



**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 144. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**  
**am 4. November 2021**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

**1. Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten**

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

**Anhörung**

*Paritätischer Cuxhaven, Selbsthilfegruppe für COVID-19-Patienten mit Spätfolgen (Long-COVID), Jugendcafé Stellwerk..... 3*

*Dr. Becker Klinik Norddeich..... 3*

*Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen..... 8*

*Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen .... 11*

**2. Beratung des Entwurfs einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung**

*Unterrichtung..... 17*

*Aussprache ..... 18*

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

*Unterrichtung..... 21*

*Aussprache ..... 24*

**Anwesend:**

## Ausschussmitglieder:

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

## mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

## Von der Landesregierung:

Staatssekretär Scholz (MS).

## Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

## Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl (TOP 1, 2 und 3),  
Gaststenografin Mennekes (TOP 1), Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 14.30 Uhr bis 16.36 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

### **Rehabilitationsmaßnahmen für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten**

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

*erste Beratung: 110. Plenarsitzung am  
09.06.2021  
AfSGuG*

### **Anhörung**

#### **Paritätischer Cuxhaven, Selbsthilfegruppe für COVID-19-Patienten mit Spätfolgen (Long-COVID), Jugendcafé Stellwerk**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9*

#### **Anwesend:**

- *Wilfried Strege*

**Wilfried Strege:** Als Erstes möchte ich mich dafür bedanken, dass Sie bei der Auswahl der Anhörungsteilnehmer auf die Selbsthilfegruppe in Cuxhaven gestoßen sind und die Einladung ausgesprochen haben. Diese Gruppe ist vom Paritätischen Wohlfahrtsverband im Frühjahr gegründet worden. Üblicherweise begleitet zunächst ein Ehrenamtlicher die Gruppe ein paar Monate lang. Dann wird ein Sprecher ausgewählt. Ich bin von Anfang an dabei und seit einem Monat der Sprecher.

Ebenso wie die Kollegin Ellert von Long COVID Deutschland bin auch ich Arzt, nämlich Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Ich habe mich im Laufe des Vormittags, an dem ich aufmerksam zugehört habe, dazu entschlossen, auch etwas von mir zu erzählen. Das erklärt ein bisschen, warum ich auf die Selbsthilfegruppe gekommen bin und dort aktiv mitwirke. Sie müssen entschuldigen, wenn ich dabei ins Detail gehe; denn mein Verlauf war etwas kompliziert.

Im Herbst 2019 bin ich in den Norden gezogen. Ich bin Norddeutscher, habe aber 20 Jahre in Baden-Württemberg als Kassenarzt und Psychotherapeut gearbeitet. Im Oktober habe ich damals in

Bad Bederkesa eine Kassenpraxis mit einem halben Anteil gegründet. Im März war ich dann nicht mehr ganz ausgelastet und habe noch in einer psychosomatischen Reha-Klinik als Oberarzt gearbeitet.

Ende März gab es die Situation - daran erinnern Sie sich sicher -, dass die Reha-Kliniken, jedenfalls in Niedersachsen, geschlossen wurden. Ich hatte gerade in therapeutischer Funktion angefangen und eine Gruppe geleitet. Patienten, die erst eine Woche da waren, mussten wir nach Hause schicken. Das alles war coronabedingt gar nicht so einfach.

Es gab dann beginnend natürlich auch Hygienevorschriften - wir planten schon, dass in einigen Wochen wahrscheinlich wieder Patienten aufgenommen werden -, Abstandsregeln usw. Aber ich erinnere mich auch daran, dass die letzte Teamsitzung mit ungefähr 20 Therapeuten und Mitarbeitern in einem Raum von 20 m<sup>2</sup> stattfand. - Das ist jetzt keine Kritik, das war so. - Ich bin dann nach Hause gefahren und bekam ein paar Tage später über 38°C Fieber und eine ganze Woche lang Durchfall. Eine Hausärztin, mit der ich schon gut zusammengearbeitet hatte, hat mich daraufhin getestet. Der Test durch die Nase war negativ. Ich war dann ein bisschen beruhigt, und es ging mir kurzzeitig besser.

Dann bekam ich wieder über 38°C Fieber und eine Woche lang Halsschmerzen, wie ich sie noch nie in meinem Leben erlebt hatte. Die Hausärztin wollte wieder einen Test machen. Ich habe dann gesagt: Aber nicht durch die Nase, das lasse ich nicht ein zweites Mal zu! - Die Arzthelferin hat mir also kurz in meinen Rachen gestochen und selbst gesagt: Na, wenn das etwas geworden ist! - Da das für mich damals noch nicht so relevant war, habe ich es einfach dabei belassen. Das Ergebnis war negativ.

Bis Juli ging es mir gut. Ich wohne im dritten Stock in einem Altbau ohne Fahrstuhl. Im Juli entwickelte ich eine deutliche Atemnot, wenn ich im dritten Stock angekommen war. Ich bin dann zum Chefarzt - ich wohne in Bremerhaven - einer internistischen Klinik gegangen. Die radiologische Untersuchung der Lunge ergab einen deutlichen Befund. Der Radiologe konnte sich aber nicht festlegen, ob es eine Lungenentzündung, eine Pneumonie, oder ein Strukturdefekt ist.

Deshalb bin ich dann wieder zu meinem Chefarzt gegangen und habe ihm von dem aus meiner

Sicht falsch-negativen Befund aus dem März berichtet. Ich habe ihn gefragt, ob er sich denn mithilfe der Bilder festlegen könne, ob ich Corona hatte.

Seine erste Antwort lautete - das war für mich sehr bemerkenswert; er ist Professor -: Herr Kollege, ich bin Forscher! Wenn ich keine Forschungsergebnisse auf dem Tisch habe, dann kann ich Ihnen dazu nichts sagen! - Das hat mich frustriert.

Seine zweite Bemerkung war: Wir können Sie aber mal auf Sarkoidose untersuchen; das ist unwahrscheinlich, aber es könnte sein!

Die dritte Bemerkung: Na ja, Herr Strege, Ihre Symptome - Sie sind 72! - Dann hatte ich die Nase voll.

Als ich anschließend Urlaub auf Sylt gemacht habe, fiel ich quasi in eine Lungenfacharztpraxis. Die tauchte mit einem Mal auf, und ich bin hineingegangen. Der Arzt war mir ein bisschen zugewandter. Er hat mich untersucht und gesagt: Wenn die Symptome bleiben, empfehle ich Ihnen eine Fachklinik in Hamburg, die Sie weiteruntersuchen bzw. beraten könnte. - Ich habe dann noch die Sarkoidose ins Spiel gebracht. Darauf meinte er: Nein, das lassen wir mal, das ist nicht nötig!

Es ging mir die ganze Zeit nicht so schlecht, aber - da kann ich wirklich nicht zwischen meinem Alter und Long-COVID unterscheiden - ich war müder und etwas schlechter konzentriert. Neben meiner Halbtagspraxis habe ich dann nicht mehr viel gemacht. Dann kam ja auch der Winter usw.

Was ich damit sagen will, ist: Als Patient habe ich erlebt, dass das Ganze noch nicht wirklich verstanden oder ernst genommen wurde. Im Ergebnis war ich etwas frustriert.

Sehr spannend wurde es, als dann mit einem Mal die Selbsthilfegruppe auftauchte. Ich bin dorthin gegangen. Das Erfreuliche ist, dass man mit anderen sprechen kann, die unter Umständen ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Man tauscht sich aus, und das tut wirklich gut. Ich möchte betonen, dass sich die Selbsthilfegruppe persönlich trifft und dass es keine Facebook-Gruppe ist. All das miteinander zu besprechen und zu erleben, halte ich für einen zentralen Punkt.

Eine schriftliche Stellungnahme habe ich bereits abgegeben. Dies ist für mich eine ungewöhnliche

Situation, obwohl ich meinen Berufsverband in den 90er-Jahren mitgegründet habe und erster Vorsitzender war. Ich habe auch mal an einer Anhörung im Bundestag in Bonn teilgenommen; das muss ca. 1995 gewesen sein. Da war ich aber nicht Sprecher, sondern damals hat Herr Professor Janssen wahrscheinlich zu den Themen Psychosomatik und Psychotherapie gesprochen. Deswegen bitte ich um Verständnis, dass ich im Weiteren meinen Text vorlese.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Meine Bitte ist, dass Sie das ein bisschen komprimieren, weil der Text in Gänze vorliegt.

**Wilfried Strege**: Ich kann es etwas abkürzen. - Ich habe schon anhand meines eigenen Beispiels beschrieben, dass es für Betroffene im letzten Jahr noch sehr schwierig war, mit ihren Problemen bei den Profis anzukommen. Im Laufe dieses Jahres fand eine deutlich bessere Beschäftigung mit den zunehmend belastenden Krankheitsfolgen von Schwerekranken, mit den Spätfolgen Leichterkranker und auch den verschiedenen Symptomen, die nicht erkannte Corona-Infizierte entwickelten, wie Atembeschwerden unter Belastung, Veränderungen/Entzündungen der Lunge, aber auch Gedächtnisstörungen, Erschöpfung bis hin zum Fatigue-Syndrom, statt. Das alles haben wir heute Vormittag gehört.

In unserer Selbsthilfegruppe gibt es Vertreter aller drei beschriebenen Long-COVID-Varianten. Ein großer Gewinn für mich und die anderen Teilnehmer war und ist der Austausch über die vielfältigen Symptome, die bisherigen medizinischen Behandlungen im Krankenhaus, auf der Intensivstation, aber auch die irritierende Suche nach Erklärungen für die bisher nicht erlebten körperlichen und seelischen Einschränkungen, die trotz milden Verlaufs der Erkrankung im Nachhinein entstanden sind.

Was ist aus der Sicht der Betroffenen bisher erreicht, und wo gibt es Bedarf für eine Verbesserung der Situation? - Zwei männliche Teilnehmer mittleren Alters, also Ende 50, unserer Gruppe schilderten eindrücklich ihren schweren Krankheitsverlauf mit Intensivstation, Beatmung und Koma, mit wochenlangem, nur allmählicher Besserung im Verlauf inklusive dessen, dass sie wieder laufen lernen mussten. Beide sind dankbar für die erfolgreiche medizinische Behandlung. Auch die menschliche Zuwendung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Intensivstationen sei sehr wichtig

gewesen, da sie dort Wochen isoliert ohne Angehörige verbrachten.

Eine über 80-jährige Teilnehmerin, alleinlebend, wurde mit diagnostizierter Corona-Infektion ins Akutkrankenhaus eingewiesen und umgehend wieder entlassen, weil die Symptome nicht schwer genug waren. Zu Hause klappte sie zusammen und kam erneut für Wochen ins Krankenhaus. Wieder zu Hause, bat sie den Hausarzt um weitere Unterstützung, fühlte sich längere Zeit nicht wirklich verstanden und ernst genommen.

Wichtig für die Betroffenen ist aus meiner Sicht - es ist heute Vormittag sehr häufig erwähnt worden -, dass die Hilfe für die, die bereits Corona hatten, jetzt erfolgen muss, aber auch für jeden neuen Patienten schnell passieren müsste.

Ich muss gestehen, dass ich ziemlich frustriert war, als ich gehört habe, dass die AOK-Mitarbeiterin am heutigen Vormittag gesagt hat: Wir müssen uns beeilen; es darf nicht zwei bis fünf Jahre dauern, sondern vielleicht ein halbes Jahr. - Dabei ist mir als Betroffenen, aber auch als Kassenarzt klar geworden, dass die Probleme in der Finanzierung liegen. Als Bürger bekommt man ja mit, dass es in der Regel länger dauert als prognostiziert. Wenn die AOK schon selbst erklärt, dass es üblicherweise zwei bis fünf Jahre dauert - hier geht es um den Reha-Bereich, aber ich denke auch an die ambulante Reha und die Kassenmedizin -, kann ich mir vorstellen - es wurde teilweise erwähnt -, dass alles erst noch auf den Weg gebracht werden muss.

Vorhin habe ich mir überlegt, dass ich mit meiner Kollegin, die Allgemeinmedizinerin ist, ein Netzwerk für Corona-Patienten, für Long-COVID gründen könnte. Wenn das aber nicht finanzierbar ist, dann wird das nichts, um es salopp zu sagen. - Das war ein Einschub zu den Ausführungen von heute Morgen.

Ich komme auf die 80-jährige Dame zurück, die sich teilweise nicht verstanden fühlte, aber dann doch mithilfe des Hausarztes eine Reha beantragt hat. Sie ist glücklicherweise zurzeit in einer Reha-Klinik, auf die sie große Hoffnungen setzt.

Aus den drei Beispielen leite ich somit aus der Sicht von Betroffenen verschiedene Vorschläge, Wünsche und Forderungen an die Medizin, die Politik und andere Institutionen ab:

Für künftige Erkrankte muss der Personalschlüssel auf Corona- und Intensivstationen verbessert

werden, damit die Schwererkrankten neben einer guten Medizin eine psychosomatische und pflegerisch-menschliche Behandlung erfahren dürfen, wie es die beiden Schwererkrankten berichtet haben.

Die allgemeinmedizinischen Hausärzte sollten noch mehr ein Gespür für die teils unklare Symptomatik von Long-COVID entwickeln und mit und für ihre Patienten die vorhandenen Möglichkeiten der Behandlung nutzen. Zum Beispiel dürfen Kassenärzte seit dem 1. Juli 2021 für Long-COVID-Patienten Physiotherapie und Ergotherapie verordnen und dabei für einen Behandlungszeitraum von bis zu zwölf Wochen von der sonst üblichen Höchstmenge je Verordnung abweichen.

Darüber hinaus könnte vom Hausarzt auch die Frage einer unterstützenden Psychotherapie ins Gespräch gebracht werden.

In diesem Zusammenhang ergeht die Frage an Krankenkassen und Ärzte, ob der Zeitraum von zwölf Wochen für die Long-COVID-Behandlung zu eng gefasst ist und ob der Sicherstellungsauftrag für die psychotherapeutische Behandlung in Bezug auf die Bedarfsplanung überprüft werden muss. Erfreulicherweise sind bundesweit im letzten Jahr, glaube ich, 800 neue Kassensitze für Psychotherapie hinzugekommen, auch wenn das im Landkreis Cuxhaven noch nicht angekommen ist. Besonders auf dem Lande fehlen ganz offensichtlich zunehmend nicht nur Hausärzte, sondern auch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten.

Neben den erfreulich früh ins Leben gerufenen Selbsthilfegruppen, die bundesweit entstehen, und der absolut wichtigen Rolle des Hausarztes für Long-COVID-Patienten ist die aktuell aus meiner Sicht wichtigste Möglichkeit der Weiterbehandlung bei etwas schwererem Verlauf von Long-COVID eine stationäre oder auch ambulante Reha-Maßnahme. Erfreulicherweise gab es bereits recht früh von einigen wenigen Reha-Kliniken in Deutschland Behandlungsansätze für Long-COVID.

Leider hilft das bei den weiter steigenden Patientenzahlen wenig. Problematisch für Betroffene ist jetzt, dass die Wartezeiten für stationäre Reha-Maßnahmen - auch weil sich bei allen übrigen Patienten die Aufnahmemöglichkeiten coronabedingt verzögern - teilweise noch weiter steigen. Dazu können sich aber die beiden geladenen Reha-Kliniken noch äußern.

Zum Schluss: Mit Erstaunen las ich, dass die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation ihre Teilnahme abgesagt hat. Die Krankenhausgesellschaft war leider aus technischen Gründen nicht dabei. - Das ist die Kritik eines Betroffenen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich gehe davon aus, dass es gute Gründe dafür gab - so kennen wir es -, dass sie heute nicht teilnehmen konnten.

### **Dr. Becker Klinik Norddeich**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3*

#### **Anwesend:**

- *Marco Friedrich Schmeding*

**Marco Friedrich Schmeding:** Als Chefarzt der Psychosomatik in der Dr. Becker Klinik in Norddeich möchte ich Ihnen gerne etwas zum Stellenwert der Rehabilitation in der jetzigen Situation erzählen.

Im Vorfeld habe ich ein bisschen geschaut, was ein guter Einstieg sein könnte, wie man das Ganze am besten aufzieht. Die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* hat mir heute Morgen noch ein bisschen in die Karten gespielt mit dem Hinweis auf die drohende vierte Welle.

Einige Dinge aus meiner eingereichten Stellungnahme haben meine Vorredner Herr Dr. Berndt und Frau Dr. Wenker bereits genannt, und mein direkter Vorredner hat gerade Beispiele aufgezählt. Ich versuche trotzdem, das Ganze noch ein bisschen auszuwalzen.

Es wurde gesagt, es gebe noch zu wenig Angebote an ambulanter Rehabilitation, an tagesklinischer Rehabilitation. Das kann ich u. a. mit der Schwierigkeit begründen, dass wir bei allen nichtstationären Maßnahmen - die Patienten kommen und gehen immer wieder nach Hause - auf die hygienischen Voraussetzungen achten müssen.

Ich möchte kurz zurückgehen in den Februar 2020. Im Februar 2020, als Corona Fahrt aufnahm, haben wir bei uns in der Klinik die Abstände vergrößert, und wir haben vermehrt Desinfektionsmittelspender aufgestellt. Das haben wir auch ein paarmal häufiger gemacht, weil die Leute angefangen haben, Desinfektionsmittel in kleine Fläschchen oder in Cola-Flaschen abzufüllen,

bzw. sie haben gleich die ganzen Desinfektionsmittelspender mitgenommen, weil man ja nicht mehr wusste, ob es irgendwann noch genug davon gibt. Beim Klopapier war es genauso. Wir haben gedacht, das wird eine gewisse Zeit lang so sein, irgendwann werden wir darüber schmunzeln.

Es kam der März, und das Schmunzeln ist uns nachhaltig vergangen. Mein Vorredner hat schon erwähnt, dass die Reha-Kliniken geräumt werden mussten. Das gestaltete sich bei uns so: Wir bekamen ein Schreiben mit einem Beherbergungsverbot. Die Touristen sollten von den Ostfriesischen Inseln herunter, die Zweitwohnungsbesitzer sollten abreisen, die Mutter-Kind-Kuren sollten beendet werden. Von medizinischer Rehabilitation war darin nicht die Rede.

Wir haben dann nachgefragt, wie es mit der medizinischen Rehabilitation aussieht. Daraufhin hat man uns gesagt: Nein, die Leute sind ja krank, die brauchen die Behandlung. Niemand hat die Absicht, das vorzeitig zu beenden. - Das war an einem Donnerstag um 15 Uhr. Um 16 Uhr bekamen wir die aktualisierte Fassung des Beherbergungsverbot, die dann natürlich auch die medizinische Rehabilitation umfasste. Das hatte man im ersten Aufschlag vergessen, aber wir hatten ja freundlicherweise angerufen und daran erinnert. Ich fand dieses Vergessen der Rehabilitation sehr symptomatisch.

Wir mussten dann innerhalb von drei Tagen die komplette Reha-Klinik, die mit 250 Patienten voll belegt war, räumen. Den Patienten haben wir gesagt - das war die Information -: Sie können einen neuen Antrag stellen, der dann formlos und schnell bewilligt wird. - In den nächsten Monaten konnten wir feststellen, was „formlos und schnell“ für Otto Normalverbraucher und für Verwaltungen bedeutet. Da gibt es eine große Diskrepanz.

Die Klinik war dann vier Monate lang leer, und wir wussten nicht, wie lange es so weitergehen wird. Ich habe bald darauf ein Konzept für eine sogenannte Post-COVID-Reha erstellt. Das war nicht besonders durchdacht, sondern ich habe nur versucht, darauf aufmerksam zu machen, dass Psychosomatik, medizinische Rehabilitation sehr wichtig sein werden. Man konnte sich an relativ wenigen Fingern einer Hand abzählen, dass es da einen großen Bedarf geben wird.

Wir haben das Konzept auch eingereicht. Es ist abgelehnt worden mit dem Hinweis darauf: Erst

einmal müssen wir auf die Zahlen warten. Dann kann man solche Konzepte prüfen und darüber sprechen, ob sie genehmigt werden, welche Ideen es bezüglich der Finanzierung usw. gibt. - Darauf warten wir immer noch.

Während wir das machen, versorgen wir schon die Patienten, die mit einer entsprechenden Symptomatik zu uns in die Behandlung kommen. Wir verschlüsseln das dann immer als F43.2: Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion. Das geschieht aus der Not heraus, weil wir relativ wenig sonstige Handhabe haben.

In der schriftlichen Stellungnahme habe ich ein Patientenbeispiel beschrieben. Es geht um eine relativ junge Patientin, die mitten im Leben stand, die auch eine gewisse psychiatrische Vorgeschichte hatte, die sich aber ganz gut etabliert hatte. Durch Corona ist dann relativ viel weggefallen, was sie stabilisiert hat, was sie in der Häuslichkeit unterstützt hat, was an therapeutischen Maßnahmen möglich gewesen wäre. Das hat bei ihr zu einer ausgeprägten Verschlechterung geführt.

Dazu kam dann noch eine COVID-19-Infektion. Die hat sie auch sehr schlecht weggesteckt. Sie ist zum Hausarzt gegangen, und der Hausarzt hat sie irgendwann zum Lungenfacharzt geschickt. Der Lungenfacharzt hat ihr ein Attest ausgestellt, dass sie Long-COVID hat; so sagte sie es selber. Dann saß sie mit dem Attest zu Hause, und es passierte nichts. Das war im März dieses Jahres.

Dann kam sie - ich glaube, es war im August - zu uns in die teilstationäre Reha, die vorab für drei Wochen bewilligt worden war. Bei der Patientin war es so, wie Sie auch gerade geschildert haben: Sie lief mit mir drei Stockwerke hoch zur Visite und keuchte gar sehr. Eigentlich konnte sie schon nach einem Stockwerk kaum noch Schritt halten. Als sie oben war, sagte sie: Ich glaube, ich muss mich erst mal hinsetzen. - Es handelte sich um eine relativ junge Patientin, die relativ stark belastet und eingeschränkt war.

Wir haben dann versucht, das, was meine Vordr. schon gesagt haben, durchzuführen, nämlich eine generalisierte Behandlung, eine multi-professionelle Behandlung. Wir haben uns ganz vieles bei ihr angeguckt. Natürlich mussten wir erst einmal eine vernünftige Diagnostik machen. Wir haben sie noch mal zum Lungenfacharzt geschickt, der sie diesmal tatsächlich einer Lungenfunktionsdiagnostik unterzogen hat. Wir haben

ein Belastungs-EKG gemacht, und sie hat dann entsprechende Medikamente bekommen.

Unter den diversen Vorerkrankungen, die sie hatte, war auch eine Fibromyalgie. Diese Fibromyalgie war bislang medikamentös nicht besonders gut eingestellt. Sie bekam ein Medikament, unter dem sie zugenommen hatte. Das hat natürlich auch nicht zur körperlichen Leistungsfähigkeit beigetragen. Das haben wir umgestellt.

Durch all diese Dinge war es möglich, sie innerhalb von sechs Wochen Rehabilitation wieder auf ein vernünftiges Funktionsniveau zu bringen, so dass sie sich um die Sachen kümmern konnte, um die sie sich kümmern musste, nämlich um ein Pflegekind, das bei ihr lebte, um die normalen Dinge des Alltags und um die berufliche Reintegration.

Seitdem ich hier bin, seit heute Mittag, habe ich schon ein paarmal gehört, der Stellenwert der Rehabilitation sei so wichtig. Ich habe auch ein paar Sachen zum Thema Rehabilitation gehört, die leider nicht ganz richtig waren, was wir da machen und wie wir es machen, was vielleicht auch die Kooperation mit dem ambulanten Sektor angeht.

Ein ganz wichtiger Punkt, den ich deswegen in der Stellungnahme genannt habe, ist die Sozialmedizin. Wir müssen in der Rehabilitation die Anstrengungen auch darauf richten, wie wir die Leute wieder dahin bringen, dass sie teilhaben können, wie sie ins Berufsleben reintegriert werden können, damit sie selbstständig werden, sich selber versorgen können. All das führt zu einem viel besseren Selbstwirksamkeitserleben, und das Sozialsystem sowie das Gesundheitssystem werden über das hinaus, was tatsächlich sein muss, nicht allzu sehr belastet.

Das ist eine sehr wichtige Funktion der Rehabilitation. Das wird mittelfristig in Bezug auf das Versorgungsbegehren, das auftreten wird, auf uns zukommen. Wir müssen überlegen, wie wir die vorhandenen Dinge effektiv einsetzen. Das Ganze ist natürlich begrenzt. Wir müssen auch schauen, dass die Betroffenen das bekommen, was sie wirklich brauchen, z. B. Erwerbsminderungsrente und sonstige Versorgung.

Zu dem Punkt: Die Rehabilitationskliniken geben viele poststationäre Empfehlungen ab. Wie soll es dann beim Hausarzt weitergehen? - Das machen wir so nicht. Wir versuchen schon in der Rehabili-

tation, die Leute so zu unterstützen, dass nicht nur ein kurzzeitiger Effekt der Rehabilitation da ist, sondern es geht auch um das Thema Nachsorge - Nachsorgeangebote zulasten der Rentenversicherung, Nachsorgeangebote zulasten der Krankenkasse. Das wollen wir gut kanalisieren, damit die Leute das kriegen, was sie brauchen, damit das Ganze nachhaltig ist. Denn es macht keinen Sinn, eine ambulante Psychotherapie zu empfehlen, wenn klar ist, dass man darauf zwei Jahre wartet. Bis dahin können die Leute schon wieder in die nächste Rehabilitationsbehandlung gehen, weil der positive Effekt mittlerweile verpufft ist.

Sicherlich ein großer Baustein ist das Thema Digitalisierung bei den Nachsorgeangeboten. Dazu möchte ich das Stichwort „DE-RENA“ einwerfen, wenn Ihnen das etwas sagt; ansonsten müssten Sie danach googeln. Es gibt ja gleich auch noch einen Vortrag der Rentenversicherung.

