habe bei dieser Vorschrift den Ansatz der doppelten Verneinung gewählt, um den Eindruck der Entwurfsfassung zu vermeiden, dass eine Hebamme in einer geburts-hilflichen Situation, die es nicht erlaube, ihre Mitwirkung zu verweigern, berufsrechtlich verpflichtet sei, grob falsche ärztliche Anweisungen zu befolgen, mit der möglichen Folge von zivilrechtlichen Konsequenzen. Ganz glücklich sei der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst mit dieser Formulierung allerdings ebenfalls nicht. Manchmal sei es aber nicht vermeidbar, dass die Präzisierung einer Regelung zu einer etwas komplizierteren Formulierung führe. Insofern wäre es schwierig, dem Ausschuss spontan eine andere Formulierung vorzuschlagen.

RiⁿArbG **Hengst** (GBD) ergänzte, dass mit diesem Formulierungsvorschlag der Eindruck vermieden werde, dass es der Gesetzgeber den Hebammen erlauben wolle, in Situationen, in denen eine ärztliche oder ärztlich angeordnete Maßnahme den anerkannten Regeln der Geburtshilfe widerspreche, ihre Hilfeleistung zu verweigern. Durch die negative Abgrenzung solle lediglich klargestellt werden, dass eine Hebamme ihre Hilfeleistung dann nicht verweigern dürfe, wenn dadurch ein gesundheitlicher Schaden für die Gebärende, das ungeborene Kind oder das Neugeborene zu befürchten sei.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) gab zu überlegen, im Nachgang zu der Beratung im Ausschuss über einen anderen Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes nachzudenken.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schlug vor, den Satz 2 in zwei kürzere Sätze aufzugliedern, um die Verständlichkeit zu verbessern.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) warf die Frage auf, wie und in welchem zeitlichen Ablauf eine Hebamme einen Hinweis im Sinne des Satzes 1 dokumentieren müsse.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) führte an, dass die Umsetzung der in Rede stehenden relativ abstrakten Formulierung wohl kaum z. B. in einem Erlass für die selbstständig tätigen Hebammen näher erläutert werden könne. Sie war interessiert zu erfahren, auf welchem Wege die diesbezüglichen Informationen an die Hebammen herangetragen werden könnten.

MR **Dr. Miller** (GBD) hob hervor, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst diese für die Praxis gravierende und schwierig umzusetzende Regelung nicht im Nachgang zu der Beratung im Ausschuss modifizieren könne, wenn die Beratung des Gesetzentwurfs dem Vernehmen nach in der heutigen Sitzung des Ausschusses abgeschlossen werden solle. Die Verständlichkeit der Regelung könne jedoch möglicherweise schon durch eine Nummerierung in einem gewissen Maße verbessert werden:

„(3) ¹Widerspricht eine ärztliche oder ärztlich angeordnete Maßnahme den anerkannten Regeln der Geburtshilfe, so hat die Hebamme die Ärztin oder den Arzt darauf hinzuweisen und den Hinweis zu dokumentieren. ²Die Hebamme darf in einem solchen Fall die Hilfeleistung bei der ärztlichen Maßnahme oder die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahme nicht verweigern, wenn

1. sie den Hinweis nicht gegeben hat,
2. sie den Hinweis nicht dokumentiert hat oder
3. durch ihre Weigerung ein gesundheitlicher Schaden für die Gebärende, das ungeborene Kind oder das Neugeborene zu befürchten ist.“

Die Frage, ob überhaupt eine Verweigerung der Hilfeleistung durch die Hebamme zulässig sei, richte sich im Wesentlichen nicht nach dem Berufsrecht, sondern sei durch das Zivilrecht und das Arbeitsrecht vorgeprägt. Das Arbeitsrecht bestimme z. B. in einer Klinik darüber, ob und, wenn ja, unter welchen Voraussetzungen eine Hebamme gegenüber einer Ärztin oder einem Arzt weisungsgebunden sei. Dies könne das Berufsrecht

nicht im Detail regeln. Daher habe der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst die Regelung negativ formuliert. Das Problem, dass diese Handlungsanweisung für die Hebamme ausgesprochen schwierig sei, könne vom Gesetzgeber in Niedersachsen durch das Regelungsgeflecht aus Zivilrecht, Strafrecht und Berufsrecht auch durch eine andere Formulierung nicht aufgelöst werden.

Die fachliche Frage, wie ein solcher Hinweis von einer Hebamme zu dokumentieren sei, müsse seitens des Ministeriums beantwortet werden.