Was könnte unterstützend sein? - Sie haben möglicherweise die Planungen mitbekommen, dass es in der Rehabilitation die sogenannte qualitätsorientierte Belegung geben soll. Es gibt diverse Vorgaben bezüglich der Stellenpläne, wie Reha-Kliniken arbeiten sollen. Es soll auch ein gewisser Qualitätskatalog erfüllt werden. Teilweise entspricht aber das, was angeboten werden muss, nicht unbedingt dem, was die Patienten wirklich brauchen. Da bin ich als Behandler nicht frei in der Entscheidung. Das finde ich sehr schwierig; denn eine effektive Behandlung kann nicht auf dem Reißbrett festgelegt werden, sondern das muss man sich schon individuell anschauen. Ansonsten werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht effizient genutzt.

Wie könnte man das gut hinbekommen? Welche Vernetzungsangebote kann es geben? Die Frage nach Fort- und Weiterbildungsangeboten für Berufsgruppen, die daran interessiert oder bedürftig sind, wurde gestellt. - Ich denke, die Reha-Kliniken sind eine sehr gute Schnittstelle. Es gab auch den Hinweis darauf - zumindest gerade in den Gesprächen ohne Mikrofon -, dass Reha-Kliniken keine Möglichkeit haben, eigenen Nachwuchs, eigene Pflegekräfte auszubilden. Das ist sehr schwierig.

Ich möchte noch meinen Verwaltungsdirektor zitieren, der häufig sagt: Die Reha-Kliniken werden als Krankenhaus angesehen, wenn es darum geht, dass etwas bezahlt werden muss. Sie werden aber nicht als Krankenhaus angesehen,

wenn es Dinge zu verteilen gibt. - Das ist auch schwierig.

Abschließend mein Fazit, auch im Rückblick auf den März 2020: Reha-Kliniken sind wichtig. Es geht darum, das Ganze gezielt einzusetzen und effektiv zu nutzen. Das ist eine Lehre, die wir aus der Corona-Pandemie ziehen können.

Zur Unterstützung stehen wir gerne zur Verfügung. Der Rest steht in der Stellungnahme.

### **Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 12*

#### **Anwesend:**

- Dr. Jörg Berling
- Dr. Jörg Amoulong

**Dr. Jörg Berling:** Ganz herzlichen Dank, dass unsere Institution eingeladen worden ist, hier ein Statement abzugeben; in schriftlicher Form haben Sie es schon bekommen.

Ich darf mich kurz vorstellen: Seit 1992 bin ich niedergelassener Hausarzt in Adendorf bei Lüneburg und seit elf Jahren Hausärztlicher Vorstand in der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Mein Kollege Herr Barjenbruch, seines Zeichens Jurist, ist der Vorsitzende. Ich bin stellvertretender Vorsitzender. In dieser Funktion spreche ich hier, also nicht als Hausarzt.

Die Institution Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ist für 16 000 Mitglieder zuständig. Das sind Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Kernaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist neben der Honorarverteilung die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, damit Sie überall in Niedersachsen, im Wendland genauso wie in der Grafschaft, auf den Inseln genauso wie in der Stadt Hannover, eine gute hausärztliche und fachärztliche ambulante Versorgung haben, und das auf einem gleichmäßigen, einem State-of-the-Art-Qualitätsniveau. Auch die Qualitätssicherung obliegt unseren Aufgaben.

Wir haben Ihnen zwei Seiten mit sehr vielen Zahlen zukommen lassen. Diese Angaben basieren auf der Leitlinie der AWMF - das ist schon ein paarmal zitiert worden - zur Behandlung von COVID-Patienten.



Sie beruhen weiterhin auf der Zusammenfassung der Interministeriellen Arbeitsgruppe, die am 28. September im Deutschen Bundestag das Licht der Welt erblickt hat. Auch diese Arbeit ist schon zitiert worden.

Drittens stammen die Zahlen, die ich Ihnen heute vortragen möchte - nicht alle haben Sie schriftlich bekommen, aber einige wichtige -, im Wesentlichen vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das ist das wissenschaftliche Institut der KBV. Nach meiner Kenntnis ist es das einzige Institut, das im Moment Zahlen zur Versorgung von COVID-Patienten liefern kann, sowohl von akut erkrankten als auch von Long-COVID- und Post-COVID-Patienten. Einige Zahlen davon möchte ich Ihnen präsentieren, und zwar so, dass Sie eine Größenordnung erkennen.

Die aktuellen Zahlen des Zentralinstituts beziehen sich auf das erste Quartal 2021. Aktuellere Zahlen haben wir noch nicht, aber wir bekommen sie und schicken sie Ihnen dann gerne im Nachgang zu.

Im ersten Quartal 2021 sind in den Praxen in Niedersachsen 5,3 Millionen Versicherte behandelt worden. Das sind nicht Leute, die zwei- oder dreimal zum Arzt gegangen sind, sondern das sind Köpfe, die gezählt worden sind. 5,3 Millionen Versicherte haben im ersten Quartal 2021 Praxen aufgesucht.

54 763 Patienten davon hatten eine Corona-Infektion. Von diesen 54 763 haben 12,7 % - die Größenordnung stimmt mit dem überein, was wir heute Vormittag gehört haben - oder 6 973 Menschen ein sogenanntes Long-COVID-Syndrom entwickelt. Im ersten Quartal 2021 kannten wir noch nicht die Differenzierung zwischen Long- und Post-COVID. Bei dieser Zahl 6 973 gilt also: Long-COVID-Erkrankte gleich Post-COVID-Erkrankte, weil wir die Differenzierung noch nicht hatten.

Davon wiederum benötigten ganze 42 - das sind 0,6 % der Corona-Infizierten - überhaupt nur eine stationäre Reha auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung. Anders ausgedrückt: Am Ende reden wir - ich erinnere an die 5,3 Millionen Versicherten, die behandelt worden sind - über 0,13 % aller Patienten, die in unserem bestehenden Reha-System eine Reha benötigten. Noch einmal die absoluten Zahlen: 42 waren es im ersten Quartal. Das sind 0,13 % der Behandelten. -

Es sind viele Zahlen, ich merke es. Trotzdem müssen Sie sich bitte noch ein paar anhören.

98 % aller COVID-Patienten - das gilt nicht nur für Niedersachsen, sondern für ganz Deutschland - waren, bevor sie ins Krankenhaus gekommen sind, in der ambulanten Behandlung. Sie bringen sehr häufig Komorbiditäten mit: Rückenschmerzen, Metabolisches Syndrom, Depression, Asthma, Fibromyalgiesyndrom.

Die Patienten, die in die Praxis kommen und bei denen ein Long-COVID-Syndrom/Post-COVID-Syndrom diagnostiziert wird - die Unterscheidung ist jetzt: vier Wochen und zwölf Wochen nach Infektion; Post-COVID ist die längere Erkrankungsdauer, also über zwölf Wochen nach der akuten Infektion -, haben zwei bis drei Hauptsymptome, nämlich: Halsschmerzen, das Fatigue-Syndrom - also das pathologische Erschöpfungssyndrom, von dem heute viel die Rede war -, und die lang anhaltende Geschmacks- und Geruchsbeeinträchtigung. Das sind die häufigsten Symptome. Darüber hinaus gibt es noch weitere. Die häufigsten Symptome führen nicht zu einer stationären Behandlungsnotwendigkeit.

Uns fehlt - auch das ist heute schon ein paarmal gesagt worden - ein Kriterienkatalog, anhand dessen wir erkennen können: Hier besteht möglicherweise ein Kausalzusammenhang. - Es gibt keine Symptome, die pathognomonisch sind, wie wir Mediziner sagen, also einzigartig kennzeichnend für dieses Krankheitsbild. Leider gibt es das nicht.

Zu dem chronischen Fatigue-Syndrom beispielsweise als einem Syndrom, das leider sehr häufig bei Long- und Post-COVID-Patienten auftritt - wir kennen es von MS-Patienten, wir kennen es von anderen Infektionskrankheiten -, ist nicht immer der Kausalzusammenhang mit einer COVID-Infektion herzustellen, auch nicht zu ME/CFS, wie wir heute Morgen gehört haben.

Wir brauchen also mehr wissenschaftliche Erkenntnisse. Wir brauchen Diskriminierungshilfen oder, wie wir Mediziner sagen, differenzialdiagnostische Hinweise: Wann können wir wirklich davon reden, dass diese furchtbaren chronischen Erscheinungsformen kausal auf die Corona-Infektion zurückgehen, und wann nicht?

Wir haben in der ambulanten Versorgung in Niedersachsen bereits ein gut vernetztes System von Hausärzten und Fachärzten zu komplementären

Berufen: Physiotherapeuten, Pflegeberufen, Selbsthilfegruppen und dergleichen. Diese Vernetzung gilt es weiter auszubauen. Es wäre schön, wenn wir hier - wir haben natürlich auch eine Vernetzung mit den Kliniken - eine kurze Anbindung an spezielle Ambulanzen, beispielsweise an den Hochschulen, mit schneller Erreichbarkeit, am besten mit einer Durchwahlnummer, intensivieren könnten.

Ob wir wirklich Schwerpunktpraxen für Long-COVID benötigen, möchte ich dahingestellt sein lassen. Es ist ein multidisziplinäres Geschehen - auch das haben wir schon gehört -, weil es sich eben nicht nur um eine Lungenerkrankung handelt, sondern um eine Endothelschädigung. Das ist, salopp gesagt, die Einkleidung von Gefäßen, also Arterien und Venen im Organismus, und kann ganz viele Organe betreffen.

Wir leisten bereits jetzt Fort- und Weiterbildungen, die sich z. B. durch über 250 Qualitätszirkel vor Ort kennzeichnen. Das sind Peer-to-Peer-Gruppen - so nennt man sie auch -, also Kolleginnen und Kollegen - Hausärzte, Fachärzte -, die sich regelmäßig in ihren Qualitätszirkeln treffen. Natürlich ist COVID und sind jetzt auch Long-COVID und Post-COVID Themen, die in vielen Qualitätszirkeln besprochen, behandelt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat eine sehr umfangreiche, für manche meiner Kolleginnen und Kollegen schon fast unübersichtliche Homepage eingerichtet. Wer keine Fachfrau, kein Fachmann ist, kommt zwar auf die erste Oberfläche, aber nicht an die Informationen heran, die für die Mitglieder gedacht sind, also Psychotherapeuten und Ärzte. Unsere Mitglieder kommen natürlich daran.

Die Homepage mit den intern zur Verfügung stehenden Informationen wird täglich aktualisiert. Es ist eine Verlinkung zum Robert Koch-Institut möglich und auch zu der Fachgruppe, die das Robert Koch-Institut in Sachen COVID berät, nämlich die COVRIIN-Gruppe, von der heute schon die Rede war.

Ich fasse zusammen: Die überwiegende Anzahl nicht nur der COVID-Patienten überhaupt - 98 % -, sondern auch der Long- und Post-COVID-Patienten wird in der ambulanten Medizin gesehen und meistens auch ausschließlich dort behandelt, weil eine Reha oder stationäre Behandlung nicht notwendig ist.

Auch wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte lernen täglich dazu, was das Krankheitsbild betrifft. Wir brauchen selbstverständlich einen weiteren Ausbau der Weiterbildung und Fortbildung in diesem Sektor.

Wir müssen erkennen, dass es sich bei dem Krankheitsbild um eine Systemerkrankung oder Multiorganerkrankung handelt, jedenfalls oft, nicht nur um eine Lungenerkrankung.

Wie angekündigt, werden wir Ihnen die aktualisierten Zahlen für die weiteren Quartale des Jahres 2021 gerne noch liefern, damit Sie weiterhin aktuell informiert sind, wie das ambulante System mit dieser Erkrankung fertig wird.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Haben Sie im Moment Probleme, Impfungen durchzuführen, oder läuft das alles reibungslos?

**Dr. Jörg Berling**: Das wird nun tagtäglich in der Presse diskutiert. Wir haben tatsächlich immer noch, weil wir noch nicht bei über 90 % Grundgeimpften sind, mit Erst- und Zweitimpfungen zu tun. Ich spreche hier auch aus meiner persönlichen Erfahrung. Ich bin einen Tag in der Woche immer noch in der Praxis, und es überrascht mich, dass nicht nur junge Patienten kommen, sondern auch mittelalte Versicherte, die eine Erst- oder Zweitimpfung brauchen. Dazu kommen jetzt noch die Booster-Impfungen.

Wir glauben, dass wir Niedergelassenen das schaffen. Knapp 50 % aller Impfungen gegen Corona sind in Niedersachsen, obwohl wir erst im April gestartet sind, in den Vertragsarztpraxen erfolgt. Es ist allerdings eine enorme Mehrbelastung.

Im vierten Quartal ist typischerweise Infektions-saison, und zwar mehr als in den letzten Jahren. Die Kinderarztpraxen klagen über RS-Infektionen, ein bestimmtes Virus, das vor allem Kinder betrifft. Die Grippe-saison beginnt. Wir müssen die Grippe-Impfungen bewerkstelligen mit einem neuen, besseren Impfstoff für die Älteren als dem, den wir zurzeit zur Verfügung haben. Und wir müssen jetzt noch die Booster-Impfungen nach STIKO-Empfehlung bewerkstelligen.

Ich möchte an dieser Stelle sagen: Als Institution KVN empfehlen wir unseren Mitgliedern, sich strikt an die STIKO-Empfehlung zu halten.

Wenn ich mir die Bemerkung erlauben darf: Unser Bundesgesundheitsminister hat dreimal im

Vorgriff auf die Empfehlungen seiner von ihm selbst oder vom BMG eingesetzten wissenschaftlichen Kommission empfohlen, wie zu handeln ist. Jetzt ist es das dritte Mal geschehen, was die Booster-Impfungen betrifft, indem er sagt, alle könnten sie bekommen. Das ist eine schlechte Botschaft, weil wir das in den Praxen nicht schaffen.

Wir empfehlen unseren Praxen, sich nach der STIKO-Empfehlung zu richten. Vielleicht kommt die STIKO-Empfehlung, so wie in der Vergangenheit, auch dieser Denkweise nach und wird irgendwann die Booster-Impfung für alle empfehlen. Aber im Moment wird sie nicht für alle empfohlen, sondern für die über 70-Jährigen, für die Bewohner in Pflege- und Altenheimen, für Immungeschwächte und für die Kontaktpersonen im medizinischen und pflegerischen Bereich.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Wenn wir schon dabei sind, habe ich noch die Nachfrage: Funktionierte es jetzt, dass die Meldungen aktuell sind, oder gibt es dabei Probleme?

**Dr. Jörg Berling**: Es gibt eine Diskrepanz, die, glaube ich, in der Größenordnung von 5 % liegt. Technisch ist das bei einem guten EDV-System in der Praxis - ich behaupte, die meisten Praxen haben ein gutes EDV-System - am Ende des Arbeitstages mit der kumulierten Meldung an die KVN mühelos machbar. Die KVN meldet das dann nachts an das Robert Koch-Institut.

Aber man muss sich natürlich auch fragen: Welchen Stellenwert muss die schriftliche Dokumentation heute noch haben? Ich wäre sehr froh, wenn wir inzwischen insgesamt weniger Dokumentationsaufwand leisten müssten. Es gibt Milliarden Corona-Impfungen weltweit. Es gibt Millionen Impfungen in Deutschland. Wir kennen jetzt die Nebenwirkungen und die Komplikationen der Impfungen recht gut. Außer der Zählung ist eine weitere umfangreiche Dokumentation mit drei, vier Seiten Papier - so kennen wir es aus den Impfzentren, und so machen es manche noch in der Praxis - aus meiner Sicht nicht mehr notwendig.

**Dr. Jörg Amoulong**: Herr Jasper, ich habe noch einen kleinen fachlichen Hinweis zu den Booster-Impfungen, weil sehr viel darüber diskutiert wird. In der Diskussion wird komplett außer Acht gelassen, dass zwischen der vollständigen Immunisierung eines Patienten und der erfolgten Booster-

Impfung - egal, wie alt der Patient ist - immer sechs Monate liegen müssen.

In Niedersachsen wurde ein Großteil erst im Juni/Juli vollständig geimpft. Wenn wir weiterrechnen, dann sind wir bei sechs Monaten Zeitversatz im Dezember/Januar. Deshalb ist die Diskussion auf der Fachebene ein bisschen anders zu führen.

### **Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 4, Nachtrag 1 zur Vorlage 4*

#### **per Videokonferenztechnik zugeschaltet:**

- *Kornelia Winnicka*
- *Dr. Bernhard Koch*
- *Dr. Christoph Preu*
- *Dr. Aike Hessel*

**Dr. Aike Hessel**: Wir sind heute die Letzten in der Runde. Dafür sind wir als Vertreterinnen und Vertreter der beiden regionalen Rentenversicherungsträger Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen gleich im Quartett erschienen.

Wir möchten uns zunächst ganz herzlich für die Einladung zu dieser Anhörung bedanken. Ich bin Leitende Ärztin der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

Wie Sie sich vorstellen können, beschäftigt uns als Reha-Träger das Thema „Long- und Post-COVID“ natürlich sehr, weil wir - ich glaube, das ist allseits bekannt - in der Strukturverantwortung für die Rehabilitation stehen und uns unbedingt den Herausforderungen von Long- und Post-COVID im Kontext der Reha stellen möchten.

Ich möchte zunächst ein paar allgemeine Gedanken zur Reha der Rentenversicherung vorschalten - Herr Schmeding hat schon darauf hingewiesen, dass manchmal nicht so ganz Klarheit darüber herrscht, was das eigentlich ist -, bevor Sie dann von Herrn Dr. Preu und Herrn Dr. Koch Spezielleres zur Post-/Long-COVID-Reha erfahren.

Die Reha der Rentenversicherung hat immer - das gilt explizit auch für die Reha von Menschen mit Post- bzw. Long-COVID - das Ziel, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu si-

chern. Das ist im Sozialgesetzbuch VI, nach dem wir leisten, so definiert. Wir haben heute Morgen schon gehört, dass es noch andere Reha-Träger gibt: die Krankenkassen, die Unfallkassen. Sie alle haben ihre jeweiligen gesetzlich definierten Zielstellungen.

Die Reha orientiert sich generell - das ist wichtig zu wissen - weniger an der Diagnose als an den aus den jeweiligen Erkrankungen resultierenden individuellen Funktionsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen. In der Reha werden dann in Abhängigkeit von den individuellen Einschränkungen im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung die unterschiedlichsten therapeutischen Elemente individuell und flexibel kombiniert, also Bewegungstherapie, Physiotherapie, Psychologie, Logopädie, Ergotherapie usw.; die Reihe ist sehr lang.

Man darf sich nicht vorstellen, dass beispielsweise in einer pulmologischen Reha-Klinik nur Therapien in Bezug auf die Lungenproblematik stattfinden - dazu wird Herr Dr. Preu wahrscheinlich noch einiges sagen -, sondern dort beschäftigen sich Psychologen z. B. mit einer depressiven Symptomatik. Es gibt eventuell Hirnleistungstraining. Mittels Ergotherapie wird versucht, die Konzentrationsfähigkeit zu verbessern. Es geht um erforderliche Anpassungen am Arbeitsplatz usw., also immer alles bezogen auf die jeweiligen Bedarfslagen der Teilnehmer, der Rehabilitanden.

Auch nach der Reha geht es bei Bedarf weiter. Es wurde mehrfach angesprochen, dass das durchaus gewünscht ist und wichtig wird. Das wird schon während der Reha angebahnt. Das Thema Überleitungsmanagement ist schon mal aufkommen. Es geht um eine stufenweise Wiedereingliederung, Reha-Nachsorge persönlich, aber durchaus auch digital. Es geht um Fallmanagement und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, je nach Bedürfnislage der Einzelnen.

Als Rentenversicherungsträger sind wir grundsätzlich der Überzeugung, dass dieser Ansatz sehr gut geeignet ist, die vielschichtige und indikationsübergreifende Symptomatik im Kontext von Long- und Post-COVID zu behandeln, wobei in der Reha spezielle Konstellationen, Spezifika durchaus zu beachten sind. Dazu werden Herr Dr. Koch und Herr Dr. Preu wahrscheinlich noch einiges sagen. - So weit die kurze Einleitung meinerseits.

**Dr. Christoph Preu:** Ich bin Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Klinik Teutoburger Wald in Bad Rothenfelde, einer Reha-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Ich möchte Ihnen einen kurzen Überblick über mein kleines Referat geben: Zunächst möchte ich Ihnen einige Strukturdaten unserer Klinik erläutern. Anschließend möchte ich den anderthalbjährigen Lernprozess mit den mehr als 200 COVID-Patienten darstellen, die wir inzwischen behandelt haben. Wir sprechen dann kurz über die Altersverteilung unserer Patienten, über den Entlassungsmodus und die Nachsorge. Die Wartezeiten werden sicherlich auch zu thematisieren sein. Abschließend möchte ich noch etwas zu den limitierenden Faktoren sagen, mit denen wir in der Reha zu kämpfen haben.

Zunächst zu meiner Person: Ich bin, wie Frau Wenker, Vollblutinternist, zusätzlich Pneumologe und Sozialmediziner. Neben meiner Tätigkeit als Chefarzt übe ich auch Gutachtentätigkeiten für die umliegenden Sozialgerichte und die Deutsche Rentenversicherung im Bereich Reha und Rentenrecht, Berufskrankheitenrecht und Schwerbehindertenrecht aus, bin also mit all den Themen beschäftigt, die uns in der Zukunft noch blühen werden.

Wir sind eine rein internistische Reha-Klinik mit nominell 206 Betten, von denen aber im Moment unter Corona-Bedingungen nur 170 belegt sein können. Wir gliedern uns in drei medizinische Bereiche. Der größte Bereich ist der der Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen. Ein mittlerer Bereich umfasst Stoffwechselerkrankte, insbesondere adipöse Menschen. So können wir Patienten aufnehmen und betreuen, die über 200 kg wiegen; das ist sicherlich fast ein Alleinstellungsmerkmal in Niedersachsen. Eigentlich ein primär kleiner Bereich ist der der Lungenerkrankungen, den wir in der letzten Zeit entsprechend dem Bedarf vergrößern mussten.

Unabhängig von den medizinischen Unterteilungen haben wir eine große Abteilung für Sport und Physiotherapie sowie eine große Abteilung des psychosozialen Dienstes, weil wir zusätzlich zu den rein medizinischen Reha-Maßnahmen als Klinik der Deutschen Rentenversicherung auch medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationen durchführen, u. a. in einer großen Halle in Bad Rothenfelde, in der wir Arbeitsplätze nachbilden bzw. bestimmte Tätigkeiten nachstellen können,

um in manchen Fällen ein gewisses Arbeitsplatztraining möglich zu machen.

Das sind zunächst einmal die Grundvoraussetzungen, die schon seit vielen Jahrzehnten, will ich fast sagen, bestehen. MBOR ist seit etwa zehn Jahren dabei.

Wir waren also von vornherein sehr gut aufgestellt, als Mitte April letzten Jahres die ersten COVID-Patienten zunächst im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen von den Intensivstationen der Akutkrankenhäuser kamen, überwiegend vorher beatmete Patienten, sauerstoffpflichtig usw. Es waren schwer kranke Leute, bei denen aber zunächst einmal die Lungensymptome im Vordergrund standen. Im Rahmen der Lungenabteilung konnten wir sie mit den Therapiebausteinen behandeln, die auch bei anderen Lungenerkrankungen üblicherweise zur Anwendung kommen. Wir behandeln sonst Erkrankungen wie Asthma bronchiale, COPD, Lungenfibrosen, Bronchialkarzinome usw.

Wir haben dann unser Therapiekonzept, aufbauend auf den pulmonalen Einschränkungen, umgesetzt. Das lief das ganze Jahr 2020 über auf relativ kleiner Flamme, ohne dass ein Verdrängungseffekt in Bezug auf andere Patienten aufgetreten ist. Wir haben monatlich zunächst nur zwei bis vier Patienten mit Post-COVID aufgenommen.

Diese Zahlen haben sich im Januar 2021 verdoppelt und ab März dann noch einmal. Inzwischen nehmen wir monatlich zwischen 15 und 30 Patienten mit Long-COVID auf. Wir beobachten auch, wie die Kollegen vorher schon berichtet haben, dass jetzt nicht mehr so sehr die pulmonalen Symptome im Vordergrund stehen, sondern es sind die rasche Erschöpfung, die geringe Belastbarkeit, kognitive Störungen und viele andere Störungen aus dem gesamten Spektrum der Symptome, die man inzwischen kennt.

Dementsprechend haben wir unser Behandlungskonzept angepasst. Das heißt, wir führen inzwischen Konzentrationsübungen, Konzentrationstrainings durch. Wir bieten auch Geruchs- und Geschmackstrainings an; die Evidenz dafür ist sehr niedrig, aber es wird doch nachgefragt.

Wir blicken inzwischen auf Erfahrungen mit über 200 Patienten zurück. Der jüngste war 19 Jahre alt, der älteste 67. Das entspricht vom Prinzip her dem Spektrum der Zuweisungen auf Kosten der

Deutschen Rentenversicherung, also Menschen im erwerbsfähigen Alter.

Die größte Gruppe mit fast 50 % sind Patienten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren. Das ist prinzipiell ein sehr vulnerables Alter, und zwar zum einen in medizinischer Hinsicht. Man kann sagen, diese Menschen hatten schon genug Zeit, andere chronische Erkrankungen anzuhäufen, also das gesamte Spektrum an Erkrankungen, die wir sonst auch sehen. Das geht vom Herzinfarkt über COPD, Bronchialkarzinom, Diabetes bis Adipositas usw. Alle diese Krankheiten prädestinieren COVID-Patienten dazu, einen besonders schweren Verlauf zu erleben. Diese Erkrankungen behandeln wir natürlich mit unseren Konzepten genauso wie vor der COVID-Ära mit und sind dafür auch besonders gut aufgestellt.

Zum anderen handelt es sich bei dieser Gruppe um Patienten, denen bei längerer Krankschreibung unter Umständen der Arbeitsplatzverlust droht und die im Falle der Arbeitslosigkeit große Schwierigkeiten haben, auf dem Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen. Gerade hier ist der Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation nachgefragt. Das ist, wie gesagt, die größte Altersgruppe.

Die Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen unter unseren Long-COVID-Patienten ist mit etwa 20 % vertreten. Knapp 20 % machen auch die über 60-Jährigen aus. Die Altersgruppe unter 40 ist bei uns bisher nur in sehr geringem Maße repräsentiert.

Wenn wir schauen, was aus diesen Patienten wird, dann kann man grundsätzlich sagen: Ihr Zustand verbessert sich innerhalb der Rehabilitation, aber nur etwa 40 % unserer Patienten sind am Ende der Reha-Maßnahme so gut aufgestellt, dass sie arbeitsfähig entlassen werden können - oder zumindest im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung zulasten der Rentenversicherung innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entlassung.

Alle anderen Patienten, also etwa 60 %, müssen wir bis auf Weiteres als arbeitsunfähig entlassen, wobei „bis auf Weiteres“ sechs Wochen, aber auch sechs Monate oder länger sein können. Das wissen wir nicht.

Wir sind im Moment mit unserer Hauptverwaltung bemüht - vielleicht wird Frau Winnicka dazu noch etwas sagen -, das Nachsorgekonzept, das die

Rentenversicherung üblicherweise allen Patienten anbietet, dahin gehend zu erweitern, dass wir etwa drei Monate nach der Entlassung bei den Patienten noch einmal nachfassen und versuchen, uns einen Eindruck zu verschaffen: Sind sie wieder in Arbeit gekommen oder nicht? Steht das in Aussicht, oder sind eventuell über eine neue Bedarfsfeststellung weitere Reha-Maßnahmen oder vielleicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz erforderlich?

Das ist etwas, was wir bei unseren anderen Patienten sonst nicht machen. Das wäre ein Spezifikum, das die Deutsche Rentenversicherung zumindest ihren Versicherten vielleicht in Zukunft anbieten kann.

Ansonsten ist das Nachsorgekonzept ähnlich dem, was wir allen unseren Patienten als Nachsorge anbieten. Das heißt, es gibt Reha-Sportverordnungen, je nachdem, welche Funktionsstörung im Vordergrund steht. In den meisten Fällen wird es Lungensport oder T-RENA, also eine gerätgestützte Trainingstherapie, sein.

Das Thema Wartezeiten wurde schon von mehreren Rednern angesprochen. Dazu kann ich Folgendes sagen: Anfang dieses Jahres hatten wir aufgrund der hohen Nachfrage Wartezeiten von etwa einem halben Jahr. Bei den Eilverfahren waren es zwei, drei Monate weniger. Wir haben unsere eigentlich kleine pneumologische Abteilung weiter in Volllast gefahren, was dann zulasten der anderen Abteilungen ging. Das heißt, hier haben sich die Wartezeiten entsprechend verlängert.

Uns ist es in den letzten zwei Monaten gelungen, die Wartezeiten so weit abzubauen, dass sie im Bereich der Pneumologie bei etwa zwei Monaten und für die Eilverfahren nur noch bei einem Monat liegen. Ich denke, das ist relativ akzeptabel.

Abschließend möchte ich darauf eingehen, warum die Wartezeiten so lang sind. Einerseits war die Nachfrage sehr hoch. Andererseits mussten wir, wie gesagt, die Patientenzahlen reduzieren, weil wir Sicherheitsabstände einhalten müssen und den Patienten trotzdem eine vollwertige Rehabilitation anbieten wollen. Ich weiß, dass es Kliniken gibt, die voll belegt sind, die das Programm für die Patienten entsprechend abgespeckt haben. Das wollen wir im Bereich der Rentenversicherung nicht, wir haben uns anders entschieden. Zum Glück unterstützt unsere Hauptverwaltung uns dabei; denn das ist natürlich ein

Verlustgeschäft, wie Sie sich vielleicht vorstellen können.

Limitierende Faktoren sind erst einmal die Räumlichkeiten. Wir können die Schulungsräume nicht voll auslasten. Wir können unseren Speisesaal nicht voll auslasten. Unsere Patienten essen schon in zwei Schichten. Drei Schichten würden bedeuten, man müsste das Reha-Programm zusammenstreichen. Das wollen wir, wie gesagt, nicht. Wir haben auch lange überlegt, ob wir Zelte aufstellen. So etwas ist nur im Sommer praktikabel, im Winter ist das nicht möglich. Daher brauchen wir jetzt nicht weiter über die Raumsituation zu sprechen.

Eine Sache liegt mir abschließend noch auf dem Herzen: Das ist der Fachkräftemangel, der insbesondere im ärztlichen Bereich durchschlägt. Sie alle wissen, dass der Arbeitsmarkt für Ärzte leergefegt ist. Ich muss leider immer wieder feststellen - das hat sicherlich verschiedene Gründe -, dass die Reha-Kliniken zuallerletzt vom Arbeitsmarkt bedacht werden. Nach uns kommen, glaube ich, nur noch die Gesundheitsämter, und dann ist quasi Schluss.

Nach meiner persönlichen Einschätzung liegt das durchaus mit im Verantwortungsbereich der Ärztekammer Niedersachsen, die die Weiterbildungsermächtigungen für die leitenden Ärzte der Reha-Kliniken äußerst knapp gehalten und sich diesbezüglich in den letzten Jahren überhaupt nicht bewegt hat. Ich finde, das muss unbedingt angegangen werden. Denn Reha-Kliniken sind für Ärzte nicht attraktiv, wenn sie nach einem Jahr schon wieder wegmüssen, um sich ihre Weiterbildungszeit woanders zu holen. Das ist eine untragbare Situation. Wir arbeiten sie ein halbes Jahr lang ein, und ein weiteres halbes Jahr später sind sie weg. Das kann so nicht bleiben!

**Kornelia Winnicka:** Ich bin Referatsleiterin bei der Deutschen Rentenversicherung, also in der Verwaltung tätig. Ich möchte das, was die Kollegen gesagt haben, aus Verwaltungssicht etwas ergänzen bzw. noch einige Aspekte darlegen.

Auf sehr viele Themen ist schon eingegangen worden, vieles wurde besprochen. Ich möchte ergänzen, dass sich die Deutsche Rentenversicherung - genauso wie die Krankenversicherung - aufgrund fehlender abschließender wissenschaftlicher Erkenntnisse dazu entschlossen hat, die Long-COVID- bzw. Post-COVID-Behandlung in die bestehenden Konzepte zu integrieren und

nicht neue Fachrichtungen mit neuer Hauptdiagnose zu schaffen. Das war eine bewusste Entscheidung; denn so konnten wir sehr schnell Angebote für Long-COVID-Patienten schaffen. Diese Krankheit hat uns alle überrascht.

Die bestehenden Einrichtungen sind mit ihren vielfältigen Angeboten, wie Frau Dr. Hessel dargestellt hat, hervorragend geeignet, um innerhalb unserer bestehenden Strukturen die an Long- bzw. Post-COVID erkrankten Versicherten zu behandeln. Bisher haben wir damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Wir sammeln allerdings weiterhin neue Erkenntnisse, die wir dann laufend in die Rehabilitation integrieren. Es entstehen auch weiterhin laufend neue Angebote.

Ich will an die Ausführungen von Herrn Dr. Preu anknüpfen. Wir machen uns u. a. viele Gedanken über ein Nachsorgekonzept. Weil viele Versicherte erwerbsunfähig aus der Reha entlassen werden, wollen wir beispielsweise nach drei Monaten nachfassen: Wie sieht es aus? Wie hoch ist der Bedarf an weiteren Maßnahmen? Wie sieht es mit Nachsorge oder beruflicher Rehabilitation aus? - Denn wir wollen die Menschen wieder in den Beruf bekommen. Dazu machen wir uns Gedanken, und wir werden das so weiter fortführen.

Bei Zuweisungen ist es wichtig zu wissen, dass wir uns mit Long-COVID auseinandersetzen. Wenn wir einen Antrag bekommen, prüfen wir das noch einmal individuell mit unserem Ärztlichen Dienst und schauen, welche Klinik dafür geeignet ist. Sie wissen, wir haben viele Kliniken unter Vertrag. Jede Klinik ist anders. Jede Klinik hat andere Schwerpunkte. Wir geben uns sehr viel Mühe, die Versicherten so unterzubringen, dass sie die richtige Rehabilitation erhalten.

Zusammenfassend kann ich sagen: Die Deutsche Rentenversicherung ist der Meinung, dass wir mit unserem Konzept der Rehabilitation unter den heutigen Bedingungen sehr gut aufgestellt und auf einem guten Weg sind, die vielschichtigen gesundheitlichen Probleme infolge von Post-COVID zu therapieren mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Menschen zu sichern.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Die Zuschaltung von Herrn Dr. Koch funktioniert leider nicht. Wenn Sie uns noch etwas mitteilen wollen, Herr

Dr. Koch, dann können Sie das gerne schriftlich nachreichen.<sup>1</sup> Darüber würden wir uns freuen.

Ich bedanke mich bei Ihnen allen für Ihre Ausführungen zu dem Antrag. Wir werden die weitere Beratung in einer der nächsten Sitzungen vornehmen.

Damit ist die Anhörung geschlossen.

\*\*\*

---

<sup>1</sup> s. Nachtrag 1 zur Vorlage 4





Tagesordnungspunkt 2:

### **Beratung des Entwurfs einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung**

*Mit E-Mail vom 2. November 2021 war den Mitgliedern des Landtags der Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung zugeleitet worden. Er ist dieser Niederschrift als **Anlage** beigelegt.*

#### **Unterrichtung**

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Herr Staatssekretär, ich bitte Sie, bevor Sie zur Corona-Verordnung ausführen, über den Fall des gestorbenen Kindes in Cuxhaven zu berichten. In verschiedenen Zeitungen wurde darüber berichtet, dass ein Kind wahrscheinlich in Folge der Zweitimpfung verstorben ist. Es gab auch ein Vorobduktionsergebnis. Ich bitte Sie, in diesem Zusammenhang zu berichten, welche Erkenntnisse die Landesregierung in diesem Fall hat und welche Konsequenzen die Landesregierung aus diesem Fall zieht. Wird eine mögliche Aussetzung der Corona-Impfungen für Kinder und Jugendliche geprüft, bis der Fall aufgeklärt ist, und welche Maßnahmen ergreift die Landesregierung in diesem Zusammenhang?

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Jetzt müssen wir das ganz formal machen. Das hat ja nichts mit der Corona-Verordnung zu tun, sondern das ist die Bitte um eine Unterrichtung über einen Vorfall in Cuxhaven. Die Landesregierung entscheidet darüber, ob sie sich heute in der Lage sieht, darüber zu unterrichten. Sie entscheidet auch darüber, ob sie das in einem öffentlichen Sitzungsteil machen will oder ob zum Schutz Dritter eine vertrauliche Sitzung dazu stattfindet. Der Ausschuss beschließt im Endeffekt, ob wir das heute, in einer späteren Sitzung oder gar nicht machen.

StS **Scholz** (MS): Das, was ich dazu öffentlich sagen kann, hätte ich ohnehin im Rahmen meiner Unterrichtung gesagt. Wenn Sie detailliertere Aussagen auch zu der Art der Vorerkrankung wünschen, könnte ich dazu in einer nicht öffentlichen Sitzung etwas sagen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir beraten jetzt die Corona-Verordnung. Unter dem Tagesordnungspunkt 3 erfolgt die Unterrichtung über

die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus. Herr Staatssekretär Scholz hat angekündigt, dann auf diese Thematik einzugehen. Wir schauen, ob das ausreichend ist und ob die Landesregierung heute vielleicht noch mehr berichten kann, dann aber in einem nicht öffentlichen Teil; dann müssen wir die Nichtöffentlichkeit herstellen. Das machen wir unter dem Tagesordnungspunkt 3.

\*

### **Beratung des Entwurfs einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung**

StS **Scholz** (MS): Sie haben gesehen: Die Änderungen der Verordnung sind unglaublich umfassend! Die wichtigste Änderung findet sich in § 23: Das Auslaufen der Verordnung wird vom 10. November 2021 auf den 8. Dezember 2021 verschoben. Das ist, glaube ich, das Wesentlichste an der Verordnung. Diese Verlängerung hat im Kern damit zu tun, dass wir im Detail abwarten müssen, welche Regelungen der Bund treffen wird, nachdem politisch Einigkeit zu bestehen scheint, dass man die pandemische Lage von nationaler Tragweite angesichts steigender Zahlen für erledigt hält. - Diese Anmerkung konnte ich mir gerade nicht verkneifen; ich bitte um Nachsicht.

#### **Artikel 1**

##### **Nr. 1: § 8 - Beschränkung des Zutritts zu Veranstaltungen bis zu 1 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und zu Einrichtungen und der Inanspruchnahme von Leistungen**

Die erste Änderung finden Sie in § 8 Abs. 1 Satz 4. Bisher war geregelt, dass dann, wenn die Warnstufe 1 erreicht ist, die 3G-Regel für die Nutzung von Duschen und Umkleiden für Indoor-Sport gilt. Der Landessportbund hat aber zu Recht darauf hingewiesen, dass dieselbe Regelung eigentlich auch für Outdoor-Sport gelten müsste. Von daher ist diese Regelung in Satz 4 ergänzt worden.

##### **Nr. 2: § 10 - Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen mit mehr als 1 000 bis zu 5 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern**

In § 10 besteht ebenso wie in § 11 die wesentliche Änderung darin, dass die Regeln für die Warnstufe 2 und 3 zusammengefasst werden. Die

2G-Regel soll für mittelgroße Veranstaltungen und Großveranstaltungen gelten.

Bei der Änderung in Absatz 8 handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung, weil in der gegenwärtigen Fassung auf den Absatz 5 verwiesen wird, der in der neuen Fassung entfallen soll.

### **Nr. 3: § 11 - Großveranstaltungen**

Die gleiche Regelung findet sich in den Absätzen 7 und 8 des § 11. In Absatz 8 kommt noch hinzu, dass für diejenigen Personen, die bei Großveranstaltungen im Außenbereich teilnehmen wollen, ohne geimpft oder genesen zu sein, in den Fällen der Warnstufe 2 und 3 ein PoC-Test nicht mehr reicht, sondern der große PCR-Test gefordert wird.

In Absatz 10 wird die Fortgeltung von zugelassenen Veranstaltungen verlängert, weil ja auch die Verordnung verlängert wird.

### **Nr. 4: § 12 - Diskotheken, Clubs, Shisha-Bars und ähnliche Einrichtungen**

In § 12 war bisher nur maximal die Hälfte der Personenkapazität in Diskotheken, Clubs usw. zugelassen. Das wird gestrichen. Das ist nach dem, was wir gegenwärtig über die Regelungsabsichten des Bundes wissen, ein Vorgriff auf das, was der Bund zu regeln beabsichtigt. Falls der Bund die jetzt geplante Regelung doch weiter ausweitet, würde man noch einmal darüber diskutieren können. Aber nach unserem gegenwärtigen Wissensstand wird der Bund die Möglichkeit von Kapazitätsbeschränkungen künftig ebenso ausschließen wie die Schließung von Einrichtungen. Von daher wird der Absatz 7 gestrichen. Das ist die gleiche Situation.

### **Nr. 5: § 15 - Kindertageseinrichtungen**

Bei dem § 15 muss ich ein bisschen vorsichtig sein, weil er im Wesentlichen vom Kultusministerium bearbeitet wird. In § 15 wird die Regelung zum Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung für die Beschäftigten von Kindertagesstätten den Regeln in der Schule angeglichen, wenn ich das richtig verstanden habe.

### **Nr. 6: § 16 - Schulen**

In § 16 werden die Regeln für die erste Woche nach den Herbstferien gestrichen, weil die erste Woche nach den Herbstferien mit dieser Woche

vorbei ist und diese Regeln insofern nicht mehr gebraucht werden.

### **Nr. 7: § 23 - Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Der § 23 enthält als neuen Termin für das Außerkrafttreten den 8. Dezember 2021.

### **Aussprache**

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe dazu einige Fragen.

Eine Frage ergibt sich aus der Berichterstattung, über die ich etwas irritiert war. Frau Pörksen hat laut *Rundblick* gesagt, dass noch darüber diskutiert werde, ob Erkältete und an Fieber leidende Menschen ausgesperrt werden könnten. Zum einen steht eine solche Änderung nicht im Entwurf, und zum anderen kann ich auch nicht einordnen, woher das plötzlich kam. Vielleicht können Sie das einordnen.

Ferner habe ich noch eine ganz spezielle Frage. Nachdem wir für die Weihnachtsmärkte eine Regelung getroffen haben, plopt nun die fünfte Jahreszeit auf. In mehreren Kommunen in Niedersachsen finden ja Karnevalssumzüge statt. Nach der jetzigen Verordnung habe ich noch keine Vorstellung davon, ob und wie sie stattfinden könnten. Deutet sich für die nächste Verordnung eine Regelung an? Oder können Sie aus der jetzigen Verordnung etwas dazu herauslesen und meine Frage beantworten, wie so etwas wie ein Karnevalssumzug stattfinden kann?

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe zunächst eine Frage zur Absonderungsverordnung. Wenn in einer Familie Corona ausbricht und sich jemand infiziert hat, können Kinder nach fünf Tagen nach einem entsprechenden Test wieder in die Schule gehen. Diesbezüglich taucht die Frage auf, ob das wirklich ausreichend ist, um Gefährdungen zu verhindern.

Meine zweite Frage bezieht sich auf Kurse für Mütter mit Babys. Babys kann man ja nicht testen; das ist jedenfalls kaum möglich. Insofern stellt sich die Frage, wie man mit solchen Kursen umgehen soll. In der Regel nehmen zehn Mütter mit ihren Babys an einem solchen Kurs teil. Die Verunsicherung bezüglich dieser Kurse ist jetzt sehr groß, weil ja auch die Verantwortung sehr groß ist. Ich habe dazu in der Verordnung direkt nichts gefunden und möchte mich danach erkun-

digen, was man den Leiterinnen und Leitern dieser Kurse sagen kann.

StS **Scholz** (MS): Die Äußerungen von Frau Pörksen sind mir im Moment nicht gegenwärtig. Deshalb kann ich dazu jetzt nichts sagen.

Karnevalsumzüge fallen, wenn dort gleichzeitig mehr als 5 000 Leute sein sollten - was in Braunschweig wahrscheinlicher ist als z. B. in Adelebsen mit 7 000 Einwohnern, wo ich herkomme -, unter die Regelungen für Großveranstaltungen. Dann muss man prüfen, ob das passt. Die Umzüge sind ja bis zum 8. Dezember 2021 eher nicht zu erwarten. Von daher ist gegebenenfalls noch Zeit, zu prüfen, ob und, wenn ja, was diesbezüglich angepasst werden müsste. Grundsätzlich fallen Karnevalsumzüge aber unter die Großveranstaltungen unter freiem Himmel. Dann muss man prüfen, ob und wie man das darstellen kann.

MR **Weißer** (StK): Ich kann kurz noch zu der Irritation aus der Landespressekonferenz ergänzen: Frau Pörksen hatte noch ein altes Konzeptpapier und gedacht, auf dieser Grundlage sei gearbeitet worden. Das ist aber nicht realisiert worden. Wie Sie richtig sagen, ist das nicht in den Verordnungstext aufgenommen worden. Das hat Frau Pörksen aber auch vor Ort dargestellt in dem Sinne: Vergessen Sie, was ich gesagt habe!

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ich habe eine Nachfrage zu einer Aussage von Frau Ministerin Behrens. Vor drei Stunden meldete der NDR Niedersachsen das folgende Zitat von Frau Ministerin Behrens:

„Man kann schlicht feststellen, dass die Ungeimpften dafür sorgen, dass die Intensivstationen volllaufen, dass Operationen möglicherweise wieder verschoben werden müssen, denn Schlaganfälle und Herzinfarkte müssen auch in Pandemiezeiten versorgt werden.“

Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung darüber, wie viele Operationen aktuell aufgrund von Corona-Patienten auf Intensivstationen verschoben werden müssen und in welchen Krankenhäusern es aktuell zu Überbelastungen aufgrund von ungeimpften Patienten kommt?

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Herr Bothe, Sie sind mit Ihrer Frage schon wieder beim Tagesordnungspunkt 3! Wir sind immer noch bei der Corona-Verordnung. Das behandeln wir gleich unter dem Tagesordnungspunkt 3.

StS **Scholz** (MS): Zur Absonderungsverordnung, Herr Jasper: Die Regelungen in der Absonderungsverordnung haben sich im Moment bewährt. Bisher habe ich nicht erfahren, dass etwa wegen einer zu kurzen Frist bis zur Wiederaufnahme der Schulteilnahme Infektionen in die Schulen getragen worden wären. Von daher würden wir im Moment keinen Anlass sehen, die Absonderungsverordnung anzufassen.

Die zweite Frage habe ich, ehrlich gesagt, nicht wirklich verstanden.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Es geht um Kurse für Mütter und Babys. Wenn sie zusammenkommen, möchte man ja eine Sicherheit haben. Babys kann man nicht testen. Die Frage ist, ob trotzdem solche Kurse stattfinden können oder nicht, also ob gesagt wird: Das Risiko zu groß ist, lassen Sie das lieber sein! - Ich kann dazu nicht mehr sagen; denn mein Kollege Christoph Eilers hat mich gebeten, diese Frage zu stellen. Dieses Thema ist bei ihm angekommen.

StS **Scholz** (MS): Formal werden ja schon immer Kinder unter 14 Jahren bei den Kontaktbeschränkungen nicht mitgezählt. Von daher kann es ja nur darum gehen: Sind die Mütter gesund oder gibt es den Verdacht, dass sie nicht gesund sein könnten? - Dafür gelten die normalen Regeln. Der Rest muss im Zweifel mit den Kinderärzten abgestimmt werden. Wenn ich das richtig verstehe - Sie wissen, ich bin nur Jurist -, haben die unmittelbar Neugeborenen - möglicherweise weiß Frau Dr. Wernstedt das besser als ich - einen höheren Infektionsschutz als Babys, die ein kleines bisschen älter geworden sind, bevor sich dann der Infektionsschutz wieder aufbaut. Insofern ist es vielleicht auch eine Frage, wie alt das betreffende Baby ist, ob man mit ihm sinnvollerweise einen solchen Kurs besucht oder nicht. Das werde aber nicht ich beurteilen, sondern die Mütter sollten sich mit ihren Kinderärzten abstimmen, was sinnvoll ist und was nicht sinnvoll ist.

Die Frage von Herrn Bothe behandeln wir, wie von dem Herrn Vorsitzenden angekündigt, unter Tagesordnungspunkt 3?

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ja, das betrifft ja die Infektionslage insgesamt. Das können Sie dann gleich in Ihre Berichterstattung aufnehmen.

Weitere Wortmeldungen zur Corona-Verordnung gibt es nicht. Dann stelle ich fest, dass wir zum

Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung, die in der nächsten Woche in Kraft treten soll, von der Landesregierung ausführlich unterrichtet worden sind, dass wir ihn beraten haben, dass wir unsere Fragen gestellt haben und damit die Beratung über den Entwurf dieser Verordnung abschließen.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 3:

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

#### **Unterrichtung**

StS **Scholz** (MS): Zunächst möchte ich wieder die aktuellen Zahlen nennen und auch etwas zu dem tragischen Todesfall in Cuxhaven sagen. Außerdem werde ich etwas zu der Situation in den Altenheimen und zu der Bedeutung von Erst- und Zweitimpfungen im Verhältnis zur Boosterung sagen. In diesem Zusammenhang werde ich auch auf die Situation auf den Intensivstationen eingehen. Ferner werde ich natürlich auch etwas zur Drittimpfung sagen, weil das ja ein Thema ist, das im Moment sozusagen durch das Dorf bzw. durch sämtliche Dörfer gejagt wird.

#### *Inzidenz, Krankenhausauslastung*

Zur aktuellen Infektionslage: Wir haben in Niedersachsen zum heutigen Stand eine Inzidenz von 88,8. Das ist ein Anstieg gegenüber gestern um fast 8 Punkte. Vor einer Woche waren es 70,6, vor 14 Tagen 54,4 und vor drei Wochen 43,9. Sie sehen: Die Inzidenz hat sich innerhalb von drei Wochen im Grunde genommen verdoppelt.

Die Hospitalisierungsquote - also die Zahl der Menschen pro 100 000 Einwohner, die in den letzten sieben Tagen wegen einer COVID-19-Erkrankung in Krankenhäuser aufgenommen worden sind - beträgt 4,1. Die Auslastung der Intensivbetten mit COVID-19-Patienten beträgt 5,9 %. Damit wäre der Grenzwert bei der Auslastung der Intensivbetten gerissen. Da der Bund uns aber aufgegeben hat, dass der Hauptfaktor die Hospitalisierung sein muss, haben wir noch etwas Luft; denn der Grenzwert liegt dort bekanntlich bei 6,0. Gleichwohl ist auch dieser Grenzwert in den letzten Tagen und Wochen gestiegen. - Das ist vielleicht auch ein Hinweis darauf - erlauben Sie mir auch diese Anmerkung -, dass das, was wir vorher geregelt hatten, nämlich eine Kombination der drei Werte, sinnvoller ist als die absolute Priorisierung dieses einen Wertes, der sich anscheinend nicht so schnell ändert. Das Hauptproblem ist ja nicht die Frage - das wissen Sie; das sage ich jedes Mal -, wie viele Leute auf den Intensivstationen liegen, sondern das Hauptproblem ist die Frage der Auslastung der Intensivstationen.

Regional betrachtet, liegt der Landkreis Cloppenburg mit einer Inzidenz von 260,7 einsam an der Spitze. Dort gibt es - wie auch schon in der letzten Woche - Vorkommnisse in Schlachtbetrieben und in einer größeren Gärtnerei - „Gärtnerei“ ist übertrieben; das ist ein großer Gemüseanbaubetrieb, aber kein reiner Ackerfruchtbetrieb.

Inzwischen gibt es acht Landkreise und kreisfreie Städte mit einer Inzidenz von über 100. Auf der anderen Seite steht die Wesermarsch mit einer Inzidenz von 39,5.

Sie haben möglicherweise in der Presse gesehen, dass gestern bejubelt worden ist, dass Aurich mit einer Inzidenz von 23,7 wunderbar günstig lag. Dort gibt es heute eine Inzidenz bei 40. So schnell kann es gehen! Das haben wir letztes Jahr ganz genauso gesehen.

#### *Infektionsorte*

Nun zu den Infektionsorten. Diesbezüglich wollten wir ja noch abwarten, was die Herbstferien bringen. In der 41. und 42. Kalenderwoche - das ist die vorletzte und die vorvorletzte Woche - stammten 98,1 % der Infektionen aus Deutschland und 1,9 % aus dem Ausland. In der letzten Woche, die am Wochenende zu Ende gegangen ist, stammten 96,8 % der Infektionen aus Deutschland und 3,2 % aus dem Ausland. Das ist etwas mehr als vorher, aber noch nicht der große Schock aus der Rückreisewelle, den man vielleicht erwarten könnte. Spannend werden die Zahlen für die laufende Woche sein. Aber wir sehen deutlich: Die Infektion ist ganz überwiegend nicht aus dem Ausland getrieben, sondern passiert im Inland.