Auf die Frage des Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD), ob aus der Sicht des Ministeriums die Notwendigkeit bestehe, über den Gesetzentwurf bereits im September-Plenarsitzungsabschnitt Beschluss zu fassen, gab RD **Vietze** (MS) zur Antwort, dass seines Erachtens der Zeitdruck zur Umsetzung des Bundesgesetzes nicht unbedingt eine Beschlussfassung im September-Plenarsitzungsabschnitt erfordere. Insofern könnte die Beratung des Gesetzentwurfs durchaus im Oktober-Plenarsitzungsabschnitt abgeschlossen werden. Im Hinblick auf die vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst beschriebene rechtliche Problematik und die dargelegten Gründe für die vorgeschlagene Formulierung mit einer negativen Abgrenzung sei es allerdings fraglich, ob noch eine bessere Formulierung gefunden würde.

Auf die Fragen der Abg. Janssen-Kucz Bezug nehmend, führte Herr Vietze an, dass die von den Hebammen zu leistende Dokumentation im Gesetz geregelt sei. Er gehe davon aus, dass eine Hebamme in der akuten geburtshilflichen Situation einen Hinweis im Sinne des Satzes 1 an die Ärztin oder den Arzt mündlich geben und dies anschließend schriftlich in der Patientenakte dokumentieren würde. Die Präzisierung in Satz 2 habe zum Ziel, dass in bestimmten sehr seltenen und bedrohlichen Situationen die Hilfeleistung von der Hebamme nicht verweigert werden dürfe. Diese Regelung sei neu. Da das Ministerium ohnehin mit dem Hebammenverband über die Neugestaltung des Meldebogens sprechen werde, werde es bei dieser Gelegenheit auch über diese neue Regelung und deren Umsetzung informieren. Diese Informationen werde der Hebammenverband dann auch an seine Mitglieder weitergeben können, damit in der Praxis keine Unklarheiten beständen.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) und Abg. **Volker Meyer** (CDU) waren mit dem modifizierten

Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes einverstanden.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen über den vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst vorgetragenen modifizierten Formulierungsvorschlag für einen neuen Absatz 3.

Nr. 9: § 8 a (neu) - Ordnungswidrigkeiten

Abg. **Volker Meyer** (CDU) kam auf die Regelung in **Absatz 1 Nr. 1** zu sprechen:

„Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 2 Abs. 4 nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig der Fortbildungspflicht nachkommt,“

Er war der Auffassung, dass das Merkmal „nicht vollständig“ von dem Merkmal „nicht richtig“ mit umfasst werde.

Ri'inArbG **Hengst** (GBD) erläuterte, dass sich diese Ordnungswidrigkeitenregelung auf die unterschiedlichen Varianten beziehe, in denen der Fortbildungspflicht nicht nachgekommen werden könne, nämlich indem keine Fortbildung, eine falsche Fortbildung oder zu wenig Fortbildung absolviert werde oder nicht rechtzeitig innerhalb des Drei-Jahres-Zeitraums an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen werde.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) meinte, dass die Absolvierung einer falschen Fortbildung von dem Fall mit umfasst sei, dass der Fortbildungspflicht nicht nachgekommen werde.

RD **Vietze** (MS) erläuterte, dass das Merkmal „nicht richtig“ auch auf einen entsprechenden Hinweis des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes hin in den Formulierungsvorschlag aufgenommen worden sei, wonach es sich um eine berufsspezifische Fortbildung entsprechend § 7 Abs. 1 Nr. 10 des Hebammengesetzes handeln müsse. Eine Fortbildung in Richtung Praxisorganisation oder Brandschutz sei damit nicht gemeint.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schlug vor, die Worte „nicht richtig“ zu streichen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) gab zu überlegen, anstelle der Worte „nicht richtig“ die Worte „nicht korrekt“ zu verwenden.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) regte an, zur Klarstellung die Formulierung „inhaltlich nicht richtig“ zu verwenden.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) sprach sich dafür aus, die Worte „nicht richtig“ zu streichen.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, die Worte „nicht richtig“ in den Nrn. 1, 2 und 3 zu streichen.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Gesetzentwurf mit den Formulierungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes in der Vorlage 7 mit den in der heutigen Sitzung vereinbarten Änderungen anzunehmen und die in die Beratung einbezogenen Eingaben für erledigt zu erklären.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: -

Enthaltung: GRÜNE, FDP

Die Beschlussempfehlung erging unter dem Vorbehalt der Zustimmung des mitberatenden Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen.

Als Berichterstatterin wurde die Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) benannt.

Tagesordnungspunkt 3:

Digitale Teilhabe auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen ermöglichen - Internetzugang zum Standard in Wohn- und Betreuungseinrichtungen machen

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/9586](#)

direkt überwiesen am 30.06.2021
AfSGuG

zuletzt behandelt: 128. Sitzung am 15.07.2021

Unterrichtung durch die Landesregierung

RefL **Hildebrandt** (MS): Der Zugang zum Internet ermöglicht den Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen grundsätzlich soziale Teilhabe und ist insofern sehr wichtig. In der Pandemie hat sich zudem gezeigt, dass die Internetnutzung eine Möglichkeit darstellt, den Kontakt zu Familienangehörigen und Freunden aufrechtzuerhalten, wenn Besuche in den Einrichtungen eingeschränkt sind. Sie ist zudem ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge, beispielsweise als tägliche Informationsquelle für Nachrichten usw.