Auch die folgenden Zahlen sind vielleicht noch interessant: Seit Juni stammten knapp 93 % der Infektionen aus Deutschland und 7 % aus dem Ausland. An diesen Zahlen merkt man, dass die Sommerreisewelle einen ganz anderen Effekt hatte als die Herbstreisewelle.

#### *Ungeklärter Todesfall eines Kindes in Cuxhaven nach einer Zweitimpfung*

Am 15. Oktober ist in Cuxhaven ein 12-jähriges Kind verstorben, nachdem es die zweite Impfung mit Comirnaty, dem Impfstoff von BioNTech-Pfizer, erhalten hatte. Das Kind hatte erhebliche Vorerkrankungen. Nach den vorläufigen Obduktionsergebnissen kann man aber nicht ausschließen, dass die Impfung dabei eine Rolle gespielt hat. - Viel mehr kann ich jetzt in öffentlicher Sitzung zu der Situation des Kindes nicht sagen.

In der Sache ist das natürlich ein ganz schwerer Vorfall. Wir wissen, dass es sehr selten zu solchen Reaktionen kommt. Aber gleichzeitig ist die Zahl der berichteten Impfwischenfälle bei Kindern immer noch deutlich niedriger als die Zahl der Kinder, die an COVID verstorben sind, obwohl auch die Zahl der an COVID verstorbenen Kinder natürlich sehr gering ist. Wir wissen ja, dass die Hauptrisikogruppe für eine COVID-Erkrankung ältere Menschen oder Menschen mit meinem Körperbau sind.

Die Zulassungsbestimmungen für Impfstoffe sind sehr streng. Die Impfstoffe wurden millionenfach verimpft. Angesichts dessen gibt es wirklich nur einzelne Fälle, die so tragisch sind wie der, der jetzt aus Cuxhaven berichtet wurde.

Das Paul-Ehrlich-Institut, das ja die Arzneimittelüberwachung wahrnimmt, ist eingeschaltet und wird den Fall ausführlich untersuchen. Dann wird man prüfen müssen, ob die Impfpfehlungen geändert werden müssen. Das kann ich aber gegenwärtig nicht beurteilen. - Das ist falsch! Das kann ich überhaupt nicht beurteilen, sondern ich muss einfach abwarten, ob und was das Paul-Ehrlich-Institut dazu sagt.

#### *Situation in Alten- und Pflegeheimen*

Zu der Situation in den Altenheimen: Es gibt immer wieder Berichte über Vorfälle in Altenheimen. Nach den gestern gemeldeten Zahlen, die natürlich einen Datenstand von vorgestern haben - sie sind aber ziemlich aktuell -, gab es in den letzten sieben Tagen in zehn Altenheimen - das sind die gestern gemeldeten Zahlen, die natürlich einen Datenstand von vorgestern haben, also ziemlich aktuell - ein Ausbruchsgeschehen mit meines Wissens insgesamt 99 Fällen. Von diesen 99 betroffenen Menschen waren 58 Menschen geimpft. Es sind überwiegend leichte und mittlere Verläufe. Schwere Verläufe sind extrem selten.

Man muss allerdings immer wieder sagen: Wenn man weiß, dass von den fast 100 000 Menschen, die in Heimen leben, nach der ersten Welle ungefähr 90 000 geimpft worden sind, dann sind 99 Betroffene eine sehr niedrige Zahl. Das bestätigt das, was wir immer schon gewusst haben, auch wenn wir das alle gerne verdrängen - dabei beziehe ich mich durchaus mit ein -: Die Impfung schützt relativ gut, aber sie schützt eben relativ. Sie schützt nicht absolut. Wenn eine Impfung mit 95 % vor dem Tod schützt, dann gibt es eben 5 % der Fälle, in denen sie sogar vor dem Tod nicht

schützt. Das muss man einfach so sehen. Gleichwohl ist es natürlich besser, zu den 95 % zu gehören als zu den 100 %, die sich ungeimpft dem Risiko aussetzen.

#### *Inzidenzen nach Altersgruppen*

In dem Meldezeitraum vom 26. Oktober bis zum 1. November 2021 lag die Inzidenz bei den 0- bis 5-Jährigen, also bei den Vorschulkindern, bei 53,3, bei den 6- bis 11-Jährigen bei 119, bei den 12- bis 19-Jährigen bei 104, bei den 20- bis 39-Jährigen bei 105, bei den 40- bis 59-Jährigen bei 79,9 und bei den 60- bis 79-Jährigen bei 44,4. Dann hört der Abfall allerdings auf: In der Altersgruppe 80 Jahre und älter liegt die Inzidenz bei 44,3, also praktisch bei der Inzidenz bei den über 60-Jährigen.

An diesen Zahlen sehen wir aber ganz deutlich die hohe Inzidenz bei denen, die noch nicht geimpft werden können, aber schon sozial aktiv sind, nämlich bei den Schulkindern, und die hohen Inzidenzen bei den aktiven Teilen der Bevölkerung zwischen dem Teenageralter und dem 40. Geburtstag.

#### *Testungen in Altenheimen*

Im Hinblick auf die beschriebene Entwicklung und weil immer wieder über Impfdurchbrüche in den Altenheimen berichtet wird, planen wir, die Testungen in den Altenheimen neu zu regeln. Bisher ist geregelt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort, soweit sie nicht geimpft oder genesen sind, dreimal in der Woche einen Test vorlegen müssen. Wir planen, das so zu ändern, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter künftig täglich getestet werden müssen, damit wir einen Eintrag schneller erkennen und von daher schneller handeln können. Wenn wir schneller handeln können, dann werden die Folgen geringer ausfallen.

#### *Anteil der Geimpften und Ungeimpften auf den Intensivstationen, Einschränkung bzw. Aussetzung planbarer Operationen*

Ich bin jetzt bei dem vierten Punkt, den ich Ihnen angekündigt hatte. In der Tat sind 75 bis 90 % der Menschen auf den Intensivstationen ungeimpft. Die Zahl 75 % stammt nach einem Bericht in der *Hannoverschen Allgemeinen Zeitung* heute aus einem Regionsklinikum. In den Universitätskliniken, wo die besonders schweren Fälle auflaufen, sind 90 bis 95 % der Patienten ungeimpft. Von daher treiben die Ungeimpften die Belastung der Intensivstationen.

Wie Sie wissen, sieht der Corona-Stufenplan vor - nicht die Verordnung; das würden wir in einer separaten Verordnung regeln -, dass für den Fall, dass die Warnstufe 2 ausgelöst wird, planbare Operationen eingeschränkt und für den Fall, dass die Warnstufe 3 erreicht werden sollte, planbare Operationen ausgesetzt würden, wie wir das im letzten Jahr schon hatten. - Das ist bisher nicht der Fall, Herr Bothe. Die Warnstufen 2 und 3 sind ja noch nicht erreicht. Da kommen wir in die gleichen Mechanismen wie im letzten Jahr, weil wir wissen, dass wir ungefähr die Hälfte der Intensivbetten für die Nachsorge nach planbaren Operationen brauchen. Wenn man dann wegen der Entwicklung der Infektionslage Intensivbetten braucht, muss man dafür sorgen, dass die Intensivbetten frei werden. Diese Situation hatten wir schon im letzten Jahr.

Auf der Gesundheitsministerkonferenz, die heute und morgen tagt, haben sich die Gesundheitsminister dafür ausgesprochen, dass der Bund wieder eine Freihaltepauschale zahlt. Denn wenn man den Krankenhäusern aufgibt, dass sie nicht behandeln dürfen, dann bedroht sie das natürlich ökonomisch. Dann würde erneut eine Freihaltepauschale gezahlt werden müssen - im Zweifel in anderer Form als im letzten Jahr, in dem es wahrscheinlich ziemliche Verzerrungen gegeben hat; aber das wäre dann eine Frage der Feinabstimmung.

#### *Drittimpfungen*

Bevor ich zum letzten Punkt meiner einleitenden Ausführungen komme, möchte ich noch das folgende Thema ansprechen: Im Moment gibt es eine politische und öffentliche Diskussion, die sich zu meinem Erstaunen weitgehend von der Problemlage löst. Wir diskutieren ganz intensiv die Frage, wie die Drittimpfung für über 70-Jährige, für über 60-Jährige und für unter 60-Jährige organisiert werden kann.

Wenn man gleichzeitig weiß, dass nur 10 % der Menschen mit schweren Verläufen in den Krankenhäusern geimpft waren - nur die erreicht man ja mit einer Drittimpfung; die anderen erreicht man ja mit der Erst- und Zweitimpfung, wenn man sie überhaupt erreicht -, dann ist ganz eindeutig, dass die Drittimpfung die Krankenhäuser nicht entlastet, weil die Zweitgeimpften nicht in den Krankenhäusern liegen. Deshalb halte ich das ein bisschen für eine Gespensterdiskussion. Das kann ich nicht anders sagen.

Natürlich ist es wichtig, hier vor allen Dingen perspektivisch vorzugehen. Aber gegenwärtig sollte die Hauptaufgabe der Mobilen Impfteams darin bestehen, dafür zu sorgen, dass möglichst viele Leute Erstimpfungen bekommen.

#### *Mobile Impfteams*

Wahrscheinlich haben Sie schon das Beispiel aus Osnabrück gehört. Zu meinem großen Erstaunen hat ein Mobiles Impfteam bei einer Bombenräumung in Osnabrück 50 Impfungen vornehmen können. Das zeigt, dass es immer noch einen erheblichen Teil der Bevölkerung gibt, der sich nicht deshalb nicht impfen lässt, weil er das nicht will, sondern weil er keine Gelegenheit gefunden hat, weil es gerade nicht wichtig war, weil er es vergessen hat oder aus einem anderen Grund. Die haben dann gesagt: Wenn ich sowieso hier in der Turnhalle sitzen muss, dann kann ich mich auch impfen lassen! - Von daher sollte immer wieder die Aufforderung an die kommunale Seite gehen, die ja die Mobilen Impfteams betreibt, diese kreativ bei ganz vielen Gelegenheiten einzusetzen.

Ich habe heute im Pressespiegel gelesen, dass eine in Peine ansässige große Schokoladenfabrik ihren Tag der offenen Tür dafür genutzt hat, ein Mobiles Impfteam mit Erst-, Zweit- und Drittimpfungen zu beauftragen. Ich glaube, wer sich hat impfen lassen, hat Schokolade bekommen. Wie gesagt, man muss kreativ überlegen, was man dafür machen kann.

Gleichwohl ist natürlich der Wunsch nach einer Drittimpfung, nach der Impfauffrischung ganz groß. Herr Dr. Berling von der KVN hat ja vorhin unter dem TOP 1 dazu etwas gesagt. Wir sind mit der KVN darüber im Gespräch, dass sie vor allen Dingen dafür Sorge tragen will, dass auch diejenigen, die keine bestehende Hausarztbeziehung haben, einen Arzt oder eine Ärztin finden, der bzw. die sie impft. Es wird möglicherweise das Instrument der Testpraxen, wie am Anfang der Pandemie, wieder aufgelegt, sodass pro Kreis, z. B. pro 100 000 Einwohner, eine Praxis beauftragt wird, zwei- oder dreimal in der Woche Menschen zu impfen, die nicht Patienten dieser Praxis sind.

Darüber hinaus sind wir mit den kommunalen Spitzenverbänden darüber im Gespräch, dass niedrigschwellige Impfungen z. B. im Gesundheitsamt oder an anderen Orten, die gegenwärtig schon zulässig und praktiziert werden, auch stationär verankert werden und die Impfteams weiter

hochgefahren werden. Mit den 145, die wir im Prinzip bewilligt haben, sind wir ja noch nicht an der Spitze angelangt. Gerade gestern haben wir mit den kommunalen Spitzenverbänden ein Gespräch über organisatorischen Erleichterungen an dieser Stelle geführt. Wenn man irgendwo einen Impf-Bus hinstellen kann, der jeden Tag bedient wird, kann man auch einen kleinen Laden mieten und dort eine Liege und einen Paravent hinstellen, um zu dort impfen.

Wie gesagt, der Kern des Problems muss sein, wie man die Zahl der Erstimpfungen erhöhen kann. Die zweite Frage wird dann sein: Wie können wir die Auffrischungsimpfungen sicherstellen? - Ich stimme Herrn Dr. Berling zu, der darauf hingewiesen hat, dass fast die Hälfte der Impfungen in Niedersachsen in den Arztpraxen durchgeführt worden sind, und zwar in der Hälfte der Zeit, in der wir mit den Impfzentren gearbeitet haben. Das liegt nicht daran, dass die Impfzentren schlecht gearbeitet hätten, sondern es liegt einfach daran, dass es 50 Impfzentren gab, aber 5 000 Arztpraxen gibt. Da schlägt einfach der Massenfaktor in ganz anderer Weise durch.

### Aussprache

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für die vielen komprimierten Informationen. Ich habe aber noch Fragen zur dritten Impfung.

Wir beobachten ja die Situation in den Altenheimen. Zu Beginn der Impfkampagne wurde der Impfstoff von BioNTech-Pfizer mit dem kürzeren Impfabstand von drei Wochen verimpft. Hinterher wusste man, dass es dann vielleicht Probleme mit Impfdurchbrüchen geben kann. In der letzten Sitzung hat der Kollege Bajus gefragt, ob noch einmal eine Abfrage zu der Durchimpfung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Alten- und Pflegeheimen mit einer dritten Impfung durchgeführt werden kann. Das Ergebnis dieser Abfrage kann heute natürlich noch nicht vorliegen; das ist mir klar.

Ich habe in diesem Zusammenhang die Bitte, dass wir auch eine Übersicht über die Durchimpfung der Heime bekommen. Das hatten wir schon einmal. Kann man das noch einmal in Erfahrung bringen? Denn diese Menschen brauchen ja nun wirklich die dritte Impfung. Da sind wir uns einig. Die dritte Impfung sollte dort auch schnell erfolgen. Es wäre gut, wenn wir eine Übersicht darüber bekommen würden.

Mich hat noch eine sehr spezielle Frage erreicht, die Sie vielleicht auch nicht beantworten können. Wenn die Leute die dritte Impfung bekommen, wird es ja irgendwann relevant, dass man das Impfzertifikat auch in die App einlesen kann. Dazu hat mich eine spezielle Frage erreicht: Eine Person bekommt jetzt schon ein Angebot für eine dritte Impfung; die sechs Monate Wartezeit seit der letzten Impfung sind jedoch noch nicht vorüber, weil sie z. B. zugezogen ist und als Pflegekraft irgendwo angefangen hat zu arbeiten. Die Sorge ist, dass dann, wenn sie sich jetzt impfen lässt, ein paar Tage zu den sechs Monaten fehlen und dass die Impfung dann möglicherweise nicht als Drittimpfung anerkannt wird. - Das ist eine sehr spezielle Frage. Bei den ersten beiden Impfungen hat die App meines Wissens nicht gemessen, wie weit der Abstand ist, weil es ohnehin 1 000 verschiedene Abstände gegeben hat. Diese Frage konnte ich nicht beantworten. Sie ist auch sehr speziell; das gebe ich zu.

Dann war ich etwas irritiert, weil es eine Information und dann noch einmal einen Nachschub gab. Wie ist die Haftung bei einer Impfung jenseits der Impfempfehlung, aber mit zugelassenem Impfstoff geregelt? Ich kann gut nachvollziehen und finde es auch sinnvoll, dass die Gewichtung darauf gelegt wird, sich an die STIKO-Empfehlungen zu halten. Ich tue mich immer schwer damit, von der STIKO Dinge zu verlangen, die die STIKO noch nicht geäußert hat. Ich bitte aber in diesem Zusammenhang um eine Klarstellung, ob es kein Haftungsproblem gibt, wenn eine Person jenseits dieser Impfempfehlung mit einem für sie zugelassenen Impfstoff geimpft wird, oder ob das nicht der Fall ist.

Noch ein weiterer Spezialfall, der uns zugetragen worden ist: Es gibt Fälle, dass ungeimpfte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kitas sich weigern, sich testen zu lassen, mit der Begründung, dass man das nicht von ihnen verlangen könne. In den FAQ-Listen auf den Webseiten des Sozialministeriums oder der Staatskanzlei gibt es den Hinweis, dass das ein sehr starker Eingriff wäre und dass man das nicht verlangen könne. Aber wir verlangen das ja auch von den Pflegekräften! Die Altenheime sind ein stark vulnerabler Bereich, den wir schützen müssen. Aber kleine Kinder, die nicht geimpft werden können, sind auch eine bestimmte Stufe von vulnerabel. Diese Kinder haben oft noch eine schwangere Mama zu Hause, die sich in einer Schwangerschaftsphase befindet, in der sie nicht geimpft werden kann. Deshalb hätte ich gerne eine Antwort auf die Fra-



ge, die uns erreicht hat, warum man von Pflegekräften verlangen kann, dass sie sich testen lassen, aber von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kitas, die nicht geimpft sind, das nicht verlangen kann.

Abg. **Volker Bajus** (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Staatssekretär, für die Informationen. Man kann ja schon feststellen, dass die vierte Welle nun auch Niedersachsen erreicht hat. Ihre Kritik an dem Auslaufen der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite war ja deutlich zu hören. Gibt es eine Initiative des Landes, den Bund davon zu überzeugen, diese Feststellung doch noch nicht auslaufen zu lassen angesichts der eskalierenden Situation, die in Niedersachsen gottlob nicht so schlimm ist wie in anderen Bundesländern?

Der Blick in andere Bundesländer bringt mich zu meiner zweiten Frage: Sind Verschärfungen zumindest in der Vorbereitung oder in der Überlegung? - Baden-Württemberg arbeitet jetzt daran, die 3G-Regelung mit PCR-Tests zu hinterlegen. In Sachsen geht man stärker auf die 2G-Regelung zu. - Ich sage das auch vor dem folgenden Hintergrund: Ich hatte gestern ein persönliches Erlebnis. Auf der Fahrt von Osnabrück nach Hannover war der Intercity voller Fußballfans auf dem Weg nach Berlin. Ich glaube, die einzigen Leute, die außer dem Personal Masken trugen, saßen in zwei Abteilen. In einem Abteil saßen normale Reisende wie ich. Alle anderen feierten schon mal das Fußballspiel und trugen keine Masken. Vor dem Hintergrund, dass bei einer Eskalation der Corona-Pandemie z. B. die Schulen wieder in Gefahr sind, war es ein sehr bemerkenswertes Erlebnis, in solch einem „Superspreader-Express“ zu sitzen.

Damit komme ich zu meiner dritten Frage. Sie haben noch einmal das Thema angesprochen, wie wir weitere Leute davon überzeugen, sich impfen zu lassen. Sie haben das Beispiel in Osnabrück angesprochen. Dort haben zwei Bombenräumungen hintereinander stattgefunden. Etliche Leute haben es dort angenommen, sich in den Notunterkünften durch Mobile Impfteams impfen zu lassen. Aber das kann ja nicht der Weg alleine sein!

Die Ministerin wird heute vom NDR zitiert, dass wir - mit „wir“ meinte sie wahrscheinlich das Land - Impfgegner überzeugen wollen, sich endlich impfen zu lassen, weil sie für harte Impfgegner kein Verständnis hat. Diese Aussage teile ich.

Mich würde aber interessieren, mit welcher Überzeugungsarbeit das laufen kann. Ich glaube, dass es wichtig wäre, die hartnäckigeren Zielgruppen stärker in den Fokus zu nehmen - ähnlich hat sich Frau Vogler vom Deutschen Pflegerat gestern in den Medien geäußert - und insbesondere das Gespräch mit Multiplikatoren bestimmter Zielgruppen zu suchen, seien es Freikirchler, muslimische Gemeinden oder insbesondere junge Leute.

Über den tragischen Einzelfall des Jungen in Cuxhaven will ich gar nicht reden. Mich interessiert aber, ob es seitens der Landesregierung grundsätzliche Erkenntnisse, eine Art systematisch ausgewertete Studienlage zu den Impfrisiken vorerkrankter junger Menschen gibt.

StS **Scholz** (MS): Zu der Frage von Frau Schütz zur Durchimpfung der Heime und der Beschäftigten: Aktuelle Zahlen haben wir dazu nicht. Die Zahlen der Beschäftigten haben wir ja immer über die Verbände bekommen. Weil wir dort aber im Moment nicht weiterkommen, werden wir jetzt die Heimaufsichten beauftragen - das ist mit der kommunalen Seite vorabgestimmt -, in den Heimen entsprechend nachzufragen. Auch dabei wird es eine gewisse Bandbreite der Verlässlichkeit der Angaben aus den einzelnen Heimen geben. Aber in der Sache ist das, glaube ich, trotzdem vernünftig.

Grundsätzlich kann ich dazu sagen: In den Heimen in Niedersachsen leben 93 000 Bewohnerinnen und Bewohner. Wir haben aber 196 000 Drittimpfungen. Von daher kann man davon ausgehen, dass wir hier im Laufe der nächsten Wochen einen vollständigen Drittimpfungsschutz erreichen werden.

Die Frage, wie die Drittimpfung in die App eingetragen wird, wenn sie unter sechs Monaten erfolgt ist, kann ich im Moment nicht beantworten, weil sie im Moment gar nicht in die App eingetragen wird; denn bisher gibt es ja überhaupt keine Regelung, nach der eine Drittimpfung erforderlich ist. Die rechtliche Situation, die der Bund geschaffen hat, sieht so aus, dass im Moment die Zweitimpfung bzw. im Fall des Impfstoffs Janssen von Johnson & Johnson die einfache Impfung reicht. Wenn andere Regelungen kommen, wird man das entsprechend technisch lösen müssen. Das ist aber im Moment noch Zukunftsmusik.

Zu der Frage der Haftung bei Impfungen: Am Dienstag in der Landespressekonferenz war mir

eine Änderung im Infektionsschutzgesetz entfallen. Der § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a lautet:

„Wer durch eine Schutzimpfung ..., die gegen das Coronavirus SARS-CoV2 aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20 i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a vorgenommen wurde ..., eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält nach der Schutzimpfung wegen des Impfschadens ... auf Antrag Versorgung.“

Dabei kommt es also nicht auf eine Empfehlung oder auf etwas anderes an, sondern wenn jemand im Rahmen der Impfkation geimpft worden ist, bekommt er im Falle eines Impfschadens eine Entschädigung.

Zu dem Fall, dass sich eine Kita-Mitarbeiterin weigert, sich testen zu lassen: Die Unterscheidung, die wir an dieser Stelle vorgenommen haben, hat damit zu tun, dass das lebensgefährdende Risiko in Pflegeheimen deutlich höher ist als in Kindertagesstätten. Schön ist das nicht, und das trägt vermutlich auch nicht zur Vertrauensbildung bei den Eltern oder jedenfalls bei der großen Mehrheit der Eltern - es mag ja auch andere Eltern geben - bei. Diese Differenzierung halte ich aber für sachgerecht. Es hängt daran, dass in den Altenheimen Lebensgefahr besteht und in den Kindertagesstätten eher nicht.

Herr Bajus, Verschärfungen der Corona-Regeln in einzelnen Ländern hängen natürlich zum einen von der Situation in den einzelnen Ländern ab. In Bayern, Sachsen und, ich glaube, auch in Baden-Württemberg sind die Inzidenzen ganz anders als in Niedersachsen. Die südostdeutschen Länder fangen mittlerweile an, Patienten in andere Bundesländer zu verlegen, weil ihre Kapazitäten nicht mehr ausreichen. Wir haben Anfragen aus Thüringen. Wir wissen schon länger, dass Patienten aus Thüringen nach Brandenburg und nach Hamburg verlegt werden. Vor diesem Hintergrund sind dann unter Umständen auch Verschärfungen wieder sinnvoll.

Des Weiteren muss man sagen, dass die Verordnungen unterschiedlich sind. Wir haben ja den Stufenplan schon in der Verordnung umgesetzt und die einzelnen Schritte bei einer Verschärfung der Situation, wenn sie nicht völlig aus dem Ruder läuft, schon definiert. Andere Länder haben das vielleicht so nicht gemacht, sodass sie dann entsprechend eingreifen.

Wir planen insofern eine Verschärfung - das habe ich unter dem Tagesordnungspunkt 2 dargestellt -, als wir bei Veranstaltungen mit mehr als 1 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern schon ab der Warnstufe 2 die 2G-Regel durchgreifen lassen wollen, anders als es bisher der Fall war. Das ist ja schon ein Stück weit eine Verschärfung. Ansonsten hängt es sehr stark von der Verordnungstechnik in den einzelnen Ländern ab. Wir haben schon versucht, das in der Verordnung entsprechend darzustellen.

Zu unseren Maßnahmen zur Überzeugung von Impfskeptikern: Ich habe schon in der letzten Woche berichtet, dass wir im Moment mit den muslimischen Verbänden - sowohl mit der DITIB als auch mit dem Schura - im Gespräch sind, um Impfungen in den Gemeindezentren zu machen.

Wir versuchen auch - allerdings örtlich im Austausch mit den Landräten; Oberbürgermeister sind weniger betroffen -, in Kontakt mit den Pfingstgemeinden zu kommen. Bei denen gibt es keinen Gesamtverband, der als Ansprechpartner dienen könnte.

Wir scheitern im Moment bei dem Versuch, mit russlanddeutschen Gemeinschaften oder mit der Landsmannschaft der Deutschen aus Russland über Corona-Impfungen zu sprechen, weil sie sich sehr stark an Medien orientieren - das ist auch eine Aussage der Landesbeauftragten für Heimatvertriebene, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, Frau Westmann -, die - vorsichtig ausgedrückt - impfskeptisch sind.

Wir beschäftigen uns in der Tat auch mit der Frage, wie wir mit diesem Thema an junge Leute herankommen können. Das ist wieder ein Punkt, an dem, wie ich finde, der Bundesgesundheitsminister viel Gelegenheit gehabt hätte, sich um das zu kümmern, was wir verabredet hatten, nämlich dass der Bund gezielt Impfkampagnen mit Influencern und für die Jugendszene wichtigen Leuten durchführt, an die wir als Land eher nicht herankommen. Das ist von Bundesebene aus einfacher. Die Abstimmungen dazu waren im Sommer, vor Ende Juli, Anfang August. Davor gab es entsprechende Abstimmungen mit dem Bund. Ich habe aber nichts davon gesehen. Das kann aber auch daran liegen, dass ich im Zweifel nicht zu dieser Zielgruppe gehöre. Das will ich nicht ausschließen. Dann müssten Sie im Zweifel mit Ihren Kindern oder Nichten und Neffen klären, ob sie sich da irgendwo angesprochen gefühlt haben.

Ich habe das nicht wahrgenommen. TikTok nutze ich nicht.

Ich glaube nicht - so würde ich die Frau Ministerin nicht verstanden wissen wollen -, dass es darum geht, die 5 bis 10 % harten Impfskeptiker bzw. Impfgegner zu erreichen. Das glaube ich nicht. An bestimmten verfestigten Meinungen arbeitet man sich, glaube ich, ab, ohne dass man dabei zu Ergebnissen kommt.

Interessant fand ich: Vor zwei, drei Wochen gab es beim Mitteldeutschen Rundfunk, der ja immer den Podcast „Kekulé's Corona-Kompass“ mit Herrn Professor Kekulé aus Halle veranstaltet, eine Sendung, bei der nur Impfskeptiker bzw. Impfzweifler anrufen durften - also nicht harte Impfgegner; dort wurde nicht diskutiert -, um zu versuchen, Impfskeptiker zu überzeugen. Das ist vielleicht ein guter Weg, so etwas öffentlich zu machen und einzeln auf die Fragen einzugehen. Dafür stehen wir sicherlich auch weiterhin zur Verfügung.

Die Impfrisiken vor allen Dingen bei jungen Menschen bezogen auf Niedersachsen auszuwerten, hat, glaube ich, wenig Sinn, weil es nur so wenige sind. Dazu gibt es aber intensive Untersuchungen des PEI und des RKI. Wir werden Ihnen nachweisen, wo Sie diese Untersuchungsergebnisse finden können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Damit ist die Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus abgeschlossen. Vielen Dank für die Unterrichtung! Wir werden uns in der nächsten Woche im Plenarsaal wiedersehen; dann wird uns das Thema Corona weiter beschäftigen.

\*\*\*

Die Präsidentin des Niedersächsischen Landtages  
- Landtagsverwaltung -



- Mitglieder des Landtages
- Fraktionen

nachrichtlich:  
+, NILAS

per E-Mail

Bearbeitet von: Frau Mutschall  
Durchwahl: 0511 3030-2092  
Mein Zeichen: II/721 - 0100-05/0.2.3.4  
E-Mail: corinna.mutschall@lt.niedersachsen.de\*

2. November 2021

### **Unterrichtung nach Artikel 25 der Niedersächsischen Verfassung**

**hier: Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-  
Verordnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehendes Dokument, das auch im Intranet unter „Parlamentsarbeit“ in der Kategorie „Unterrichtungen nach Artikel 25 NV“ abrufbar ist, übersende ich mit der Bitte um Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
gez. Mutschall



**Niedersächsische  
Staatskanzlei**

Niedersächsische Staatskanzlei · Postfach 2 23 · 30002 Hannover

Frau Präsidentin  
des Niedersächsischen Landtages

**nur per Mail**

Bearbeitet von Herrn Weißer

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)

Durchwahl (05 11) 120 -  
6747

Hannover  
01.11.2021

## **Niedersächsische Corona-Verordnung; Unterrichtung des Niedersächsischen Landtages**

Sehr geehrte Frau Präsidentin,  
unter Bezugnahme auf Artikel 25 Abs. 1 Satz 2 der Niedersächsischen Verfassung übersende ich den

### **Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung,**

den die Staatskanzlei heute zur Verbandsbeteiligung freigegeben hat. Eine Lesefassung, in der die in dem Entwurf vorgesehenen Änderungen in die Verordnung eingebaut sind, ist zur Arbeitserleichterung beigelegt.

Es handelt sich um eine Verordnung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Federführend für die Abwicklung des Verordnungsgebungsverfahrens ist die Staatskanzlei.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrage

  
Jens-Martin Weißer



Dienstgebäude u.  
Paketanschrift  
Planckstraße 2  
30169 Hannover

Telefon  
(05 11) 1 20-0  
Telefax  
(05 11) 1 20-68 30

E-Mail  
Poststelle@stk.niedersachsen.de  
Internet  
www.stk.niedersachsen.de

Überweisungen an die Niedersächsische Staatskanzlei  
IBAN: DE75 2505 0000 0106 0352 64  
BIC: NOLADE2H

## **Entwurf**

### **zur Verbandsbeteiligung / Mitzeichnung**

## **Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung**

**Vom 9. November 2021**

Aufgrund des § 32 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Sätze 1 und 2 und § 28 a des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 8 Abs. 8 des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530), in Verbindung mit § 3 Nr. 1 der Subdelegationsverordnung vom 9. Dezember 2011 (Nds. GVBl. S. 487), zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2021 (Nds. GVBl. S. 32), wird verordnet:

### Artikel 1

Die Niedersächsische Corona-Verordnung vom 24. August 2021 (Nds. GVBl. S. 583), zuletzt geändert durch Verordnung vom 7. Oktober 2021 (Nds. GVBl. S. 693), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 8 Abs. 1 wird der folgende Satz 4 angefügt:

„<sup>4</sup>Die für die Duschen und Umkleiden nach Satz 3 Nr. 4 geltenden Beschränkungen gelten auch für die Nutzung durch Personen, die Sport unter freiem Himmel ausüben.“

2. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird gestrichen.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Warnstufe 3“ durch die Angabe „Warnstufe 2 oder 3“ ersetzt.

bb) Der bisherige Satz 2 wird durch die folgenden neuen Sätze 2 und 3 ersetzt:

„<sup>2</sup>In Bezug auf eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung in geschlossenen Räumen ist abweichend von Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 von der dort genannten Person entweder ein Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder ein Genesenenachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorzulegen, wobei Absatz 3 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 und Abs. 7 Satz 5 entsprechend anzuwenden sind und die Personen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten müssen und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen. <sup>3</sup>In Bezug auf eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung unter

freiem Himmel ist abweichend von Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 von den dort genannten Personen im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 3 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.“

cc) Die bisherigen Sätze 3 bis 5 werden Sätze 4 bis 6.

c) Absatz 8 erhält folgende Fassung:

„(8) Die Regelungen nach Absatz 2 und Absatz 6 Satz 3 gelten nicht für Wochenmärkte.“

3. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7 wird gestrichen.

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) Der bisherige Satz 1 wird durch die folgenden neuen Sätze 1 und 2 ersetzt:

„<sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 oder 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 3 Satz 1 Halbsatz 1 in Bezug auf eine Veranstaltung in geschlossenen Räumen von der Person entweder ein Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder ein Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorzulegen, wobei Absatz 4 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 und Abs. 7 Satz 5 entsprechend anzuwenden sind und die Personen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten müssen und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen. <sup>2</sup>In Bezug auf eine Veranstaltung unter freiem Himmel ist abweichend von Absatz 3 Satz 1 Halbsatz 1 von den dort genannten Personen im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 4 gilt entsprechend.“

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

c) Absatz 10 erhält folgende Fassung:

„(10) <sup>1</sup>Zulassungen für Veranstaltungen, die

1. vor dem 25. August 2021 nach § 6 c der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559),
2. vor dem 22. September 2021 nach den am 21. September 2021 geltenden Regelungen dieser Verordnung oder
3. nach dem 21. September 2021 nach den am 10. November 2021 geltenden Regelungen

dieser Verordnung

erteilt worden sind, gelten bis zu einem Widerruf fort. <sup>2</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die Anforderungen der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559), hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 nicht erfüllt werden. <sup>3</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die am 21. September 2021 geltenden Anforderungen dieser Verordnung hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 2 nicht erfüllt werden. <sup>4</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die am 10. November 2021 geltenden Anforderungen dieser Verordnung hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 3 nicht erfüllt werden.“

4. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Sätze 2 bis 4“ durch die Angabe „Sätze 2 und 3“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

cc) Der bisherige Satz 4 wird Satz 3.

b) In Absatz 6 Halbsatz 1 wird nach der Angabe „Warnstufe 2“ die Angabe „oder 3“ eingefügt.

c) Absatz 7 wird gestrichen.

5. Dem § 15 Abs. 4 wird der folgende Satz 4 angefügt:

„<sup>4</sup>Abweichend von Satz 2 darf die Mund-Nasen-Bedeckung von Kindern ab der Einschulung sowie von Beschäftigten der Kindertageseinrichtung und den sonstigen vom Träger hinzugezogenen Personen abgelegt werden, soweit und solange die pflichtige Person einen Sitzplatz eingenommen hat.“

6. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird gestrichen.

bb) Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden Sätze 3 bis 5.

b) In Absatz 5 wird das Datum „22. September 2021“ durch das Datum „XX. YYYYYYYYYY 2021“ ersetzt. (Datum wird vom MK kurzfristig mitgeteilt)

7. In § 23 Abs. 1 wird das Datum „10. November 2021“ durch das Datum „8. Dezember 2021“ ersetzt.



## Artikel 2

<sup>1</sup>Diese Verordnung tritt am 10. November 2021 in Kraft. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 tritt Artikel Nrn. 1 bis 6 am 11. November 2021 in Kraft.

Hannover, den 9. November 2021

### **Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**

Ministerin

**Begründung**

**Niedersächsische Verordnung  
über infektionspräventive Schutzmaßnahmen  
gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und dessen Varianten  
(Niedersächsische Corona-Verordnung)**

**Vom 24. August 2021**

(Nds. GVBl. S. 583)

*Geändert durch*

- *Verordnung vom 21. September 2021 (Nds. GVBl. S. 655)*
- *Verordnung vom 7. Oktober 2021 (Nds. GVBl. S. ...)*

Aufgrund des § 32 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Sätze 1 und 2 und § 28 a des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 27. Juli 2021 (BGBl. I S. 3274), in Verbindung mit § 3 Nr. 1 der Subdelegationsverordnung vom 9. Dezember 2011 (Nds. GVBl. S. 487), zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2021 (Nds. GVBl. S. 32), wird verordnet:

I n h a l t s ü b e r s i c h t

E r s t e r T e i l

**Allgemeine Vorschriften**

- § 1 Regelungsbereich, allgemeine Verhaltenspflichten
- § 2 Warnstufen
- § 3 Feststellung der Warnstufen
- § 4 Mund-Nasen-Bedeckung
- § 5 Hygienekonzept
- § 6 Datenerhebung und Dokumentation
- § 7 Testung

Z w e i t e r T e i l

**Besondere Vorschriften**

- § 8 Beschränkung des Zutritts zu Veranstaltungen bis zu 1 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und zu Einrichtungen und der Inanspruchnahme von Leistungen
- § 9 Gastronomiebetriebe sowie Mensen, Cafeterien und Kantinen
- § 10 Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen mit mehr als 1 000 bis zu 5 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern
- § 11 Großveranstaltungen
- § 11 a Messen
- § 11 b Herbstmärkte, Weihnachtsmärkte
- § 12 Diskotheken, Clubs, Shisha-Bars und ähnliche Einrichtungen
- § 13 Regelungen für die Beschäftigung von Personen in bestimmten Betrieben
- § 14 Kindertagespflege, Jugendfreizeiten
- § 15 Kindertageseinrichtungen
- § 16 Schulen
- § 17 Heime, unterstützende Wohnformen, Intensivpflege-Wohngemeinschaften, Einrichtungen der Tagespflege und Angebote zur Unterstützung im Alltag
- § 18 Werkstätten und Tagesförderstätten für behinderte Menschen sowie vergleichbare Angebote der Eingliederungshilfe
- § 19 Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- § 20 Wahlen

D r i t t e r T e i l

**Schlussbestimmungen**

- § 21 Weitergehende Regelungen und Anordnungen
- § 22 Ordnungswidrigkeiten
- § 23 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

## Erster Teil

### Allgemeine Vorschriften

#### § 1

##### Regelungsbereich, allgemeine Verhaltenspflichten

(1) <sup>1</sup>Diese Verordnung regelt für Niedersachsen notwendige Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 und zu dessen Eindämmung, soweit nicht aufgrund des § 28 c des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassener Verordnungen der Bundesregierung abweichende Regelungen getroffen sind. <sup>2</sup>Weitergehende Schutzmaßnahmen des Landes und der Kommunen auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes bleiben unberührt.

(2) <sup>1</sup>Personen und Gruppen sollen wenn möglich einen Abstand von mindestens 1,5 Metern zu anderen Personen einhalten. <sup>2</sup>Ferner werden eine ausreichende Hygiene und das Belüften geschlossener Räume empfohlen.

(3) Eine Veranstalterin, ein Veranstalter, eine Betreiberin oder ein Betreiber einer Einrichtung oder eines Betriebs kann unabhängig von den Warnstufen dieser Verordnung im Rahmen der Privatautonomie den Zutritt auf Personen einschließlich der dienstleistenden Personen beschränken, die einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen (2-G-Regelung).

#### § 2

##### Warnstufen

(1) Sind Regelungen zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 von Warnstufen abhängig, so bestimmen sich diese nach den Absätzen 2 bis 5.

(2) Eine Warnstufe wird nach Maßgabe des § 3 festgestellt, wenn der Leitindikator ‚Hospitalisierung‘ und mindestens ein weiterer Indikator die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Wertebereiche erreichen:

Indikatoren	Warnstufe 1	Warnstufe 2	Warnstufe 3
1. ‚Hospitalisierung‘ (landesweite 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz - Fälle je 100 000)	mehr als 6 bis höchstens 8	mehr als 8 bis höchstens 11	mehr als 11
2. ‚Neuinfizierte‘ (7-Tage-Inzidenz - Fälle je 100 000 - im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt)	mehr als 35 bis höchstens 100	mehr als 100 bis höchstens 200	mehr als 200
3. ‚Intensivbetten‘ (landesweiter Anteil der Belegung von Intensivbetten mit an COVID-19 Erkrankten an der Intensivbetten-Kapazität)	mehr als 5 bis höchstens 10 Prozent	mehr als 10 bis höchstens 20 Prozent	mehr als 20 Prozent.

(3) <sup>1</sup>Der Leitindikator ‚Hospitalisierung‘ bestimmt sich nach der landesweiten Zahl der Hospitalisierungsfälle mit COVID-19-Erkrankung je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den letzten sieben Tagen (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz). <sup>2</sup>Ein Hospitalisierungsfall ist jede in Bezug auf die COVID-19-Erkrankung in einem Krankenhaus aufgenommene Person. <sup>3</sup>Die Fallzahl wird mittels der Sonderlage des Interdisziplinären Versorgungsnachweises IVENA eHealth bestimmt.

(4) <sup>1</sup>Der Indikator ‚Neuinfizierte‘ richtet sich für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt nach der Zahl der Neuinfizierten im Verhältnis zur Bevölkerung je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner kumulativ in den letzten sieben Tagen (7-Tage-Inzidenz). <sup>2</sup>Dabei sind die vom Robert Koch-Institut im Internet unter <https://www.rki.de/inzidenzen> für die betreffenden Kommunen veröffentlichten Zahlen zugrunde zu legen.

(5) <sup>1</sup>Der Indikator „Intensivbetten“ bestimmt sich nach dem landesweiten prozentualen Anteil der mit COVID-19-Erkrankten belegten Intensivbetten an der Intensivbettenkapazität. <sup>2</sup>Die Intensivbettenkapazität beträgt 2 424 Betten. <sup>3</sup>Die Anzahl der belegten Intensivbetten wird mittels der Sonderlage des Interdisziplinären Versorgungsnachweises IVENA eHealth bestimmt.

(6) Das für Gesundheit zuständige Ministerium veröffentlicht die aktuellen Werte der Leitindikatoren „Hospitalisierung“ und „Intensivbetten“ täglich auf der Internetseite [https://www.niedersachsen.de/Coronavirus/aktuelle\\_lage\\_in\\_niedersachsen/niedersachsen-und-corona-aktuelle-leitindikatoren-203487.html](https://www.niedersachsen.de/Coronavirus/aktuelle_lage_in_niedersachsen/niedersachsen-und-corona-aktuelle-leitindikatoren-203487.html).

#### § 3

##### Feststellung der Warnstufen

(1) <sup>1</sup>Erreichen der Leitindikator ‚Hospitalisierung‘ und der Indikator ‚Intensivbetten‘ an fünf aufeinander folgenden Werktagen, wobei Sonn- und Feiertage nicht die Zählung der Werktage unterbrechen, (Fünftagesabschnitt) jeweils mindestens den in dieser Verordnung festgelegten Wertebereich, so stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium durch öffentlich bekannt zu gebende Allgemeinverfügung den Zeitpunkt fest, ab dem die jeweilige landesweite Warnstufe in Niedersachsen gilt; die jeweilige Warnstufe gilt ab dem übernächsten Tag nach dem Ablauf des Fünftagesabschnitts nach Halbsatz 1. <sup>2</sup>Die Bekanntgabe der Allgemeinverfügung erfolgt unverzüglich, nachdem aufgrund der Veröffentlichungen nach § 2 Abs. 6 erkennbar wurde, dass die jeweiligen Wertebereiche erreicht sind.

(2) <sup>1</sup>Erreichen in Bezug auf einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt der Leitindikator ‚Hospitalisierung‘ und der Indikator ‚Neuinfizierte‘ in einem Fünftagesabschnitt jeweils mindestens den in dieser Verordnung festgelegten Wertebereich, so stellt der Landkreis oder die kreisfreie Stadt durch öffentlich bekannt zu gebende Allgemeinverfügung den Zeitpunkt fest, ab dem die jeweilige regionale Warnstufe in seinem oder ihrem Gebiet gilt; die jeweilige Warnstufe gilt ab dem übernächsten Tag nach dem Ablauf des Fünftagesabschnitts nach Halbsatz 1. <sup>2</sup>Die Bekanntgabe der Allgemeinverfügung erfolgt unverzüglich, nachdem aufgrund der nach § 2 Abs. 4 Satz 2 vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Zahlen und der Veröffentlichungen nach § 2 Abs. 6 erkennbar wurde, dass die jeweiligen Wertebereiche erreicht sind. <sup>3</sup>Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt darf von der Feststellung der Warnstufe 1 nach Satz 1 absehen, solange das Erreichen des für die Feststellung maßgeblichen Wertebereichs auf einem Infektionsgeschehen beruht, das mit hinreichender Sicherheit einem bestimmten räumlich abgrenzbaren Bereich zugeordnet werden kann, und deshalb die Gefahr einer nicht mehr kontrollierbaren Verbreitung des Corona-Virus SARS-CoV-2 nicht besteht.

(3) <sup>1</sup>Erreicht einer der beiden Indikatoren ‚Hospitalisierung‘ und ‚Intensivbetten‘ in einem Fünftagesabschnitt den in dieser Verordnung festgelegten Wertebereich nicht mehr, so stellt das für Gesundheit zuständige Ministerium durch öffentlich bekannt zu gebende Allgemeinverfügung den Zeitpunkt fest, ab dem die jeweilige landesweite Warnstufe in Niedersachsen nicht mehr gilt; die jeweilige Warnstufe gilt ab dem übernächsten Tag nach dem Ablauf des Fünftagesabschnitts nach Halbsatz 1 nicht mehr. <sup>2</sup>Die Bekanntgabe der Allgemeinverfügung erfolgt unverzüglich, nachdem aufgrund der Veröffentlichungen nach § 2 Abs. 6 erkennbar wurde, dass die jeweiligen Wertebereiche nicht mehr erreicht sind.

(4) <sup>1</sup>Erreicht in Bezug auf einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt einer der beiden Indikatoren ‚Hospitalisierung‘ und ‚Neuinfizierte‘ in einem Fünftagesabschnitt den in dieser Verordnung festgelegten Wertebereich nicht mehr, so stellt der Landkreis oder die kreisfreie Stadt durch öffentlich bekannt zu gebende Allgemeinverfügung den Zeitpunkt fest, ab dem die jeweilige regionale Warnstufe in seinem oder ihrem Gebiet nicht mehr gilt; die jeweilige Warnstufe gilt ab dem übernächsten Tag nach dem Ablauf des Fünftagesabschnitts nach Halbsatz 1 nicht mehr. <sup>3</sup>Die Bekanntgabe der Allgemeinverfügung erfolgt unverzüglich, nachdem aufgrund der nach § 2 Abs. 4 Satz 2 vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Zahlen und der Veröffentlichungen nach § 2 Abs. 6 erkennbar wurde, dass die jeweiligen Wertebereiche nicht mehr erreicht sind.

#### § 4

##### Mund-Nasen-Bedeckung

(1) <sup>1</sup>Jede Person hat in geschlossenen Räumen, die öffentlich oder im Rahmen eines Besuchs- oder Kundenverkehrs zugänglich sind, eine medizinische Maske als Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. <sup>2</sup>Dies gilt auch für Personen, die

1. an einer privaten Veranstaltung in geschlossenen Räumen teilnehmen, wenn die Teilnehmerzahl 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zuzüglich Personen, die nach § 8 Abs. 4 Satz 1 einen Impfnachweis, einen Genesenennachweis oder einen Nachweis über eine negative Testung vorlegen, Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, übersteigt, unabhängig vom Veranstaltungsort,
2. Verkehrsmittel des Personenverkehrs oder die dazugehörigen Einrichtungen in geschlossenen Räumen, wie zum Beispiel an Haltestellen, Bahnhöfen, Flughäfen und Fähranlegern, nutzen, wobei Fahrzeugführerinnen und Fahrzeugführer ausgenommen sind,
3. als Fahrgäste an touristischen Bus-, Schiffs- und Kutschfahrten teilnehmen, es sei denn, dass alle Fahrgäste nach § 8 Abs. 4 Satz 1 einen Impfnachweis, einen Genesenennachweis oder einen Nachweis über eine negative Testung vorlegen,
4. an einer Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung im Sinne des § 8 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1, des § 10, 11 oder 11 a, in geschlossenen Räumen teilnehmen,
5. am Unterricht oder an einer Prüfung in einem Fahrzeug im Rahmen einer Fahrausbildung oder Fahrlehrerausbildung teilnehmen,
6. Tätigkeiten und Dienstleistungen ausüben, die den Abstand nach § 1 Abs. 2 Satz 1 naturgemäß unterschreiten, insbesondere im Rahmen der Gesundheitsversorgung, der Pflege von Personen oder des Handels.

<sup>3</sup>Atemschutzmasken mit Ausatemventil sind nicht zulässig. <sup>4</sup>Kinder zwischen dem vollendeten 6. Lebensjahr und dem vollendeten 14. Lebensjahr dürfen anstelle einer medizinischen Maske eine beliebige andere geeignete textile oder textilähnliche Barriere, die aufgrund ihrer Beschaffenheit eine Ausbreitung von übertragungsfähigen Tröpfchenpartikeln durch Husten, Niesen und Aussprache verringert, unabhängig von einer Kennzeichnung oder zertifizierten Schutzkategorie, als Mund-Nasen-Bedeckung im Sinne des Satzes 1 tragen.

(1 a) <sup>1</sup>Im Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt, für den oder die die Warnstufe 3 gilt, haben Personen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr, die Verkehrsmittel des Personenverkehrs oder die dazugehörigen Einrichtungen in geschlossenen Räumen, wie zum Beispiel an Haltestellen, Bahnhöfen, Flughäfen und Fähranlegern, nutzen, abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; Fahrzeugführerinnen und Fahrzeugführer sind von der Pflicht nach Halbsatz 1 ausgenommen. <sup>2</sup>Satz 1 ist nicht anzuwenden für die Nutzung von Verkehrsmitteln des Personenverkehrs, die im Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt beginnen, für den oder die keine oder eine niedrigere Warnstufe als die Warnstufe 3 gilt.

(2) <sup>1</sup>Die Landkreise und kreisfreien Städte können durch öffentlich bekannt zu gebende Allgemeinverfügung für bestimmte Örtlichkeiten, die in der Öffentlichkeit unter freiem Himmel liegen und an denen sich Menschen entweder auf engem Raum oder nicht nur vorübergehend aufhalten, festlegen, dass an diesen eine Mund-Nasen-Bedeckung nach Absatz 1 zu tragen ist; dabei können auch Dauer oder Zeitraum dieser Pflicht festgelegt werden. <sup>2</sup>Die Landkreise und kreisfreien Städte, für die die Warnstufe 3 gilt, sollen von der Befugnis nach Satz 1 Gebrauch machen.

(3) Die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nach Absatz 1 gilt nicht

1. in Bezug auf ausschließlich der privaten Nutzung dienende Räumlichkeiten der pflichtigen Person sowie in Bezug auf privat oder beruflich genutzte Kraftfahrzeuge, soweit Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 nicht etwas anderes regelt,
2. für die Teilnahme an einer privaten Veranstaltung mit höchstens 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zuzüglich Personen, die

nach § 8 Abs. 4 Satz 1 einen Impfnachweis, einen Genesenennachweis oder einen Nachweis über eine negative Testung vorlegen, Kindern sowie Schülerinnen und Schülern gemäß § 8 Abs. 6, unabhängig vom Veranstaltungsort,

3. im Zusammenhang mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit oder im Zusammenhang mit einer Tätigkeit zur Gefahrenabwehr, einschließlich der entsprechenden Fortbildung, es sei denn, dass die Tätigkeit Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 unterfällt, in den in § 8 Abs. 1 Satz 3 Nrn. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie in § 9 genannten Betrieben und Einrichtungen erfolgt oder eine Dienstleistung bei einer Veranstaltung nach § 10 Abs. 2 oder § 11 Abs. 3, auch in Verbindung mit § 11 a Abs. 1 Satz 4, darstellt,
4. im Zusammenhang mit der Wahrnehmung eines politischen Mandats sowie bei Kontakten im Wahlkampf oder bei der Wahlwerbung für Personen, die sich im Rahmen einer öffentlichen Wahl um ein politisches Mandat oder Amt bewerben,
5. bei Veranstaltungen und Sitzungen des Niedersächsischen Landtags, seiner Gremien und Fraktionen und von kommunalen Vertretungen, deren Gremien und Fraktionen, wobei das Hausrecht und die Ordnungsgewalt der Präsidentin oder des Präsidenten des Niedersächsischen Landtages unberührt bleiben,
6. im Rahmen von Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe insbesondere bei der Sozialen Gruppenarbeit nach § 29 des Achten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VIII) sowie bei der Erziehung in einer Tagesgruppe nach § 32 SGB VIII,
7. im Rahmen von Angeboten der Jugendarbeit nach § 11 SGB VIII, der Jugendsozialarbeit nach § 13 SGB VIII und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII,
8. bei sportlicher Betätigung und im Rahmen der Nutzung eines Schwimmbads,
9. im Rahmen des Betriebs einer Musikschule, wenn die musikalische Aktivität, zum Beispiel das Spielen eines Blasinstruments oder die Gesangsausbildung, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung ausschließt,
10. im Rahmen einer logopädischen Behandlung und während der Bestrahlung in einem Solarium,
11. bei der Entgegennahme einer körpernahen Dienstleistung, bei der das Gesicht unbedeckt bleiben muss,
12. wenn Regelungen und Maßnahmen gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 dies ermöglichen.