Aus diesem Grund hat das Sozialministerium zusammen mit der AOK Niedersachsen und weiteren Pflegekassen im vergangenen Jahr das Projekt „Videosprechstunde im Pflegeheim“ durchgeführt. Pflegeheime in Niedersachsen konnten kostenlos Tablets erhalten, die Videosprechstunden in Pflegeheimen und Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Angehörigen während der Pandemie ermöglichen. An diesem Projekt haben insgesamt 529 Einrichtungen teilgenommen. Das Projekt wurde aus Mitteln des Sondervermögens Digitalisierung sowie aus Mitteln der gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert.

Eine vom Sozialministerium unter den niedersächsischen Heimaufsichtsbehörden durchgeführte Umfrage im Jahr 2019 hatte bereits gezeigt, dass in ca. 40 % der Heime für ältere pflegebedürftige Menschen den Bewohnerinnen und Bewohnern die Nutzung des Internets möglich war.

Zur Beantwortung der Fragen, ob sich auch ohne eine gesetzliche Regelung die Zahl der Heime, in welchen den Bewohnerinnen und Bewohnern die

Nutzung des Internets durch die Betreiberinnen und Betreiber ermöglicht wird, zwischenzeitlich erhöht hat und ob die Nutzung des Internets auch in unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3 und 4 NuWG ermöglicht wird, hat das Ministerium im Juli 2021 eine weitere Umfrage unter den Heimaufsichtsbehörden und auch beim Landesamt für Soziales, Jugend und Familie als zuständige Heimaufsichtsbehörde für Menschen mit Behinderungen durchgeführt. Befragt haben wir 13 von 52 Heimaufsichtsbehörden aus verschiedenen Regionen Niedersachsens sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum. Eine Rückmeldung erfolgte von 10 der 13 angefragten Heimaufsichtsbehörden sowie von der Heimaufsicht des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie. Gefragt wurde nach der Verfügbarkeit eines Internetzugangs per WLAN oder Kabel, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Im Ergebnis besteht inzwischen im Durchschnitt in zwei Drittel der Pflegeheime für ältere und pflegebedürftige Menschen die Möglichkeit der Nutzung von WLAN, und in rund 30 % besteht die Möglichkeit der Internetnutzung per Kabel, wobei es Einrichtungen gibt, die einen Internetzugang sowohl per WLAN als auch per Kabel ermöglichen.

Auch in 69 % der unterstützenden Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen steht den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Internetzugang per WLAN zur Verfügung. Ein kabelgebundener Internetzugang kann in ca. 67 % der unterstützenden Wohnformen genutzt werden.

In der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen besteht in 40 % der Heime die Möglichkeit der Nutzung von WLAN. Zudem bieten 20 % der Heime für Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit der Internetnutzung per Kabel an.

In den unterstützenden Wohnformen der Eingliederungshilfe besteht zu 60 % die Möglichkeit, das Internet per WLAN zu nutzen. In 30 % dieser Einrichtungen steht ein kabelgebundener Internetzugang zur Verfügung.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in einigen Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus therapeutischen Gründen kein Internetzugang vorhanden ist.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass sich die Möglichkeit der Nutzung des Internets in den

Heimen und unterstützenden Wohnformen im Vergleich zu 2019 deutlich verbessert hat. Lediglich zwei der befragten Heimaufsichtsbehörden haben über Beschwerden aufgrund eines fehlenden bzw. unzureichenden Internetzugangs berichtet. Das ist also kein ständiges Beschwerdethema.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse dieser stichprobenartigen Umfrage auf das Land Niedersachsen insgesamt übertragen lassen, weil wir auf die Gewichtung zwischen ländlichen und städtischen Regionen geachtet haben.

Menschen, die sich für die Aufnahme in ein stationäres Heim entscheiden, können daher heute bereits zwischen Heimen und unterstützenden Wohnformen auswählen, die einen Internetzugang zur Verfügung stellen, und solchen Einrichtungen, in denen eine solche Möglichkeit nicht besteht. Es ist davon auszugehen, dass sich immer mehr Menschen für ein Heim mit Internetzugang entscheiden, sodass die Heime mit einem entsprechenden Angebot werben können und dann einen Wettbewerbsvorteil haben.

Im Übrigen ist es Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen und unterstützenden Wohnformen jederzeit freigestellt, durch einen Mobilfunkvertrag mit einem entsprechenden Datenvolumen das Internet nutzen können. Schon jetzt werden in Einrichtungen mit fehlenden WLAN- oder LAN-Angeboten Mobilfunklösungen angeboten.