(4) Abweichend von Absatz 1 darf die pflichtige Person während einer Veranstaltung, an der die Besucherinnen und Besucher sitzend teilnehmen, oder beim Besuch eines Gastronomiebetriebs, einer Spielhalle, einer Spielbank, einer Diskothek, eines Clubs oder einer ähnlichen Einrichtung, auch einer Einrichtung, in der Shisha-Pfeifen zum Konsum angeboten werden, die Mund-Nasen-Bedeckung abnehmen, soweit und solange sie einen Sitzplatz eingenommen hat.

(5) Personen, für die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung oder einer Vorerkrankung, zum Beispiel einer schweren Herz- oder Lungenerkrankung, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nicht zumutbar ist und die dies durch ein ärztliches Attest oder eine vergleichbare amtliche Bescheinigung glaubhaft machen können, und Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sind von den Verpflichtungen nach den Absätzen 1, 2 und 4 ausgenommen.

(6) <sup>1</sup>Die Betreiberinnen, Betreiber und verantwortlichen Personen haben in Bezug auf die von ihnen zu verantwortenden Bereiche im Sinne des Absatzes 1 auf die Pflicht, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, hinzuweisen und auf die Einhaltung dieser Pflichten hinzuwirken. <sup>2</sup>Die Betreiberinnen und Betreiber von Verkehrsmitteln des Personenverkehrs sind insbesondere verpflichtet, auf die Pflicht, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, durch Aushang sowie zusätzlich mit Durchsagen hinzuweisen und für deren Einhaltung zu werben. <sup>3</sup>Sie sollen innerbetrieblich sicherstellen, dass Personen ohne Mund-Nasen-Bedeckung im Rahmen der Kontrolltätigkeiten beim Verdacht eines Verstoßes gegen Absatz 1 im Einzelfall persönlich angesprochen, angemessen zur Einhaltung ermahnt und bei Bedarf erforderliche Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

## § 5

### Hygienekonzept

(1) Der Betrieb einer öffentlich zugänglichen Einrichtung mit Kunden- oder Besucherverkehr jeglicher Art sowie die Durchführung einer Veranstaltung oder Versammlung setzen ein Hygienekonzept nach den Vorgaben des Absatzes 2 voraus; ausgenommen sind

1. private Veranstaltungen mit höchstens 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zuzüglich Personen, die entsprechend § 8 Abs. 4 Satz 1 einen Impfnachweis, einen Genesenennachweis oder einen Nachweis über eine negative Testung vorlegen, Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und
2. wegen des Hausrechts und der Ordnungsgewalt der Präsidentin oder des Präsidenten des Niedersächsischen Landtags der Niedersächsische Landtag, seine Gremien und Fraktionen.

(2) <sup>1</sup>In dem Hygienekonzept im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorzusehen, die

1. die Zahl von Personen auf der Grundlage der jeweiligen räumlichen Kapazitäten begrenzen und steuern,
2. der Wahrung der Abstände nach § 1 Abs. 2 Satz 1 dienen, auch durch entsprechende Hinweise,
3. das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen in Situationen, in denen einander unbekannte Personen nicht einen Mindestabstand von 1,5 Meter einhalten können, regeln,
4. Personenströme einschließlich Zu- und Abfahrten steuern und der Vermeidung von Warteschlangen dienen,
5. die Nutzung sanitärer Anlagen regeln,
6. das Reinigen von Oberflächen und Gegenständen, die häufig von Personen berührt werden, und von Sanitäranlagen sicherstellen und
7. sicherstellen, dass Räume möglichst durch die Zufuhr von Frischluft gelüftet werden.

<sup>2</sup>Das Hygienekonzept nach Satz 1 kann Regelungen und Maßnahmen enthalten, die den Verzicht auf eine Mund-Nasen-Bedeckung ermöglichen, zum Beispiel durch die Verwendung geeigneter physischer Barrieren aus Glas oder Plexiglas. <sup>3</sup>Die oder der jeweils Verpflichtete hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die Einhaltung des Hygienekonzepts zu gewährleisten. <sup>4</sup>In den Fällen der Veranstaltungen nach den §§ 10, 11 und 11 a sowie beim Betrieb von Diskotheken, Clubs und ähnlichen Einrichtungen sowie von Einrichtungen, in denen Shisha-Pfeifen zum Konsum angeboten werden, nach § 12 hat die oder der Verpflichtete unaufgefordert, im Übrigen auf Verlangen der zuständigen Behörde, das Hygienekonzept vorzulegen. <sup>5</sup>Auf Verlangen der zuständigen Behörde hat die oder der Verpflichtete über dessen Umsetzung Auskunft zu erteilen. <sup>6</sup>Darüber hinausgehende Pflichten zur Aufstellung von Hygieneplänen nach dem Infektionsschutzgesetz oder anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 sollen die Betreiberinnen und Betreiber des öffentlichen Personenverkehrs ein den besonderen Anforderungen des öffentlichen Personenverkehrs entsprechendes Hygienekonzept erstellen.

(4) Abweichend von Absatz 1 ist für Versammlungen unter freiem Himmel nach Artikel 8 des Grundgesetzes ein Hygienekonzept nur zu erstellen, wenn die Versammlungsbehörde dies aufgrund der Umstände der Versammlung, insbesondere der Anzahl der Teilnehmenden und der örtlichen Gegebenheiten, zum Schutz vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus SARS-CoV 2 verlangt.

## § 6

### Datenerhebung und Dokumentation

(1) <sup>1</sup>Im Rahmen des Zutritts oder der Nutzung einer Einrichtung oder der Teilnahme oder des Besuchs einer Veranstaltung hat

1. die Dienstleisterin oder der Dienstleister, die oder der eine Dienstleistung mit unmittelbarem Körperkontakt zu einer Kundin oder einem Kunden erbringt,
2. die Betreiberin oder der Betreiber einer Fahrschule, Fahrlehrerausbildungsstätte, Flugschule, einer anerkannten Aus- und Weiterbildungsstätte nach dem Berufskraftfahrer-Qualifikations-Gesetz oder einer Aus- und Weiterbildungsstätte für Triebwagenführer und anderes Personal im Bereich der Eisen- und Straßenbahnen oder einer ähnlichen Einrichtung,
3. die Betreiberin oder der Betreiber
  - a) eines Beherbergungsbetriebs,
  - b) eines Gastronomiebetriebs oder
  - c) einer Diskothek, eines Clubs oder einer ähnlichen Einrichtung, auch einer Einrichtung, in der Shisha-Pfeifen zum Konsum angeboten werden, im Sinne des § 12,
4. die Betreiberin oder der Betreiber einer Volkshochschule oder einer sonstigen öffentlichen oder privaten Bildungseinrichtung im außerschulischen Bereich, wie zum Beispiel in der Erwachsenenbildung, Familienbildung, Jugendbildung oder beruflichen Aus-, Fort- oder Weiterbildung, oder einer Musikschule,
5. die Anbieterin oder der Anbieter von außerschulischer Lernförderung,
6. die anbietende Stelle in Bezug auf den Besuch und die Inanspruchnahme eines gruppenbezogenen, nicht stationären, offenen Angebots der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere nach den §§ 11 und 13 SGB VIII,
7. die Leitung eines Krankenhauses, einer Vorsorgeeinrichtung oder einer Rehabilitationseinrichtung,
8. jede Person, die einen Test nach § 7 Abs. 1 Sätze 3 bis 5 beaufsichtigt oder durchführt,
9. die Betreiberin oder der Betreiber einer Spielbank, einer Spielhalle oder einer Wettannahmestelle,
10. die Veranstalterin oder der Veranstalter einer Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung mit mehr als 25 bis zu 1 000 gleichzeitig anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern in geschlossenen Räumen oder einer Veranstaltung nach § 10 oder 11, wobei Wochenmärkte und Versammlungen nach Artikel 8 des Grundgesetzes ausgenommen sind,
11. die Veranstalterin oder der Veranstalter einer Messe nach § 11 a,
12. die Unternehmerin oder der Unternehmer einer touristischen Busreise,
13. die Betreiberin oder der Betreiber einer Sauna, Therme oder Schwimmbhalle

personenbezogene Daten der besuchenden oder teilnehmenden Personen zu erheben und bei begründeten Zweifeln auf Plausibilität zu überprüfen, zum Beispiel durch Vorlage eines Personalausweises. <sup>2</sup>Nach Satz 1 sind der Familienname, der Vorname, die vollständige Anschrift und eine Telefonnummer (Kontaktdaten) der jeweiligen Person sowie das Erhebungsdatum und die Erhebungsurzeit zu dokumentieren; bei dienstlichen Tätigkeiten genügen die dienstlichen Kontaktdaten der jeweiligen Person. <sup>3</sup>Die Kontaktdaten sind für die Dauer von drei Wochen nach der Erhebung aufzubewahren. <sup>4</sup>Es ist zu gewährleisten, dass unbefugte Dritte von den erhobenen Kontaktdaten keine Kenntnis erlangen. <sup>5</sup>Die Dokumentation ist dem zuständigen Gesundheitsamt auf Verlangen zu übermitteln. <sup>6</sup>Die Verwendung der Dokumentation ist auf die Vorlage auf Anforderung an das zuständige Gesundheitsamt beschränkt. <sup>7</sup>Spätestens vier Wochen nach der Erhebung sind die Kontaktdaten zu löschen. <sup>8</sup>Die Kontaktdatenerhebung soll elektronisch erfolgen und kann im Einzelfall in Papierform erfolgen, wenn eine elektronische Kontaktdatenerhebung nicht möglich ist; die Verpflichtungen nach den Sätzen 2, 3, 5 und 7 entfallen, wenn die Nutzung einer Anwendungssoftware zur Verfügung gestellt wird, mittels der Kontaktdaten, Erhebungsdatum und -urzeit sowie Aufenthaltsdauer erfasst werden können und die Software für einen Zeitraum von vier Wochen eine Übermittlung an das zuständige Gesundheitsamt ermöglicht.

(2) <sup>1</sup>Das zuständige Gesundheitsamt ist berechtigt, die erhobenen Kontaktdaten nach Absatz 1 Satz 5 oder Absatz 1 Satz 8 Halbsatz 2 anzufordern, damit eine etwaige Infektionskette nachverfolgt werden kann. <sup>2</sup>Die nach Satz 1 angeforderten Kontaktdaten dürfen von dem zuständigen Gesundheitsamt nicht weitergegeben und nicht zu anderen Zwecken als der Nachverfolgung von Infektionsketten verwendet werden. <sup>3</sup>Die nach Satz 1 angeforderten Kontaktdaten sind vom zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich zu löschen, sobald diese für die Nachverfolgung von Infektionsketten nicht mehr benötigt werden.

(3) <sup>1</sup>Soweit gegenüber der oder dem zur Erhebung Verpflichteten Kontaktdaten angegeben werden, ist die besuchende oder teilnehmende Person zur vollständigen und wahrheitsgemäßen Angabe verpflichtet. <sup>2</sup>Verweigert die besuchende oder teilnehmende Person die Kontaktdatenerhebung oder verweigert sie im Fall des Absatzes 1 Satz 8 die Zustimmung zur Datenweitergabe, insbesondere auch im Fall eines positiven Testergebnisses, oder erfüllt sie ihre Pflicht nach Satz 1 nicht, so darf ein Zutritt zu der jeweiligen Einrichtung oder Veranstaltung nicht gewährt werden.

(4) <sup>1</sup>Behörden, Gerichte und Stellen, die Aufgaben im öffentlichen Interesse erfüllen oder in Ausübung öffentlicher Gewalt handeln, können im Rahmen des Zutritts zu den jeweiligen Gebäuden oder Räumlichkeiten ebenfalls Kontaktdaten nach Absatz 1 Satz 2 erheben; Absatz 1 Sätze 3 bis 8, Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 gelten entsprechend. <sup>2</sup>Wird die Angabe der Kontaktdaten verweigert oder werden die Kontaktdaten nicht entsprechend Absatz 3 Satz 1 angegeben, so kann ein Zutritt zu den jeweiligen Gebäuden und Räumlichkeiten verweigert werden.

## § 7

### Testung

(1) <sup>1</sup>In den in dieser Verordnung bestimmten Fällen, in denen auf diese Vorschrift Bezug genommen wird, muss der dort vorgesehene Test auf das Vorliegen des Corona-Virus SARS-CoV-2 durchgeführt werden durch

1. eine molekularbiologische Untersuchung mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR-Testung), deren Testungsergebnis dann bis 48 Stunden nach der Testung gültig ist,
2. einen PoC-Antigen-Test zur patientennahen Durchführung, der die Anforderungen nach § 1 Abs. 1 Satz 5 der Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 24. Juni 2021 (BAnz AT 25.06.2021 V1), geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 18. August 2021 (BAnz AT 19.08.2021 V1), erfüllt, dessen Testungsergebnis dann bis 24 Stunden nach der Testung gültig ist, oder
3. einen Test zur Eigenanwendung (Selbsttest), der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen und auf der Website [https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html) gelistet ist, dessen Testungsergebnis dann bis 24 Stunden nach der Testung gültig ist.

<sup>2</sup>Die Testung muss vor dem Betreten der Einrichtung, des Betriebs oder Veranstaltungsorts durch die Besucherin oder den Besucher durchgeführt werden. <sup>3</sup>Eine Testung nach Satz 1 Nr. 2 oder 3 muss

1. vor Ort unter Aufsicht der- oder desjenigen stattfinden, die oder der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist,
2. unter Aufsicht einer anderen Person stattfinden, die einer Schutzmaßnahme nach dieser Verordnung unterworfen ist,
3. im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, erfolgen oder
4. von einem Leistungserbringer nach § 6 Abs. 1 TestV vorgenommen oder überwacht werden.

<sup>4</sup>Im Fall einer Testung mittels eines Tests nach Satz 1 Nr. 1 oder 2 muss die Testung durch eine dafür geschulte Person durchgeführt werden. <sup>5</sup>Im Fall eines Selbsttests nach Satz 1 Nr. 3 ist der Test von der Besucherin oder dem Besucher unter Aufsicht der oder des der Schutzmaßnahme Unterworfenen oder einer von ihr oder ihm beauftragten Person oder der Person nach Satz 3 Nr. 3 durchzuführen.

(2) <sup>1</sup>Die Person, die den Test gemäß Absatz 1 Satz 4 durchgeführt oder gemäß Absatz 1 Satz 5 beaufsichtigt hat, hat der Besucherin oder dem Besucher auf Verlangen das Ergebnis und den Zeitpunkt der Testung zu bescheinigen. <sup>2</sup>Die Bescheinigung muss Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse der getesteten Person, Name und Hersteller des Tests, Testdatum und Testuhrzeit, Name und Firma der beaufsichtigenden Person sowie Testart und Testergebnis enthalten.

(3) Der Nachweis über eine negative Testung kann auch erbracht werden, indem die Besucherin oder der Besucher vor dem Betreten der Einrichtung, des Betriebs oder Veranstaltungsorts

1. eine Bestätigung über eine Testung mit negativem Testergebnis gemäß Absatz 2 oder im Fall einer Testung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 eine Bestätigung über eine Testung mit negativem Testergebnis durch die testausführende Stelle oder
2. einen Nachweis gemäß § 2 Nr. 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV) vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1)

vorlegt.

(4) <sup>1</sup>Ergibt eine Testung nach Absatz 1 das Vorliegen des Corona-Virus SARS-CoV-2, so hat die Betreiberin, der Betreiber, die Veranstalterin oder der Veranstalter der Besucherin oder dem Besucher den Zutritt zu verweigern und sofort das örtlich zuständige Gesundheitsamt über das Ergebnis der Testung zu informieren und dabei die Kontaktdaten der Besucherin oder des Besuchers im Sinne des § 6 Abs. 1 Satz 2 mitzuteilen. <sup>2</sup>Die Übermittlung des Ergebnisses der Testung kann auch mittels der Anwendungssoftware nach § 6 Abs. 1 Satz 8 erfolgen; in diesem Fall darf die Besucherin oder der Besucher die Zustimmung zur Übermittlung nicht verweigern. <sup>3</sup>§ 6 Abs. 1 Sätze 3, 4, 6 und 7 sowie § 6 Abs. 3 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden.

## Zweiter Teil

### Besondere Vorschriften

## § 8

### Beschränkung des Zutritts zu Veranstaltungen bis zu 1 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und zu Einrichtungen und der Inanspruchnahme von Leistungen

(1) <sup>1</sup>Wenn mindestens die Warnstufe 1 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist der Zutritt zu den in Satz 3 genannten Einrichtungen und die Inanspruchnahme der dort genannten Leistungen auf geimpfte, genesene und getestete Personen

beschränkt (3-G-Regelung). <sup>2</sup>Das Gleiche gilt, wenn in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, ohne dass eine Warnstufe festgestellt ist, der Indikator ‚Neuinfizierte‘ gemäß § 2 Abs. 4 mehr als 50 beträgt; der Landkreis oder die kreisfreie Stadt hat in entsprechender Anwendung des § 3 die Voraussetzungen des Halbsatzes 1 festzustellen. <sup>3</sup>Die Beschränkung gilt für

1. die Teilnahme an einer Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung in geschlossenen Räumen mit mehr als 25 bis zu 1 000 gleichzeitig anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern,
2. die Nutzung einer Beherbergungsstätte,
3. die Entgegennahme einer Dienstleistung eines Betriebs der körpernahen Dienstleistungen mit Ausnahme von medizinisch notwendigen körpernahen Dienstleistungen,
4. die Nutzung von Sportanlagen in geschlossenen Räumen, einschließlich Fitnessstudios, Kletterhallen, Schwimmhallen und ähnlichen Einrichtungen wie Spaßbädern, Thermen und Saunen sowie der jeweiligen Duschen und Umkleiden.

**<sup>4</sup>Die für die Duschen und Umkleiden nach Satz 3 Nr. 4 geltenden Beschränkungen gelten auch für die Nutzung durch Personen, die Sport unter freiem Himmel ausüben.**

(1 a) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 oder 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann gilt die Beschränkung auf geimpfte, genesene und getestete Personen auch für den Zutritt zu den unter freiem Himmel liegenden Teilen der in Absatz 1 Satz 3 genannten Einrichtungen und die Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen unter freiem Himmel.

(2) <sup>1</sup>Die Vorschriften über Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 gelten auch für die Nutzung aller in Theatern, Kinos und ähnlichen Kultureinrichtungen, in Spielhallen, Spielbanken und Wettannahmestellen sowie in Zoos, botanischen Gärten und Freizeitparks für den Benutzerverkehr zugänglichen geschlossenen Räume, wobei sanitäre Anlagen ausgenommen sind; Absatz 1 a gilt entsprechend. <sup>2</sup>Für die Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen in Einrichtungen nach Satz 1 gilt § 10 Abs. 4 entsprechend.

(3) Die Vorschriften über Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 1, auch in Verbindung mit Absatz 1 a, gelten nicht

1. für Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen, die durch Rechtsvorschriften vorgeschrieben sind,
2. für religiöse Veranstaltungen,
3. im Zusammenhang mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit oder im Zusammenhang mit einer Tätigkeit zur Gefahrenabwehr, einschließlich der entsprechenden Fortbildung, es sei denn, dass die Tätigkeit in den in Absatz 1 Satz 3 Nrn. 2 bis 4 und § 9 genannten Betrieben und Einrichtungen oder in geschlossenen Räumen der in Absatz 2 genannten Betriebe und Einrichtungen erfolgt oder eine Dienstleistung bei einer Veranstaltung nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 darstellt,
4. im Bereich der beruflichen Aus-, Fort- oder Weiterbildung,
5. bei Veranstaltungen und Sitzungen des Niedersächsischen Landtags, seiner Gremien und Fraktionen, wobei das Hausrecht und die Ordnungsgewalt der Präsidentin oder des Präsidenten des Niedersächsischen Landtages unberührt bleiben,
6. bei Veranstaltungen und Sitzungen von kommunalen Vertretungen, deren Gremien und Fraktionen,
7. für Versammlungen nach Artikel 8 des Grundgesetzes.

(4) <sup>1</sup>Eine Person, die den Zugang oder die Nutzung einer in Absatz 1 Satz 3 genannten Einrichtung oder die Inanspruchnahme einer dort genannten Leistung beabsichtigt, hat bei Betreten einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV, einen Genesenenachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV oder einen Nachweis über eine negative Testung nach § 7 vorzulegen. <sup>2</sup>Die Veranstalterin, der Veranstalter oder die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung, hat den Nachweis aktiv einzufordern. <sup>3</sup>Wird ein solcher Nachweis nicht vorgelegt, so hat die Veranstalterin, der Veranstalter, die Betreiberin oder der Betreiber der Person den Zutritt zu verweigern. <sup>4</sup>Eine Person, der im Fall des Absatzes 1 Satz 3 Nr. 2 die Nutzung einer Beherbergungsstätte aufgrund eines bei Anreise erbrachten Nachweises über eine negative Testung gestattet ist, hat darüber hinaus während der Nutzung der Beherbergungsstätte mindestens zwei Tests in jeder Woche der Nutzungsdauer durchzuführen. <sup>5</sup>Erfüllt sie diese Pflicht nicht, so ist das Nutzungsverhältnis sofort zu beenden.

(4 a) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 4 Satz 1 von der dort genannten Person im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 4 Sätze 2 und 3 ist anzuwenden. <sup>2</sup>Die in Absatz 4 Satz 1 genannten Personen haben abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 4 eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; im Übrigen bleiben die Regelungen nach § 4 anwendbar.

(5) <sup>1</sup>Die Betreiberin oder der Betreiber eines Betriebs oder einer Einrichtung, der oder die einer Beschränkung nach Absatz 1 Satz 3 Nrn. 1 bis 4 unterliegt, ist verpflichtet, die dort dienstleistenden Personen nach einem Testkonzept mindestens zweimal in der Woche auf das Vorliegen des Corona-Virus SARS-CoV-2 zu testen, wenn diese Personen keinen Impfnachweis oder Genesenenachweis nach Absatz 4 Satz 1 vorlegen. <sup>2</sup>Das Testkonzept nach Satz 1 ist auf Verlangen der zuständigen Behörde vorzulegen.

(6) <sup>1</sup>Die Regelungen der Absätze 1 bis 5 gelten nicht für Kinder, Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Personen, die ein ärztliches Attest vorlegen, dass sie sich aufgrund medizinischer Kontraindikation oder der Teilnahme an einer klinischen Studie nicht impfen lassen dürfen. <sup>2</sup>Personen mit medizinischer Kontraindikation und Personen in klinischen Studien, die sich nicht impfen lassen dürfen, müssen allerdings den Nachweis eines negativen Tests nach § 7 führen; in den Fällen, in denen der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 verlangt wird, genügt für diese Personen der Nachweis eines negativen Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3.

(7) <sup>1</sup>Unabhängig vom Bestehen einer Warnstufe kann die Veranstalterin, der Veranstalter oder die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung den Zutritt auf Personen einschließlich der dienstleistenden Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenenachweis nach Absatz 4 Satz 1 vorlegen, beschränken (2-G-Regelung). <sup>2</sup>Dann müssen die Personen einschließlich der dienstleistenden



Personen abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen und abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten; Absatz 4 Sätze 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden. <sup>3</sup>Kinder, Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Personen, die ein ärztliches Attest vorlegen, dass sie sich aufgrund medizinischer Kontraindikation oder der Teilnahme an einer klinischen Studie nicht impfen lassen dürfen, brauchen auch dann keinen Abstand einzuhalten und keine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, wenn sie einen Nachweis nach Satz 1 nicht vorlegen können. <sup>4</sup>Personen mit medizinischer Kontraindikation und Personen in klinischen Studien, die sich nicht impfen lassen dürfen, müssen allerdings den Nachweis eines negativen Tests nach § 7 führen; in den Fällen, in denen der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 verlangt wird, genügt für diese Personen der Nachweis eines negativen Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3. <sup>5</sup>Dienstleistende Personen, die keinen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach Absatz 4 Satz 1 vorlegen, dürfen nur dann in den Einrichtungen, in denen die 2-G-Regelung gilt, tätig sein, wenn sie täglich den Nachweis eines negativen PoC-Antigen-Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 führen; sie müssen eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus tragen, wenn sie nach Art ihrer Tätigkeit den Abstand von 1,5 Metern zu anderen Personen regelmäßig unterschreiten.

## § 9

### Gastronomiebetriebe sowie Mensen, Cafeterien und Kantinen

(1) Beschränkt die Betreiberin oder der Betreiber eines Gastronomiebetriebs im Sinne des § 1 Abs. 3 des Niedersächsischen Gaststättengesetzes unabhängig von der Geltung einer Warnstufe den Zutritt auf Gäste und dienstleistende Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen, dann müssen abweichend von § 4 bei der Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen in geschlossenen Räumen des Gastronomiebetriebs die Gäste und dienstleistenden Personen keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen und abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten, § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3, Abs. 6 und Abs. 7 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

(2) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 1 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist der Zutritt zu den geschlossenen Räumen eines Gastronomiebetriebs und die dortige Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen auf geimpfte, genesene und getestete Gäste und dienstleistende Personen beschränkt. <sup>2</sup>§ 8 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 sowie Abs. 5 und 6 gilt entsprechend. <sup>3</sup>Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Landkreis oder die kreisfreie Stadt nach § 8 Abs. 1 Satz 2 die Voraussetzungen dafür festgestellt hat, dass der Indikator ‚Neuinfizierte‘ mehr als 50 beträgt. <sup>4</sup>Beschränkt die Betreiberin oder der Betreiber des Gastronomiebetriebs den Zutritt auf Gäste und dienstleistende Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenenausweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen, so gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist der Zutritt zu den geschlossenen Räumen eines Gastronomiebetriebs und die dortige Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen auf geimpfte und genesene Gäste und dienstleistende Personen beschränkt; § 8 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 sowie Abs. 6 und Abs. 7 Satz 5 gilt entsprechend, die Gäste und dienstleistenden Personen müssen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen. <sup>2</sup>Der Zutritt zu den Außenbewirtschaftungsflächen eines Gastronomiebetriebs und die dortige Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen ist für geimpfte, genesene und getestete Gäste und dienstleistende Personen zulässig; § 8 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 sowie Abs. 5 und 6 gilt entsprechend. <sup>3</sup>Beschränkt die Betreiberin oder der Betreiber des Gastronomiebetriebs den Zutritt zu den Außenbewirtschaftungsflächen auf Gäste und dienstleistende Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenenausweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen, so gilt Absatz 1 entsprechend.

(4) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist der Zutritt zu den geschlossenen Räumen eines Gastronomiebetriebs und die dortige Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen auf geimpfte und genesene Gäste und dienstleistende Personen beschränkt; § 8 Abs. 4 Sätze 1 bis 3, Abs. 6 und Abs. 7 Satz 5 gilt entsprechend, die Gäste und dienstleistenden Personen müssen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen. <sup>2</sup>Der Zutritt zu den Außenbewirtschaftungsflächen eines Gastronomiebetriebs und die dortige Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen ist für geimpfte, genesene und getestete Gäste und dienstleistende Personen zulässig, wobei im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen ist; § 8 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 sowie Abs. 5 und 6 gilt entsprechend. <sup>3</sup>Beschränkt die Betreiberin oder der Betreiber des Gastronomiebetriebs den Zutritt zu den Außenbewirtschaftungsflächen auf Gäste, die einen Impfnachweis oder Genesenenausweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen, so gilt Absatz 1 entsprechend.

(5) <sup>1</sup>Für Mensen, Cafeterien und Kantinen gelten die Regelungen nach den Absätzen 1 bis 4 nicht, soweit diese Einrichtungen der Versorgung von Betriebsangehörigen, Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern oder Studierenden der jeweiligen Einrichtung dienen. <sup>2</sup>Die Absätze 1 bis 4 gelten auch nicht für

1. Gastronomiebetriebe in Heimen nach § 2 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen (NuWG) und in Einrichtungen des betreuten Wohnens zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner,
2. Gastronomiebetriebe auf Raststätten und Autohöfen an Bundesautobahnen und
3. Tafeln zur Versorgung bedürftiger Personen.

(6) Ausgenommen von den Regelungen der Absätze 1 bis 4 sind auch der Außer-Haus-Verkauf und der Lieferservice für Speisen und Getränke zum Verzehr außerhalb der jeweiligen Einrichtung.

## § 10

### Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen mit mehr als 1 000 bis zu 5 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern

(1) <sup>1</sup>Eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung mit mehr als 1 000 bis zu 5 000 gleichzeitig anwesenden Teilnehmerinnen, Teilnehmern, Besucherinnen und Besuchern sowohl unter freiem Himmel als auch in geschlossenen Räumen ist unabhängig von der Geltung einer Warnstufe in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt nur zulässig, wenn dies auf Antrag der Veranstalterin oder des Veranstalters zuvor von den zuständigen Behörden zugelassen wird. <sup>2</sup>Die Zulassung kann erteilt werden, wenn die Veranstalterin oder der Veranstalter ein Hygienekonzept nach § 5 Abs. 1 vorlegt, das über die Anforderungen des § 5 Abs. 2 Satz 1 hinaus bei

Sitzungen, Zusammenkünften und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen ein gesondertes Lüftungskonzept vorsieht. <sup>3</sup>Die Zulassung nach Satz 1 muss mit dem Vorbehalt des Widerrufs in Bezug auf die Entwicklung des Infektionsgeschehens versehen werden.

(2) <sup>1</sup>Eine Person, die an der Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung nach Absatz 1 teilnehmen will oder dort Dienste leistet, hat bei Betreten einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV, einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV oder einen Nachweis über eine negative Testung nach § 7 vorzulegen; für das dienstleistende Personal bei mehrtägigen Sitzungen, Zusammenkünften und Veranstaltungen gilt § 8 Abs. 5 entsprechend. <sup>2</sup>Die Veranstalterin, der Veranstalter oder die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung hat den Nachweis aktiv einzufordern. <sup>3</sup>Wird ein solcher Nachweis nicht vorgelegt, so hat die Veranstalterin, der Veranstalter, die Betreiberin oder der Betreiber der Person den Zutritt zu verweigern.

(3) <sup>1</sup>Die Regelungen des Absatzes 2 gelten nicht für Kinder, Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Personen, die ein ärztliches Attest vorlegen, dass sie sich aufgrund medizinischer Kontraindikation oder der Teilnahme an einer klinischen Studie nicht impfen lassen dürfen. <sup>2</sup>Personen mit medizinischer Kontraindikation und Personen in klinischen Studien, die sich nicht impfen lassen dürfen, müssen allerdings den Nachweis eines negativen Tests nach § 7 führen; in den Fällen, in denen der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 verlangt wird, genügt für diese Personen der Nachweis eines negativen Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3.

(4) <sup>1</sup>Personen und Gruppen, die an einer Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung nach Absatz 1 mit sitzendem Publikum und festen Sitzplätzen teilnehmen, haben zu jeder ihnen unbekannt Person einen Abstand von 1 Meter mit einer Besetzung von je einem freien Sitz rechts und links und reihenweise versetzten freien Plätzen (Schachbrettbelegung) einzuhalten. <sup>2</sup>Der Abstand nach Satz 1 braucht nicht eingehalten zu werden, wenn jede teilnehmende Person, auch abweichend von § 4 Abs. 4, auch bei der Einnahme eines Sitzplatzes eine Mund-Nasen-Bedeckung trägt und nach der Art der Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung eine verbale Interaktion und Kommunikation nicht zu erwarten ist. <sup>3</sup>Abweichend von den Sätzen 1 und 2 braucht auch bei Interaktion und Kommunikation weder ein Abstand eingehalten noch eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen zu werden, wenn an der Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung ausschließlich Personen teilnehmen, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen; Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden.

(5) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 1 Satz 2 ein Hygienekonzept nach § 11 Abs. 2 vorzulegen. <sup>2</sup>Abweichend von Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 ist von den dort genannten Personen im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 3 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. <sup>3</sup>In Bezug auf eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung in geschlossenen Räumen hat die teilnehmende, besuchende oder dienstleistende Person abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 4 eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; im Übrigen bleiben die Regelungen nach § 4 anwendbar. <sup>4</sup>Abweichend von den Sätzen 1, 2 und 3 braucht weder ein Abstand eingehalten noch eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen zu werden, wenn an der Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung ausschließlich Personen teilnehmen, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen; Absatz 3 und § 8 Abs. 7 Satz 5 sind entsprechend anzuwenden.

(6) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 oder 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 1 Satz 2 ein Hygienekonzept nach § 11 Abs. 2 vorzulegen. <sup>2</sup>In Bezug auf eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung in geschlossenen Räumen ist abweichend von Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 von der dort genannten Person entweder ein Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder ein Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorzulegen, wobei Absatz 3 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 und Abs. 7 Satz 5 entsprechend anzuwenden sind und die Personen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten müssen und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen. <sup>3</sup>In Bezug auf eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung unter freiem Himmel ist abweichend von Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 von den dort genannten Personen im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 3 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. <sup>4</sup>In Bezug auf eine Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung unter freiem Himmel hat die teilnehmende, besuchende oder dienstleistende Person eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; die Regelungen über

1. die Unzulässigkeit von Atemschutzmasken mit Ausatemventil nach § 4 Abs. 1 Satz 3,
2. die Ausnahme für Kinder nach § 4 Abs. 1 Satz 4,
3. Ausnahmen nach § 4 Abs. 3 bis 5 und
4. die Pflicht verantwortlicher Personen nach § 4 Abs. 6 Satz 1

gelten entsprechend. <sup>5</sup>Abweichend von Satz 2 Halbsatz 2 und Satz 3 braucht auch unter freiem Himmel weder ein Abstand eingehalten noch eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen zu werden, wenn an der Sitzung, Zusammenkunft oder Veranstaltung ausschließlich Personen teilnehmen, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen; Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. <sup>6</sup>Im Übrigen sind die Kontaktdaten jeder Besucherin und jedes Besuchers nach § 6 Abs. 1 durch den Verkauf personalisierter Tickets zu erheben und zu dokumentieren; werden für die Veranstaltung keine Tickets ausgegeben, so ist die Kontaktdatennachverfolgung in anderer Weise, möglichst digital, sicherzustellen.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nicht für Versammlungen nach Artikel 8 des Grundgesetzes.

**(8) Die Regelungen nach Absatz 2 und Absatz 6 Satz 3 gelten nicht für Wochenmärkte.**

(9) <sup>1</sup>Zulassungen für Sitzungen, Zusammenkünfte und Veranstaltungen, die

1. vor dem 25. August 2021 nach § 6 a Abs. 3 Satz 4 Halbsatz 2 und Sätze 5 und 6, Abs. 4 Sätze 5 und 6 sowie Abs. 7 Sätze 5 und 6 der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559), oder
2. vor dem 22. September 2021 nach den Regelungen dieser Verordnung

erteilt worden sind, gelten bis zu einem Widerruf fort. <sup>2</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die Anforderungen der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom

27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559), hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 nicht erfüllt werden.<sup>3</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die am 21. September 2021 geltenden Anforderungen dieser Verordnung hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 2 nicht erfüllt werden.

## § 11

### Großveranstaltungen

(1) Veranstaltungen sowohl unter freiem Himmel als auch in geschlossenen Räumen für mehr als 5 000 gleichzeitig anwesende Besucherinnen und Besucher (Großveranstaltungen) können unabhängig von der Geltung einer Warnstufe unter den Anforderungen der Absätze 2 bis 6 von den zuständigen Behörden zugelassen werden.

(2) <sup>1</sup>Die Veranstalterin oder der Veranstalter muss ein Hygienekonzept nach § 5 Abs. 1 vorlegen, das über die Anforderungen des § 5 Abs. 2 Satz 1 hinaus besondere Maßnahmen vorsieht

1. zur Einhaltung des Abstands nach § 1 Abs. 2, zum Beispiel durch
  - a) die Zuweisung eines festen Sitzplatzes für jede Besucherin und jeden Besucher,
  - b) eine Schachbrettbelegung der Sitzplätze,
  - c) Maßnahmen zur Lenkung und Aufteilung der Besucherströme beim Zugang, während der Veranstaltungspausen und beim Verlassen der Veranstaltung,sowie
2. für eine Einschränkung des Alkoholkonsums durch die Besucherinnen und Besucher während der Veranstaltung und zum Ausschluss erkennbar alkoholisierter Personen von der Veranstaltung.

<sup>2</sup>Die Kontaktdaten jeder Besucherin und jedes Besuchers sind nach § 6 Abs. 1 zu erheben und zu dokumentieren, indem die Kontaktdaten durch den Verkauf personalisierter Tickets erhoben und dokumentiert werden. <sup>3</sup>Werden für die Veranstaltung keine Tickets ausgegeben, so ist die Kontaktdatennachverfolgung in anderer Weise sicherzustellen. <sup>4</sup>Bei Veranstaltungen in geschlossenen Räumen hat die Veranstalterin oder der Veranstalter für eine hinreichende Lüftung durch eine Lüftungsanlage mit Frischluftzufuhr oder durch eine Luftdesinfektion oder Luftfilterung zu sorgen.

(3) <sup>1</sup>Eine Person, die an der Veranstaltung nach Absatz 1 teilnehmen will oder dort Dienste leistet, hat bei Betreten einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV, einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV oder einen Nachweis über eine negative Testung nach § 7 vorzulegen; für das dienstleistende Personal bei mehrtägigen Veranstaltungen gilt § 8 Abs. 5 entsprechend. <sup>2</sup>Die Veranstalterin, der Veranstalter oder die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung hat den Nachweis aktiv einzufordern. <sup>3</sup>Wird ein solcher Nachweis nicht vorgelegt, so hat die Veranstalterin, der Veranstalter, die Betreiberin oder der Betreiber der Person den Zutritt zu verweigern.

(4) <sup>1</sup>Die Regelungen des Absatzes 3 gelten nicht für Kinder, Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Personen, die ein ärztliches Attest vorlegen, dass sie sich aufgrund medizinischer Kontraindikation oder der Teilnahme an einer klinischen Studie nicht impfen lassen dürfen. <sup>2</sup>Personen mit medizinischer Kontraindikation und Personen in klinischen Studien, die sich nicht impfen lassen dürfen, müssen allerdings den Nachweis eines negativen Tests nach § 7 führen; in den Fällen, in denen der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 verlangt wird, genügt für diese Personen der Nachweis eines negativen Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3.

(5) <sup>1</sup>Personen und Gruppen, die an einer Veranstaltung mit sitzendem Publikum und festen Sitzplätzen teilnehmen, haben zu jeder ihnen unbekanntem Person einen Abstand von 1 Meter mit einer Besetzung von je einem freien Sitz rechts und links und reihenweise versetzten freien Plätzen (Schachbrettbelegung) einzuhalten. <sup>2</sup>Der Abstand nach Satz 1 braucht nicht eingehalten zu werden, wenn jede teilnehmende und jede dienstleistende Person, auch abweichend von § 4 Abs. 4, auch bei der Einnahme eines Sitzplatzes eine Mund-Nasen-Bedeckung trägt und nach der Art der Veranstaltung eine verbale Interaktion und Kommunikation nicht zu erwarten ist. <sup>3</sup>Abweichend von den Sätzen 1 und 2 braucht auch bei Interaktion und Kommunikation weder ein Abstand eingehalten noch eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen zu werden, wenn an der Veranstaltung ausschließlich Personen teilnehmen oder dort Dienst leisten, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen; Absatz 4 und § 8 Abs. 7 Satz 5 sind entsprechend anzuwenden.

(6) <sup>1</sup>Die Zulassung darf nicht erteilt werden für Veranstaltungen mit mehr als 25 000 Besucherinnen und Besuchern und für Veranstaltungen, bei denen die Zahl der Besucherinnen und Besucher 50 Prozent der Personkapazität der gesamten Einrichtung überschreitet. <sup>2</sup>Satz 1 gilt nicht, wenn an der Veranstaltung ausschließlich Personen teilnehmen, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen. <sup>3</sup>Die Zulassung muss mit dem Vorbehalt des Widerrufs in Bezug auf die Entwicklung des Infektionsgeschehens versehen werden.

(7) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 3 Satz 1 Halbsatz 1 von der dort genannten Person im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 4 gilt entsprechend. <sup>2</sup>In Bezug auf eine Veranstaltung in geschlossenen Räumen hat jede Besucherin, jeder Besucher und jede dienstleistende Person abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 4 eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; im Übrigen bleiben die Regelungen nach § 4 anwendbar.

(8) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 2 oder 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 3 Satz 1 Halbsatz 1 in Bezug auf eine Veranstaltung in geschlossenen Räumen von der Person entweder ein Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder ein Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorzulegen, wobei Absatz 4 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 und Abs. 7 Satz 5 entsprechend anzuwenden sind und die Personen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten müssen und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen. <sup>2</sup>In Bezug auf eine Veranstaltung unter freiem Himmel ist abweichend von Absatz 3 Satz 1 Halbsatz 1 von den dort genannten Perso-

nen im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; Absatz 4 gilt entsprechend.<sup>3</sup>In Bezug auf eine Veranstaltung unter freiem Himmel hat jede Besucherin, jeder Besucher und jede dienstleistende Person eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; die Regelungen über

1. die Unzulässigkeit von Atemschutzmasken mit Ausatemventil nach § 4 Abs. 1 Satz 3,
2. die Ausnahme für Kinder nach § 4 Abs. 1 Satz 4,
3. Ausnahmen nach § 4 Abs. 3 bis 5 und
4. die Pflicht verantwortlicher Personen nach § 4 Abs. 6 Satz 1

gelten entsprechend.

(9) Die Absätze 1 bis 8 gelten nicht für Versammlungen nach Artikel 8 des Grundgesetzes.

(10) <sup>1</sup>Zulassungen für Veranstaltungen, die

1. vor dem 25. August 2021 nach § 6 c der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559),
2. vor dem 22. September 2021 nach den am 21. September 2021 geltenden Regelungen dieser Verordnung oder
3. nach dem 21. September 2021 nach den am 10. November 2021 geltenden Regelungen dieser Verordnung

erteilt worden sind, gelten bis zu einem Widerruf fort.<sup>2</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die Anforderungen der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559), hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 nicht erfüllt werden.<sup>3</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die am 21. September 2021 geltenden Anforderungen dieser Verordnung hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 2 nicht erfüllt werden.<sup>4</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die am 10. November 2021 geltenden Anforderungen dieser Verordnung hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 Nr. 3 nicht erfüllt werden.

#### § 11 a

##### Messen

(1) <sup>1</sup>Messen für mehr als 1 000 gleichzeitig anwesende Besucherinnen und Besucher sind unabhängig von der Geltung einer Warnstufe zulässig, soweit die Zahl der Besucherinnen und Besucher 50 Prozent der Personenkapazität der gesamten Einrichtung nicht überschreitet; die Begrenzung auf 50 Prozent gilt nicht, wenn an der Veranstaltung ausschließlich Personen teilnehmen, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen.<sup>2</sup>Die Veranstalterin oder der Veranstalter muss ein zuvor mit der zuständigen Behörde abgestimmtes Hygienekonzept nach § 5 Abs. 1 vorhalten.<sup>3</sup>Die zuständige Behörde kann die Durchführung der Messe ab Bekanntgabe der Warnstufe 3 beschränken oder untersagen.<sup>4</sup>§ 8 Abs. 7 und 11 Abs. 2 Sätze 2 bis 4, Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.

(2) <sup>1</sup>Wenn die Warnstufe 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist abweichend von Absatz 1 Satz 4 in Verbindung mit § 11 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 von einer Besucherin, einem Besucher oder einer dienstleistenden Person am ersten Tag ihres Besuchs einer Messe im Sinne des Absatzes 1 oder ihrer Dienstleistung im Fall einer Testung der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen; § 11 Abs. 4 und 8 Satz 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 gilt entsprechend.<sup>2</sup>In Bezug auf eine Messe im Sinne des Absatzes 1 in geschlossenen Räumen hat jede Besucherin, jeder Besucher und jede dienstleistende Person abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 4 eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; im Übrigen bleiben die Regelungen nach § 4 anwendbar.<sup>3</sup>In Bezug auf eine Messe im Sinne des Absatzes 1 unter freiem Himmel jede Besucherin, jeder Besucher und jede dienstleistende Person eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen; die Regelungen über

1. die Unzulässigkeit von Atemschutzmasken mit Ausatemventil nach § 4 Abs. 1 Satz 3,
2. die Ausnahme für Kinder nach § 4 Abs. 1 Satz 4,
3. Ausnahmen nach § 4 Abs. 3 bis 5 und
4. die Pflicht verantwortlicher Personen nach § 4 Abs. 6 Satz 1

gelten entsprechend.

#### § 11 b

##### Herbstmärkte, Weihnachtsmärkte

(1) Abweichend von den §§ 8 bis 11 sind Herbstmärkte und Weihnachtsmärkte nach den Absätzen 2 bis 9 zulässig.

(2) <sup>1</sup>Bewirtschaftungsleistungen dürfen auf einem Herbst- oder Weihnachtsmarkt nicht in allseitig geschlossenen Buden oder sonstigen allseitig geschlossenen Räumen erbracht oder entgegengenommen werden.<sup>2</sup>Jeder Stand, einschließlich offener Buden und sonstiger Verkaufsstellen sowie Fahrgeschäfte, soll grundsätzlich zum nächsten Stand einen Mindestabstand von zwei Metern einhalten, soweit sich nicht aus anderen Rechtsvorschriften andere Mindestabstände ergeben.<sup>3</sup>Die zuständige Behörde darf abweichend von Satz 2 je nach den örtlichen Verhältnissen geringere oder größere Mindestabstände vorsehen; Mindestabstände, die sich aus anderen Rechtsvorschriften ergeben, bleiben unberührt.

(3) <sup>1</sup>Auf einem Herbst- oder Weihnachtsmarkt muss eine Mund-Nasen-Bedeckung nur in allseitig geschlossenen Räumen, die öffentlich oder im Rahmen eines Besuchs- oder Kundenverkehrs zugänglich sind, getragen werden.<sup>2</sup>Abweichend von § 6 Abs. 1

müssen personenbezogene Daten nicht erhoben werden.

(4) <sup>1</sup>Die Betreiberin oder der Betreiber des Herbst- oder Weihnachtsmarkts hat ein Hygienekonzept zu erstellen, in dem abweichend von § 5 Abs. 2 insbesondere, soweit es der Größe des Herbst- oder Weihnachtsmarkts angemessen ist, Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 vorzusehen sind, die

1. die Zahl von Personen auf der Grundlage der jeweiligen räumlichen Kapazitäten begrenzen und steuern,
2. die Abstände zwischen den Ständen auf der Grundlage der örtlichen Gegebenheiten jeweils so festlegen, dass größere Personenansammlungen vermieden werden,
3. der Kontrolle der Einhaltung des Absatzes 5, auch in Verbindung mit Absatz 7 Satz 1, über das Erbringen von Bewirtschaftungsleistungen und Leistungen von Fahrgeschäften nur an berechnigte Personen dienen, zum Beispiel durch
  - a) Umschließen des Geländes des Herbst- oder Weihnachtsmarkts mit Zugangskontrollen an zentralen Zugängen oder
  - b) unverwechselbare und nicht übertragbare Kennzeichnung der berechtigten Personen vor der Entgegennahme jeglicher Bewirtschaftungsleistung oder Leistung eines Fahrgeschäfts auf dem Herbst- oder Weihnachtsmarkt oder
  - c) dezentrale Überprüfungen der berechtigten Personen durch die Standbetreiberinnen und Standbetreiber vor Erbringen ihrer Bewirtschaftungsleistungen oder Leistungen eines Fahrgeschäfts,
4. Personenströme einschließlich Zu- und Abfahrten steuern und der Vermeidung von Warteschlangen dienen,
5. die Nutzung sanitärer Anlagen regeln und
6. das Reinigen von Oberflächen und Gegenständen, die häufig von Personen berührt werden, und von Sanitäreinrichtungen sicherstellen.

<sup>2</sup>Das Hygienekonzept nach Satz 1 kann Regelungen und Maßnahmen enthalten, die einen gesteigerten Infektionsschutz gewährleisten, zum Beispiel durch Vermeidung von belegendem Besucherverkehr (Einbahnstraßenregelung), durch Mund-Nasen-Bedeckung der dienstleistenden Personen auch in nicht allseitig geschlossenen Räumen oder durch die Verwendung geeigneter physischer Barrieren aus Glas oder Plexiglas. <sup>3</sup>Die Betreiberin oder der Betreiber hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die Einhaltung des Hygienekonzepts zu gewährleisten. <sup>4</sup>Das Hygienekonzept ist zusammen mit dem Antrag auf gewerberechtliche Genehmigung des Herbst- oder Weihnachtsmarkts vorzulegen. <sup>5</sup>Auf Verlangen der zuständigen Behörde hat die Betreiberin oder der Betreiber des Herbst- oder Weihnachtsmarkts über die Umsetzung des Hygienekonzepts Auskunft zu erteilen. <sup>6</sup>Darüber hinausgehende Pflichten zur Aufstellung von Hygieneplänen nach dem Infektionsschutzgesetz oder anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(5) <sup>1</sup>Bewirtschaftungsleistungen und Leistungen von Fahrgeschäften dürfen auf einem Herbst- oder Weihnachtsmarkt nur gegenüber Personen erbracht werden, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV, einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV oder einen Nachweis über eine negative Testung nach § 7 verfügen (berechnigte Personen). <sup>2</sup>Auch ohne Vorlage eines Nachweises nach Satz 1 sind berechnigte Personen auch Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(6) <sup>1</sup>Die Betreiberin oder der Betreiber des Herbst- oder Weihnachtsmarkts ist verpflichtet, alle an oder auf dem Gelände des Herbst- oder Weihnachtsmarkts anbietenden oder dienstleistenden Personen nach einem Testkonzept mindestens zweimal in der Woche auf das Vorliegen des Corona-Virus SARS-CoV-2 zu testen, wenn diese Personen keinen Impfnachweis oder Genesenennachweis im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 vorlegen. <sup>2</sup>Das Testkonzept nach Satz 1 ist auf Verlangen der zuständigen Behörde vorzulegen.

(7) <sup>1</sup>Absatz 5 Satz 1 gilt mit der Maßgabe, dass die Leistungen nur gegenüber Personen erbracht werden dürfen, die über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen (2-G-Regel), wenn

1. die Betreiberin oder der Betreiber des Herbst- oder Weihnachtsmarkts dies unabhängig von den Warnstufen im Rahmen der Privatautonomie festlegt oder
2. in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt, in dem oder der der Herbst- oder Weihnachtsmarkt stattfindet, die Warnstufe 3 gilt.

<sup>2</sup>In den Fällen des Satzes 1 gilt Absatz 6 mit der Maßgabe, dass alle an oder auf dem Gelände des Herbst- oder Weihnachtsmarkts anbietenden oder dienstleistenden Personen, die keinen Impfnachweis oder Genesenennachweis im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 vorlegen, nur dann dort tätig sein dürfen, wenn sie täglich den Nachweis eines negativen Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 führen; sie müssen eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus tragen, wenn sie nach Art ihrer Tätigkeit den Abstand von 1,5 Metern zu anderen Personen regelmäßig unterschreiten. <sup>3</sup>In den Fällen des Satzes 1 ist die Erbringung und Entgegennahme von Bewirtschaftungsleistungen auch in allseitig geschlossenen Räumen zulässig.