In den Antworten auf die Kleinen Anfragen der Abg. Meta Janssen-Kucz aus dem Jahr 2019 in der [Drs. 18/2650](#) sowie der Abg. Susanne Schütz, Björn Försterling, Lars Alt und Jörg Bode aus dem März 2021 in der [Drs. 18/8847](#) hat die Landesregierung ausgeführt, dass das Fachministerium davon ausgeht, dass auf der Ermächtigungsgrundlage des § 17 Abs. 1 NuWG zum Erlass einer Bauverordnung für Heime die Möglichkeit besteht, die Einrichtung eines Internetzugangs zur Nutzung der Bewohnerinnen und Bewohnern in allen Räumen von Heimen vorzuschreiben. Wir gehen also davon aus, dass es möglich ist, in der Heimmindestbauverordnung die Internetnutzung vorzuschreiben.

In der Verordnung über bauliche Anforderungen für unterstützende Einrichtungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen - inoffiziell „Heimmindestbauverordnung“ genannt -, die aktuell in der Fassung nach Auswertung der Verbandsbeteiligung vorliegt und

voraussichtlich im Jahr 2022 in Kraft treten wird, ist eine Regelung vorgesehen, welche die Betreiberinnen und Betreiber von Heimen verpflichtet, den Bewohnerinnen und Bewohnern den Zugang zum Internet zu ermöglichen. Der Verordnungstext lautet in dieser Entwurfsfassung:

„In jedem Heim müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen sein, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Wohnräumen Hörfunk- und Fernsehprogramme empfangen, telefonieren sowie in allen Räumen des Heims das Internet nutzen können. Dazu gehört nicht das Bereitstellen von Endgeräten“.

Eine Nutzung des Internets für die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen ist aber überhaupt nur möglich, wenn hierfür der Ausbau der digitalen Infrastruktur auch in Niedersachsen zügig voranschreitet. Hierauf haben weder die Betreiberinnen und Betreiber von Heimen Einfluss, noch können hierzu Vorgaben in einer Verordnung für bauliche Anforderungen an Heime und unterstützende Wohnformen im Anwendungsbereich des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen getroffen werden. So wurde hier im Rahmen der Abfrage im Juli 2021 mitgeteilt, dass im ländlichen Raum Einrichtungen vorhanden sind, die eine sehr schlechte Internetverbindung haben und daher den Internetzugang für die Bewohnerinnen und Bewohner nicht oder nur bedingt anbieten können.

Für die Einrichtungen im Bestand sollen in dieser Verordnung gewisse Übergangsfristen für die Bereitstellung eines Internetzugangs vorgesehen werden. Zudem sind bei der Bemessung der Länge dieser Übergangsfristen auch die verfassungsrechtlich geschützten Interessen der Gewerbetreibenden zu berücksichtigen.

Eine Verpflichtung der Betreiberinnen und Betreiber, einen kostenfreien Zugang zum Internet für die Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung zu stellen oder Kosten für den Internetzugang nur in Höhe der Selbstkosten der Betreiberin oder des Betreibers des Heims zu erheben, kann nach unserer Auffassung in der Verordnung nicht geregelt werden.

Diese Regelung gilt in der aktuellen Entwurfsfassung für klassische stationäre Heime. Zu prüfen und zu entscheiden ist noch, ob der Anwendungsbereich noch auf ambulant betreute Wohngemeinschaften und Formen des betreuten Wohnens erweitert wird.

Aussprache

Unter Hinweis darauf, dass bei der erwähnten Umfrage nach der Verfügbarkeit eines Internetzugangs per WLAN oder Kabel auch Mehrfachnennungen möglich gewesen seien, war Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) interessiert zu erfahren, ob auch Erkenntnisse darüber gewonnen worden seien, wie viele Einrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern weder einen WLAN-Internetzugang noch einen LAN-Internetzugang anböten.

RefL **Hildebrandt** (MS) gab zur Antwort, dass zwei Drittel der Einrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern einen Internetzugang anböten und ein Drittel nicht.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU) schloss aus den Darlegungen seitens des Ministeriums, dass die Behauptung in dem Antrag der Fraktion der Grünen, dass nicht einmal die Hälfte aller Einrichtungen über ein hauseigenes WLAN verfüge, nicht zutreffe und durch die vorgetragene Änderung der Heimmindestbauverordnung im Jahr 2022 der Antrag der Fraktion der Grünen als erledigt betrachtet werden könne.