(8) Die zuständige Behörde hat stichprobenartig die Umsetzung des Hygienekonzepts auf dem Gelände, auf dem der Herbst- oder Weihnachtsmarkt stattfindet, und die Einhaltung der Anforderungen der Absätze 1 bis 7 im Übrigen zu kontrollieren.

(9) <sup>1</sup>Zulassungen für Herbst- und Weihnachtsmärkte, die vor dem 8. Oktober 2021 nach den Regelungen dieser Verordnung erteilt worden sind, gelten bis zu einem Widerruf fort. <sup>2</sup>Anforderungen nach den Regelungen dieser Verordnung, die über die am 7. Oktober 2021 geltenden Anforderungen dieser Verordnung hinausgehen, müssen in den Fällen des Satzes 1 nicht erfüllt werden.

## § 12

### Diskotheken, Clubs, Shisha-Bars und ähnliche Einrichtungen

(1) <sup>1</sup>Der Betrieb einer Diskothek, eines Clubs oder einer ähnlichen Einrichtung oder einer Einrichtung, in der Shisha-Pfeifen zum Konsum angeboten werden, ist unabhängig von der Geltung einer Warnstufe unter den Anforderungen der Sätze 2 bis 4 und 3 und der Absätze 2 bis 4 zulässig. <sup>2</sup>Die Betreiberin oder der Betreiber einer Einrichtung im Sinne des Satzes 1 hat Maßnahmen aufgrund eines Hygienekonzepts nach § 5 zu treffen. <sup>3</sup>Die Zahl der Gäste darf die Hälfte der zulässigen Personenkapazität der Einrichtung nicht überschreiten. <sup>4</sup>Die Regelungen über die Datenerhebung und Dokumentation nach § 6 sind anzuwenden, wobei abweichend von § 6

Abs. 1 Satz 8 Halbsatz 1 die Kontaktdatenerhebung ausschließlich elektronisch erfolgen muss.

(2) <sup>1</sup>Eine Person, die eine Einrichtung im Sinne des Absatzes 1 als Gast besuchen will oder dort Dienste leistet, hat bei Betreten einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV, einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV oder einen Nachweis über eine negative Testung nach § 7 vorzulegen. <sup>2</sup>Die Veranstalterin, der Veranstalter oder die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung hat den Nachweis aktiv einzufordern. <sup>3</sup>Wird ein solcher Nachweis nicht vorgelegt, so hat die Veranstalterin, der Veranstalter, die Betreiberin oder der Betreiber der Person den Zutritt zu verweigern. <sup>4</sup>Beschränkt die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung den Zutritt auf Gäste und dienstleistende Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenausweis nach Satz 1 vorlegen, so müssen diese abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen und abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand halten; § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 und Abs. 7 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

(3) <sup>1</sup>Die Regelungen des Absatzes 2 gelten nicht für Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Personen, die ein ärztliches Attest vorlegen, dass sie sich aufgrund medizinischer Kontraindikation oder der Teilnahme an einer klinischen Studie nicht impfen lassen dürfen. <sup>2</sup>Personen mit medizinischer Kontraindikation und Personen in klinischen Studien, die sich nicht impfen lassen dürfen, müssen allerdings den Nachweis eines negativen Tests nach § 7 führen; in den Fällen, in denen der Nachweis einer negativen PCR-Testung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 verlangt wird, genügt für diese Personen der Nachweis eines negativen Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3.

(4) <sup>1</sup>Die Betreiberin oder der Betreiber eines Betriebs oder einer Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1 ist verpflichtet, im Fall des Absatzes 2 Satz 1 das von ihr oder ihm eingesetzte Personal nach einem Testkonzept mindestens zweimal in der Woche auf das Vorliegen des Corona-Virus SARS-CoV-2 zu testen, wenn diese Personen keinen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorlegen. <sup>2</sup>Das Testkonzept nach Satz 1 ist auf Verlangen der zuständigen Behörde vorzulegen.

(5) Wenn die Warnstufe 1 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt und die Betreiberin oder der Betreiber den Zutritt auf Besucherinnen, Besucher und dienstleistende Personen beschränkt, die einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorlegen, dann müssen die Gäste und die dienstleistenden Personen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen; Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden.

(6) Wenn die Warnstufe 2 oder 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann ist der Zutritt zu der Einrichtung auf Besucherinnen, Besucher und dienstleistende Personen beschränkt, die einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 8 Abs. 4 vorlegen; Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 8 Abs. 4 Sätze 2 und 3 und Abs. 7 Satz 5 gelten entsprechend und die Gäste und dienstleistenden Personen müssen abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 1 keinen Abstand einhalten und außer in den Fällen des § 8 Abs. 7 Satz 5 abweichend von § 4 Abs. 1 keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.

~~(7) Wenn die Warnstufe 3 in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt gilt, dann sind die Einrichtungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 in geschlossenen Räumen für den Publikumsverkehr geschlossen; für den Betrieb der Einrichtungen unter freiem Himmel gilt Absatz 6 entsprechend.~~

## § 13

### Regelungen für die Beschäftigung von Personen in bestimmten Betrieben

(1) <sup>1</sup>Unternehmen und landwirtschaftliche Betriebe, die Personen beschäftigen, die in Sammelunterkünften oder in betriebseigenen oder angemieteten Unterkünften untergebracht sind, haben sicherzustellen, dass die beschäftigten Personen auf die aktuellen Hygieneregeln hingewiesen werden und sie diese verstanden haben. <sup>2</sup>Die Unternehmen und landwirtschaftlichen Betriebe haben die Einhaltung der Hygieneregeln regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren. <sup>3</sup>Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegebenen Infografiken mit den wichtigsten Hygienehinweisen sollen in allen Unterkünften gut sichtbar und für alle Bewohnerinnen und Bewohner zugänglich ausgehängt werden. <sup>4</sup>Eine Unterbringung in den in Satz 1 genannten Unterkünften soll möglichst nur in Einzelzimmern erfolgen. <sup>5</sup>Küche und Bad sind so zu nutzen, dass eine ausreichende Distanz zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern gewährleistet ist.

(2) <sup>1</sup>Unternehmen und landwirtschaftliche Betriebe, die temporär Personen als Erntehelferinnen oder Erntehelfer beschäftigen, welche in Sammelunterkünften untergebracht werden, dürfen nur Personen einsetzen, die einmal bei der ersten Ankunft und später mindestens zweimal wöchentlich auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß § 7 Abs. 1 getestet worden sind und das Testergebnis negativ ist. <sup>2</sup>Selbsttests gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind nur zulässig, wenn sie unter Aufsicht einer geschulten Person des Betriebs vorgenommen werden. <sup>3</sup>Dokumentationen über die Testung sind auf dem Betriebsgelände für mindestens einen Monat vorzuhalten. <sup>4</sup>Die Kosten der Testung hat die Betriebsinhaberin oder der Betriebsinhaber zu tragen. <sup>5</sup>Die zuständige Behörde kann im Einzelfall begründete Ausnahmen von der Testpflicht zulassen. <sup>6</sup>Die Testpflicht gilt nicht für Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen.

(3) <sup>1</sup>Schlacht- und Zerlegebetriebe dürfen nur Personen in der Produktion einsetzen, die mindestens einmal je Woche auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß § 7 Abs. 1 getestet worden sind und das Testergebnis negativ ist; ausgenommen von der Testpflicht durch die Betriebe sind Personen, die ausschließlich höheittliche Aufgaben ausführen. <sup>2</sup>Selbsttests gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind nur zulässig, wenn sie unter Aufsicht einer geschulten Person des Betriebs vorgenommen werden. <sup>3</sup>Dokumentationen über die Testung sind auf dem Betriebsgelände für mindestens einen Monat vorzuhalten. <sup>4</sup>Die Kosten der Testung hat die Betriebsinhaberin oder der Betriebsinhaber zu tragen. <sup>5</sup>Die zuständige Behörde kann im Einzelfall begründete Ausnahmen von der Testpflicht zulassen. <sup>6</sup>Der Testpflicht unterfallen nicht Betriebe des Fleischerhandwerks, die

1. ihre Tätigkeiten nach § 1 Abs. 2 der Handwerksordnung handwerksmäßig betreiben und in die Handwerksrolle des zulassungspflichtigen Handwerks eingetragen sind oder
2. in das Verzeichnis des zulassungsfreien Handwerks oder handwerksähnlichen Gewerbes eingetragen sind,

wenn sie in der Regel nicht mehr als 49 Personen in der Produktion tätig werden lassen. <sup>7</sup>Die Testpflicht gilt nicht für Personen, die einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 8 Abs. 4 Satz 1 vorlegen.

(4) Unternehmen im Sinne des § 6 Abs. 9 des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes sind verpflichtet, von jeder Arbeitnehmerin und

jedem Arbeitnehmer sowie von jeder bei ihnen eingesetzten Person Kontaktdaten nach § 6 Abs. 1 zu erheben, zu dokumentieren und den zuständigen Behörden auf Verlangen unverzüglich zu übermitteln.

## § 14

### Kindertagespflege, Jugendfreizeiten

(1) <sup>1</sup>Kindertagespflegepersonen, die einer Erlaubnis nach § 43 SGB VIII bedürfen, haben geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Gefahr einer Infektion der eigenen Person und der betreuten Kinder mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 zu vermindern. <sup>2</sup>Während des gesamten Betreuungszeitraums ist die Kindertagespflegeperson zur Dokumentation der Zeiten, in denen sie Kinder im Sinne von § 43 SGB VIII betreut, sowie zur Datenerhebung und Dokumentation nach § 6 Abs. 1 Satz 2 verpflichtet; § 6 Abs. 1 Sätze 3 bis 8, Abs. 2 und 3 Satz 1 gilt entsprechend. <sup>3</sup>§ 15 Abs. 5 gilt entsprechend.

(2) Für die Betreuung fremder Kinder durch mehrere Kindertagespflegepersonen in Zusammenarbeit, also in der sogenannten Großtagespflege, gilt § 15 Abs. 4 entsprechend.

(3) <sup>1</sup>Absatz 1 gilt für Betreuungsangebote für Gruppen von Kindern und Jugendlichen in Jugendherbergen, Familienferien- und Freizeitstätten, Zeltlagern, Jugend- und Erwachsenenbildungsstätten sowie in Kreissportschulen, Landessportschulen, vergleichbaren verbandseigenen Einrichtungen, Mehrgenerationenhäusern und ähnlichen Einrichtungen entsprechend. <sup>2</sup>Es muss zudem ein Hygienekonzept vorliegen und die Aufsicht durch pädagogische Fachkräfte oder ehrenamtlich Tätige mit Jugendleiterausbildung erfolgen. <sup>3</sup>In einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt, in dem oder in der mindestens Warnstufe 1 nach § 2 festgestellt ist,

1. dürfen die Betreuungsangebote nicht mehr als 50 gleichzeitig anwesende fremde Kinder und Jugendliche umfassen,
2. ist bei mehrtägigen Angeboten vor Beginn ein Test nach § 7 Abs. 1 durchzuführen oder das negative Ergebnis eines Tests nach § 7 Abs. 1 nachzuweisen und
3. sind während des Betreuungsangebots jeweils mindestens zwei Tests je Woche durchzuführen.

## § 15

### Kindertageseinrichtungen

(1) Der Betrieb von Kindertageseinrichtungen einschließlich Kinderhorten ist unter Beachtung des „Niedersächsischen Rahmen-Hygieneplans Corona Kindertagesbetreuung“ vom 25. August 2021, veröffentlicht auf der Internetseite des Kultusministeriums ([https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/fragen\\_und\\_antworten\\_zum\\_betrieb\\_an\\_kindertageseinrichtungen/faq-194362.html](https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/fragen_und_antworten_zum_betrieb_an_kindertageseinrichtungen/faq-194362.html)), in Ergänzung zu den Hygieneplänen nach § 36 IfSG zulässig.

(2) <sup>1</sup>Die örtlich zuständige Behörde kann den Betrieb von Kindertageseinrichtungen einschließlich Kinderhorten bei lokalen Infektionsgeschehen einschränken. <sup>2</sup>Der eingeschränkte Betrieb sieht ein Betreuungsangebot für alle Kinder vor, die in der jeweiligen Kindertageseinrichtung einen Betreuungsplatz haben. <sup>3</sup>Soweit genehmigte Plätze nicht belegt sind, ist die Neuaufnahme von Kindern zulässig. <sup>4</sup>In den Kindertageseinrichtungen einschließlich Kinderhorten sollen Kinder während des eingeschränkten Betriebs in Gruppen betreut werden, die in ihrer Personenzusammensetzung in der Regel unverändert bleiben. <sup>5</sup>Offene Gruppenkonzepte sowie die Durchmischung von in einer Kindertageseinrichtung betriebenen Gruppen sind nicht zulässig. <sup>6</sup>Jeder Gruppe werden von vornherein bestimmte Räumlichkeiten zugeordnet; die Nutzung einer gruppenübergreifend vorgehaltenen Räumlichkeit, wie zum Beispiel eines Bewegungsraums, oder des Außengeländes der Einrichtung durch verschiedene Gruppen ist möglich, wenn die Räumlichkeit oder das Außengelände zeitgleich immer nur durch eine Gruppe genutzt wird. <sup>7</sup>Satz 6 gilt nicht bei ausreichend großen Außenflächen, bei denen eindeutig abgrenzbare Spielbereiche für einzelne Gruppen geschaffen werden, die eine Durchmischung von zeitgleich in einer Kindertageseinrichtung betriebenen Gruppen wirksam unterbinden. <sup>8</sup>Zugleich müssen die Spielbereiche nach Satz 7 derart eingegrenzt sein, dass zwischen den einzelnen Spielbereichen ein Korridor mit einer Breite von mindestens 1,5 Metern besteht. <sup>9</sup>Ausgenommen von den Sätzen 1 bis 8 ist die Betreuung in Gruppen, in denen sich ausschließlich Kinder befinden, denen Hilfe nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) gewährt wird. <sup>10</sup>Eine Untersagung des Betriebs einer Kindertageseinrichtung durch eine Einzelanordnung bleibt unberührt.

(3) <sup>1</sup>Für die Dauer einer Untersagung des Betriebs einer Kindertageseinrichtung durch eine Einzelanordnung ist die Notbetreuung in kleinen Gruppen zulässig. <sup>2</sup>Die Notbetreuung ist unter Berücksichtigung der vorhandenen Kapazitäten auf das notwendige und epidemiologisch vertretbare Maß zu begrenzen. <sup>3</sup>Die höchstens zulässige Zahl der in einer kleinen Gruppe nach Satz 1 betreuten Kinder richtet sich nach der Altersstruktur in dieser Gruppe. <sup>4</sup>Die höchstens zulässige Zahl der betreuten Kinder darf in einer kleinen Gruppe, in der

1. überwiegend Kinder unter drei Jahren betreut werden, in der Regel 8 Kinder,
  2. überwiegend Kinder von der Vollendung des dritten Lebensjahres bis zur Einschulung betreut werden, in der Regel 13 Kinder, und
  3. überwiegend Kinder von der Einschulung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres betreut werden, in der Regel 10 Kinder, nicht überschreiten. <sup>5</sup>Eine Überschreitung der höchstens zulässigen Zahl der betreuten Kinder in einer kleinen Gruppe ist unter Berücksichtigung der räumlichen, personellen und organisatorischen Kapazitäten zulässig. <sup>6</sup>Die Notbetreuung dient dazu, Kinder aufzunehmen,
1. bei denen mindestens eine Erziehungsberechtigte oder ein Erziehungsberechtigter in betriebsnotwendiger Stellung in einem Berufszweig von allgemeinem öffentlichem Interesse tätig ist,
  2. bei denen ein Unterstützungsbedarf, insbesondere ein Sprachförderbedarf, besteht oder
  3. die zum kommenden Schuljahr schulpflichtig nach § 64 Abs. 1 Satz 1 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG) werden.

<sup>7</sup>Zulässig ist auch die Betreuung in besonderen Härtefällen wie etwa für Kinder, deren Betreuung zur Sicherung des Kindeswohls erforderlich ist, sowie bei drohender Kündigung oder erheblichem Verdienstaustausfall für mindestens eine Erziehungsberechtigte oder

einen Erziehungsberechtigten. <sup>8</sup>Die Sätze 1 bis 7 finden auch Anwendung auf die Betreuung von Gruppen, in denen sich ausschließlich Kinder befinden, denen Hilfe nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs gewährt wird.

(4) <sup>1</sup>Jede Person, ausgenommen in der Kindertageseinrichtung betreute Kinder sowie Beschäftigte der Kindertageseinrichtung und die sonstigen vom Träger hinzugezogenen Personen, hat in geschlossenen Räumen einer Kindertageseinrichtung während der Betreuung eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. <sup>2</sup>Darüber hinaus haben auch Kinder ab der Einschulung sowie Beschäftigte der Kindertageseinrichtung und die sonstigen vom Träger hinzugezogenen Personen während der Betreuung in geschlossenen Räumen in einer Gruppe, in der überwiegend oder ausschließlich Kinder von der Einschulung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres betreut werden, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, wenn aufgrund der örtlichen Gegebenheiten die Einhaltung des Abstands nach § 1 Abs. 2 Satz 1 nicht gewährleistet werden kann. <sup>3</sup>§ 4 Abs. 5 gilt entsprechend. <sup>4</sup>Abweichend von Satz 2 darf die Mund-Nasen-Bedeckung von Kindern ab der Einschulung sowie von Beschäftigten der Kindertageseinrichtung und den sonstigen vom Träger hinzugezogenen Personen abgelegt werden, soweit und solange die pflichtige Person einen Sitzplatz eingenommen hat.

(5) Dem Träger einer Kindertageseinrichtung wird empfohlen, für die in der Kindertageseinrichtung tätigen Personen ein Testkonzept zu entwickeln, wobei Personen, die einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorlegen, von einer Testverpflichtung auszunehmen sind.

## § 16

### Schulen

(1) <sup>1</sup>An allen Schulen finden der Unterricht, außerunterrichtliche Angebote der Ganztagschule sowie sonstige schulische Veranstaltungen in festgelegten Gruppen statt, die aus mehreren Lerngruppen bestehen können und in ihrer Personenzusammensetzung möglichst unverändert sind (Kohorte). <sup>2</sup>Jede Gruppe im Sinne des Satzes 1 muss nach der Zahl der ihr angehörenden Personen und ihrer Zusammensetzung so festgelegt sein, dass eine etwaige Infektionskette nachvollzogen werden kann. <sup>3</sup>Zwischen Personen, die nicht derselben Gruppe im Sinne des Satzes 1 angehören, ist ein Abstand von mindestens 1,5 Metern einzuhalten. <sup>4</sup>In einem Schulgebäude hat jede Person während des Schulbetriebs eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. <sup>5</sup>Abweichend von Satz 4 darf in den Schuljahrgängen 1 und 2 die Mund-Nasen-Bedeckung in Unterrichts- und Arbeitsräumen abgelegt werden, soweit und solange die pflichtige Person einen Sitzplatz eingenommen hat.

(2) <sup>1</sup>Für die Dauer der vollständigen oder teilweisen Schließung der Schule ist die Notbetreuung in kleinen Gruppen an Schulen für Kinder in Schulkindergärten und für Schülerinnen und Schüler in der Regel der Schuljahrgänge 1 bis 6 in der Zeit von 8 bis 13 Uhr zulässig. <sup>2</sup>Über diesen Zeitraum hinaus kann eine zeitlich erweiterte Notbetreuung an Ganztagschulen stattfinden. <sup>3</sup>Die Notbetreuung ist auf das notwendige und epidemiologisch vertretbare Maß zu begrenzen. <sup>4</sup>Die Notbetreuung dient dazu, Kinder aufzunehmen, bei denen mindestens eine Erziehungsberechtigte oder ein Erziehungsberechtigter in betriebsnotwendiger Stellung in einem Berufszweig von allgemeinem öffentlichem Interesse tätig ist. <sup>5</sup>Zulässig ist auch die Betreuung in besonderen Härtefällen wie etwa für Kinder, deren Betreuung aufgrund einer Entscheidung des Jugendamtes zur Sicherung des Kindeswohls erforderlich ist, sowie bei drohender Kündigung oder erheblichem Verdienstaussfall für mindestens eine Erziehungsberechtigte oder einen Erziehungsberechtigten.

(3) <sup>1</sup>Einer Person, ausgenommen Personen in Notfalleinsätzen der Polizei, der Feuerwehr, eines Rettungsdienstes und der technischen Notdienste, ist der Zutritt zu einem Schulgelände während des Schulbetriebs verboten, wenn sie nicht einen Nachweis über eine negative Testung gemäß § 7 Abs. 3 vorlegt. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 genügt für Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, an der Schule tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne des § 53 NSchG sowie Personen im Rahmen der Hilfen zu einer Schulbildung nach den §§ 75 und 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX und § 35 a SGB VIII in Verbindung mit den §§ 75 und 112 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IX und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Tagesbildungsstätten der Nachweis der dreimaligen Durchführung eines Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 je Woche; die Personen nach Halbsatz 1 dürfen bei der Durchführung eines Selbsttests im Sinne des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 die Dokumentation des Testergebnisses selbst erbringen. <sup>3</sup>Abweichend von Satz 2 Halbsatz 1 muss an den ersten fünf Schultagen nach den Herbstferien ein Test an jedem Präsenztage durchgeführt werden. <sup>4</sup>Das Zutrittsverbot nach Satz 1 gilt nicht für

1. Personen, die unmittelbar nach dem Betreten des Geländes der Schule einen Test auf das Vorliegen des Corona-Virus SARS-CoV-2 durchführen oder durchführen lassen, wenn der Test ein negatives Ergebnis aufweist,
2. Schülerinnen und Schüler bei der Teilnahme an schriftlichen Arbeiten sowie an Abschluss- und Abiturprüfungen,
3. Personen, die das Schulgelände aus einem wichtigen Grund betreten und während des Aufenthalts voraussichtlich keinen Kontakt zu Schülerinnen und Schülern sowie zu Lehrkräften haben, und
4. Personen, die einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorlegen,
5. Personen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

<sup>4</sup>Das Zutrittsverbot nach Satz 1 gilt nur in Bezug auf die Schulen, in denen für Personen nach Satz 2 Tests im Sinne des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 und 3 in hinreichender Zahl zur Verfügung stehen. <sup>5</sup>Ergibt eine Testung das Vorliegen einer Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2, so haben die in Satz 2 genannten Personen die Schulleitung darüber zu informieren.

(4) <sup>1</sup>Ergibt eine Testung das Vorliegen einer Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 bei einer Schülerin oder einem Schüler einer Kohorte im Sinne des Absatzes 1 Satz 1, so ist jeder anderen Schülerin und jedem anderen Schüler der Kohorte der Zutritt zum Schulgelände verboten, bis sie oder er durch einen Test nach Absatz 3, der nach dem Beginn des Zutrittsverbots durchgeführt sein muss, den Nachweis eines negativen Testergebnisses erbringt. <sup>2</sup>Das Zutrittsverbot nach Satz 1 gilt nicht für Schülerinnen oder Schüler, die einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorlegen.

(5) Im Übrigen ist an allen Schulen der „Niedersächsische Rahmen-Hygieneplan Corona Schule“ vom **22. September 2021 (aktuelles Datum wird kurzfristig vom MK mitgeteilt)**, veröffentlicht auf der Internetseite des Kultusministeriums (<https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/schuleneues-schuljahr-190409.html>), ergänzend zu den Hygieneplänen nach § 36 IfSG zu beachten.

(6) Schulen im Sinne des Absatzes 1 sind alle öffentlichen allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen, Schulen in freier Trägerschaft einschließlich der Internate, Tagesbildungsstätten sowie Landesbildungszentren.



(7) Schulen sind zur Datenverarbeitung der Beschäftigten im Sinne des Absatzes 3 Satz 2 hinsichtlich des Impf- und Serostatus nach § 36 Abs. 3 IfSG berechtigt.

## § 17

### Heime, unterstützende Wohnformen, Intensivpflege-Wohngemeinschaften, Einrichtungen der Tagespflege und Angebote zur Unterstützung im Alltag

(1) <sup>1</sup>Die Leitung von Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG und von unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3 und 4 NuWG hat in einem Hygienekonzept nach § 5 auch Regelungen zur Neuaufnahme, zur Wahrung und Förderung der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben in den Einrichtungen und zum Besuch von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen zu treffen mit der Maßgabe, dass deren Teilhabe- und Besuchsrechte nicht unverhältnismäßig eingeschränkt werden. <sup>2</sup>Mit diesen Regelungen im Hygienekonzept soll Besuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern auch dann ermöglicht werden, wenn es in der Einrichtung ein aktuelles SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen gibt, soweit dies mit dem Interesse des Gesundheitsschutzes vereinbar ist und die örtlich zuständigen Behörden dem zustimmen. <sup>3</sup>Die Einrichtung ist nach § 6 Abs. 1 zur Datenerhebung und Dokumentation der Kontaktdaten jeder Besucherin und jedes Besuchers verpflichtet.

(2) <sup>1</sup>Beschäftigte in Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG, unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3 und 4 NuWG sowie in Tagespflegeeinrichtungen nach § 2 Abs. 7 NuWG, in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs sowie in ambulanten Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs erbringen, und in diesen eingesetzte Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter, Praktikantinnen und Praktikanten, ehrenamtlich Tätige, Bundesfreiwilligendienstleistende und Freiwilligendienstleistende haben an drei Tagen je Woche, an denen sie in den Einrichtungen oder für die ambulanten Pflegedienste tätig sind, einen Test nach § 7 nachzuweisen. <sup>2</sup>Das Testergebnis ist der Leitung oder einer von der Leitung beauftragten beschäftigten Person vorzulegen. <sup>3</sup>Der Dienst darf bei einem positiven Testergebnis nicht verrichtet werden, solange eine Überprüfung des Ergebnisses mittels PCR-Test (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) nicht abgeschlossen ist und das Gesundheitsamt im Fall eines positiven Befundes nicht eine weitere Beschäftigung gebilligt hat. <sup>4</sup>Die Leitung oder die von ihr beauftragten beschäftigten Personen sollen die Tests durchführen. <sup>5</sup>Die in Satz 1 genannten Personen müssen einen Nachweis über eine Testung nach § 7 nicht erbringen, soweit sie über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder über einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV verfügen. <sup>6</sup>Die nach Satz 1 verpflichteten Personen haben zudem abweichend von § 4 