RefL **Hildebrandt** (MS) hob hervor, dass deutlich mehr als die Hälfte der Einrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern den Internetzugang ermöglichten. Mit dem Inkrafttreten der für 2022 beabsichtigten Änderung der Heimmindestbauverordnung werde erreicht, dass dann auch die übrigen Einrichtungen, die sich bislang noch nicht mit diesem Thema auseinandergesetzt hätten, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern einen Internetzugang anböten.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU) bat ferner um nähere Ausführungen zu den Gründen dafür, dass in einigen Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus therapeutischen Gründen kein Internetzugang vorhanden sei. - RefL **Hildebrandt** (MS) wies darauf hin, dass er für den Bereich der Eingliederungshilfe nicht zuständig sei und insofern nur vermuten könne, dass die betreffenden Menschen mit Behinderungen die Menge der Internetnutzung nicht selbstständig angemessen steuern könnten und daher aus therapeutischen Gründen der Zugang zum Internet nur in reduziertem Maße zugelassen werde.

Im Hinblick darauf, dass die Forderung des Antrags der Fraktion der Grünen bereits, wie vom Ministerium dargelegt, in der Umsetzung begriffen

sei, bat Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) die Fraktion der Grünen um eine Aussage zu dem weiteren Verfahren.

Auf die Frage des Abgeordneten, wann die Änderung der Verordnung in Kraft treten solle, antwortete RefL **Hildebrandt** (MS), der Entwurf dieser Änderung liege bereits vor. Da sich in der Corona-Pandemie gezeigt habe, wie wichtig ein Internetzugang für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen sei, werde aber noch geprüft, ob dies auch für andere Bereiche gelte und welche weiteren Ergänzungen der Verordnung unter Umständen noch notwendig seien. Im Herbst werde daher vermutlich eine neue Verbandsbeteiligung durchgeführt.

Auf die Frage des Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD), ob ein Inkrafttreten der Änderung der Verordnung zum 1. Januar 2022 angestrebt werde, gab RefL **Hildebrandt** (MS) zur Antwort, dass er diesen Termin nicht zusagen könne, weil nicht bekannt sei, wie lange das Verfahren der Verbandsbeteiligung dauern werde. Vorgesehen sei aber ein Inkrafttreten im Jahr 2022.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) wies darauf hin, dass die Aussage in dem in Rede stehenden Antrag, dass nicht einmal die Hälfte aller Einrichtungen über ein hauseigenes WLAN verfüge, auf einer Mitteilung seitens des Sozialministeriums beruhe. Seitdem sei der Netzausbau fortgeschritten. Im ländlichen Bereich sei die Situation allerdings nach wie vor kritisch und müssten auch seitens des Wirtschaftsministeriums noch erhebliche Anstrengungen zum Ausbau der digitalen Infrastruktur unternommen werden.

In diesem Zusammenhang brachte die Abgeordnete ihre Verwunderung darüber zum Ausdruck, dass in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nur in 40 % der Heime und in den unterstützenden Wohnformen der Eingliederungshilfe nur zu 60 % die Möglichkeit der Nutzung des Internets per WLAN bestehe.

Die Abgeordnete bat um nähere Informationen dazu, welche Übergangsfristen in der geplanten Verordnung für die Bereitstellung eines Internetzugangs vorgesehen seien. Sie war der Auffassung, dass diese Übergangsfristen im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer des Internets möglichst kurz sein sollten und dass die Verordnung möglichst im Frühjahr 2022 in Kraft treten sollte.

Mit dem Thema, dass in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Teilhabe im Bereich der Digitalisierung nicht ausreichend umgesetzt werde, sollte sich der Ausschuss noch einmal bei anderer Gelegenheit vertieft befassen.

RefL **Hildebrandt** (MS) sagte zu, der Frage nachzugehen, weshalb nur 40 % der Heime für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe ihren Bewohnerinnen und Bewohnern einen Internetzugang anbieten.

In der aktuellen Entwurfsfassung sei für Bestandseinrichtungen eine Angleichungsfrist von zehn Jahren mit einer Verlängerungsoption vorgesehen. Über diese Frist könne jedoch im Hinblick auf die Erfahrungen aus der Coronapandemie noch einmal nachgedacht werden.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) bat darum, die abschließende Beratung des Antrags zurückzustellen. Ferner bat sie um einen aktuellen Sachstandsbericht durch die Landesregierung nach Abschluss der für den Herbst in Aussicht genommenen Verbandsbeteiligung.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bat die Landesregierung um einen aktuellen Sachstandsbericht nach Abschluss der für den Herbst in Aussicht genommenen Verbandsbeteiligung zu dem Entwurf einer Verordnung über bauliche Anforderungen für unterstützende Einrichtungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWGBauVO).

Tagesordnungspunkt 4:

Pflegeberufe stärken für eine zukunftsfähige kommunale Gesundheitsversorgung - „Community Health Nursing“ in Niedersachsen etablieren

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/9591](#)

erste Beratung: 113. Plenarsitzung am 06.07.2021

federführend: AfSGuG

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

zuletzt behandelt: 128. Sitzung am 15.07.2021

Unterrichtung durch die Landesregierung

MR'in **Pund** (MS): In Niedersachsen stehen wir vor zwei sehr großen gesundheitspolitischen Herausforderungen: zum einen die Gewährleistung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und zum anderen die Notwendigkeit, im demografischen Wandel medizinisch-pflegerische Betreuung und Therapie an das sich verändernde Krankheitsspektrum älterer und hochbetagter Menschen mit chronischen bzw. Mehrfacherkrankungen anzupassen.

Die Landesregierung hat bereits reagiert und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ein Maßnahmenbündel initiiert, um dem prognostizierten medizinischen Versorgungsmangel entgegenzutreten. Zudem wurde im Jahr 2019 die Enquetekommission zur medizinischen Versorgung eingerichtet, die hierzu 2021 umfangreiche Empfehlungen vorgelegt hat.

Das Sozialministerium arbeitet derzeit an der Prüfung bzw. Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Enquetekommission und bezieht dabei auch die im Entschließungsantrag geforderte Etablierung von Community Health Nursing (CHN) mit ein.

Zu der Frage, welche berufs- oder sozialrechtlichen Regelungen gegebenenfalls geprüft werden müssen, um CHN einzuführen, möchte ich zunächst das Berufsbild etwas näher darstellen, da es in Deutschland - anders als in Skandinavien, den USA oder Kanada - noch keinen Konsens über die Tätigkeitsfelder gibt.

Die Diskussionen über CHN wurde in Deutschland vor dem Hintergrund positiver internationaler Erfahrungen vor allem in Kanada und skandinavischen Ländern angestoßen. CHN unterstützen in diesen Ländern sowohl in Städten als auch in ländlichen Regionen die primäre Gesundheitsversorgung, wobei das Spektrum ihrer Tätigkeiten von präventiven Hausbesuchen über therapeutische Aufgaben, wie Kontroll- und Routineuntersuchungen, bis hin zur Steuerung intersektoraler Versorgungsstrukturen reichen kann. CHN können in diesen Ländern selbstständig - das ist das ganz besondere Merkmal - primärmedizinische Versorgung durchführen und eigenständig Entscheidungen zum Behandlungsprozess treffen.

International werden CHN häufig an lokalen und multiprofessionell besetzten Primärversorgungszentren eingesetzt. Als Einsatzbereiche kommen auch Hausarztpraxen, der ÖGD oder andere kommunale Einrichtungen in Betracht. Das ist ein bisschen das Vorbild.

Aus der Sicht des Ministeriums stellt CHN *ein* Modell unter mehreren möglichen Varianten dar, die zur Sicherstellung der genannten Herausforderungen - nämlich wohnortnahe Primärversorgung und Delegation ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen - etabliert werden können. Über diese Thematik ist auch in der Enquetekommission umfangreich diskutiert worden. Es wurde die Umsetzung verschiedener Gemeindegewest-Modelle empfohlen.

Zentrales Ziel solcher Ansätze ist die Zurverfügungstellung wohnortnaher Versorgungsangebote, mit denen auf die bereits erwähnte Zunahme der Zahl chronisch Kranker und den Fachkräftemangel in der ärztlichen Versorgung reagiert werden kann.

Allerdings ist in Deutschland - wie im Entschließungsantrag ausgeführt - eine eigenständige Tätigkeit in der Primärversorgung aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Berufs- und Leistungsrecht nicht möglich. Nichtärztliche Fachkräfte dürfen heilkundliche Tätigkeiten nur dann durchführen, wenn sie von ärztlicher Seite angeordnet und verantwortet werden.

§ 63 SGB V ermöglicht jedoch bereits seit einiger Zeit im Rahmen von Modellvorhaben die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer. Diese bisher auf Freiwilligkeit basierende Regelung wurde bisher aber nicht genutzt. Mit dem Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz wurden die

Krankenkassen daher jetzt gemäß § 64 d verpflichtet, in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Erprobung der Substituierung ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte durchzuführen. Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung wollen bis zum 31. März 2022 einen Rahmenvertrag erstellen. Das bleibt abzuwarten.

Obwohl die rechtlichen Rahmenbedingungen für CHN bisher noch nicht gegeben sind, gibt es schon einige Masterstudiengänge, die auch von der Robert Bosch Stiftung unterstützt werden. Damit werden schon Berufsbilder etabliert und unterstützt, obwohl es dieses Berufsbild noch gar nicht gibt. Das zeigt schon die Tendenz der künftigen Entwicklung an.

Im Hinblick auf den Entschließungsantrag haben wir noch einmal explizit eine Länderumfrage durchgeführt und abgefragt, was in den einzelnen Ländern zu diesem Thema passiert. Im Ergebnis wurde bislang aus keinem Bundesland über konkrete Modellprojekte zum Einsatz von CHN mit selbstständiger Übernahme heilkundlicher Aufgaben berichtet. Sechs Länder gehen aber schon sehr weit und haben von guten Modellprojekten berichtet. Sie verweisen aber auch immer auf die fehlende rechtliche Grundlage, aber auch auf den § 64 d mit seiner Öffnungsklausel für weitergehende Möglichkeiten. Damit werden wir uns auch im Rahmen unserer Bund-Länder-Tagungen noch einmal genau befassen.

Ich möchte im Folgenden auf die einzelnen Punkte des Entschließungsantrages eingehen.

Community Health Nursing hat sich zwar international als ergänzendes Versorgungsangebot bewährt, wird in Deutschland aber aufgrund der geschilderten Rahmenbedingungen noch nicht umgesetzt. In Gesprächen, die das MS hierzu bereits mit der AOKN und der KVN geführt hat, wurde deutlich, dass an der Etablierung dieses Modells in Niedersachsen derzeit noch ein verhaltenes Interesse besteht. Wie auch die KVN deutlich gemacht hat, ist bei Ärztinnen und Ärzten insgesamt eine ausgeprägte Zurückhaltung hinsichtlich der Delegation und Substitution festzustellen. Das zeigt sich ja auch darin, dass der erwähnte § 63 c noch nicht gut angenommen wird. Solange Ärztinnen und Ärzte noch zögerlich an bereits etablierte Berufsgruppen wie Hebammen, Physiothe-

rapeuten und Pflegedienste delegieren, wird dies für neue Berufsgruppen wie CHN umso herausfordernder werden und muss der Weg dafür noch geebnet werden. Insbesondere die Frage einer Übernahme versorgungssteuernder Leadership-Aufgaben, z. B. im Rahmen von RGZ, wird vor diesem Hintergrund bei unseren Gesprächspartnern zurzeit eher skeptisch bewertet, auch wenn durch die neuen Master-Studiengänge CHN zukünftig Pflegekräfte mit akademischer Ausbildung zur Verfügung stehen werden.

Grundsätzlich ist aber die Thematik der Delegation und Substitution aus der Sicht des Sozialministeriums sehr wichtig und sinnvoll. Deshalb führen wir auch weitere Gespräche zur Ausweitung von Modellprojekten, die eine hohe inhaltliche Nähe zu CHN aufweisen und die rechtlich bereits jetzt zulässig sind. Hierbei handelt es sich um verschiedene Modellprojekte. Erwähnen möchte ich das Modellprojekt „Telemedizin Gifhorn“, wo ein ambulanter Pflegedienst bereits ausgewählte medizinische Leistungen im Rahmen von Hausbesuchen übernimmt. Hier streben wir eine Ausweitung an. Ein ähnliches Projekt ist das Modell „Präventive Hausbesuche“, in dessen Rahmen Bürgerinnen und Bürger ab 80 Jahren in ihrer eigenen Häuslichkeit durch qualifizierte hauptamtliche Fachkräfte besucht und beraten werden, um auch den Eintritt der Pflegelage zu vermeiden. Darum haben sich mittlerweile 17 Kommunen beworben. Ausgewählt wurden die Städte bzw. Gemeinden Zetel, Hameln und Braunschweig.

Die Entlastung des KV-Bereitschaftsdienstes durch telemedizinisch angebundene Notfallsanitäter wird aus der Sicht des Ministeriums und der KVN ebenfalls positiv bewertet. Wir diskutieren bereits einen landesweiten Rollout des Modellvorhabens.

Das sind bereits erste Schritte, um die gesundheitspolitische Kernphilosophie von CHN durch vergleichbare Projekte zu etablieren. Es gilt nun, diese Ansätze gemeinsam mit unseren Akteurinnen und Akteuren in der Gesundheitsversorgung weiter auszubauen und im Sinne eines versorgungspolitischen Gesamtkonzeptes umzusetzen. Zu berücksichtigen ist bei der Einbindung verschiedener Fachkräftegruppen grundsätzlich, dass ein Nebeneinander oder eine Doppelung von Leistungen sowie Überschneidungen mit dem Angebot von Pflegestützpunkten, regionalen Gesundheitszentren und regionalen Versorgungszentren vermieden werden müssen.

Zu den Forderungen des Entschließungsantrags im Einzelnen:

Zu der Forderung unter Nr. 1, in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsregionen und den gesetzlichen Krankenkassen an allen geplanten Regionalen Gesundheitszentren Community Health Nursing als ergänzendes sektorenübergreifendes Versorgungsangebot zu etablieren und dabei die Erfahrungen anderer Bundesländer zu berücksichtigen: Für die Etablierung eines Regionalen Gesundheitszentrums (RGZ) liegt dem Sozialministerium eine Initiativbewerbung vor. Wir haben erste sondierende Gespräche mit der Geschäftsführung und den Partnern der Selbstverwaltung geführt. Wie von der Enquetekommission empfohlen, wird sich die Gestaltung der RGZ an den jeweiligen Gegebenheiten und Bedarfen vor Ort orientieren, um die Akzeptanz des neuen Angebots sicherzustellen. CHN kann aus unserer Sicht ein mögliches Element zukünftiger RGZ sein, wobei dies immer in Abstimmung mit den vorhandenen Fachkräftegruppen geplant werden muss. Hier können nur sukzessive und auf der Basis einer breiten Akzeptanz aller Akteurinnen und Akteure passgenaue Lösungen entwickelt werden.

Zu den Forderungen unter den Nrn. 2 und 3, die sich auf gesetzliche Änderungen beziehen: Eine Gesetzesänderung muss natürlich geprüft werden. Vor dem Hintergrund meiner Ausführungen gilt es aber, einen guten Zeitpunkt abzuwarten. Zum jetzigen Zeitpunkt wäre eine Gesetzesinitiative aus unserer Sicht sehr früh. Da bislang die Möglichkeiten nach § 63 c nicht genutzt wurden, würde sich das Ministerium eher dafür einsetzen, die Etablierung von CHN im ersten Schritt als eine Option für die beschlossene verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach dem neuen § 64 d SGB V in die GMK einzubringen. Auf diese Weise könnte das Potenzial dieser neuen Fachkräftegruppe zunächst erprobt werden, bevor die nächsten Schritte, wie eine Gesetzesänderung, angestrebt werden.

Zudem erscheint es sachgerecht, die Erfahrungen aus den genannten vergleichbaren Projekten abzuwarten. Denn schon in der Enquetekommission wurde ja diskutiert, dass bereits viele Berufsgruppen Aufgaben übernehmen, die im Spektrum der noch nicht definierten Gemeindeschwestern bzw. CHN liegen, z. B. VERAH - Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis - und NäPA - Nichtärztliche Praxisassistenz -, häusliche Krankenpflege, Pflegeberatung, Pflegestützpunkte. Es gibt hier also

ein vielfältiges Nebeneinander, weil wir keine gesetzliche Legaldefinition von CHN haben. Bisher sind die Kassen auch nicht ohne Weiteres bereit, eine solche Versorgung sicherzustellen und diese Modelle zu übernehmen. Das gilt es jetzt also noch einmal zu prüfen.

Dieser Denkansatz gilt auch für die Forderung unter Nr. 4 des Antrags, die sich auf die Studiengänge bezieht. Die Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufgesetzes hat nach der Entwicklung von Rahmenplänen nun die ersten sechs standardisierten Module für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen nach § 14 entwickelt. NRW und Hamburg haben in der Länderumfrage angegeben, dass sie die Implementierung dieser Module unterstützen. Das weitere Vorgehen in Niedersachsen werden wir prüfen.

Zu der Forderung unter Nr. 5, im Niedersächsischen Pflegegesetz und im Niedersächsischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst die rechtlichen Grundlagen für Community Health Nursing als Regelangebot in der niedersächsischen Versorgungslandschaft zu schaffen: Zunächst müssten bundesrechtliche Regelungen erfolgen. Auch das Niedersächsische Pflegegesetz bezieht sich auf bundesrechtliche Regelungen. Das gilt es in einem Stufenplan abzuarbeiten.

Abschließend möchte ich betonen, dass das Ministerium prüft, ob ein CHN-Modellprojekt im Rahmen der Gesundheitsregionen realisiert werden kann, welches vielleicht auch mit der Konzentrierten Aktion Pflege Niedersachsen verzahnt werden kann und das wir dann über die Toto-Lotto-Richtlinie fördern möchten.

Aussprache

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) begrüßte die Projekte zur Etablierung von CHN. Sie hielt es für hilfreich, dass im Rahmen der Unterrichtung auch die noch bestehenden Vorbehalte gegenüber der Etablierung von CHN deutlich dargestellt worden seien. Insofern gelte es, darauf auch in den Gesprächen der Abgeordneten vor Ort im Hinblick auf die Kassen und Ärzte einzugehen, um das gemeinsame Anliegen weiter voranzubringen.

Die Vertreterin der Fraktion der Grünen sprach sich dafür aus, die abschließende Beratung des Antrags zurückzustellen.

Auf eine entsprechende Frage des Abg. **Volker Meyer** (CDU) zu dem Modellprojekt „Gemeinde-

notfallsanitäter“ stellte MR'in **Pund** (MS) klar, dass es bei diesem Projekt nach ihren Informationen im Kern nicht um Delegation und Substitution, sondern um Unterstützung gehe. Auch bei dem erwähnten Modellprojekt in Gifhorn gehe es nicht um eine Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, sondern der Pflegedienst vor Ort kommuniziere mit den Ärzten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Behandlung des Antrags zurück.
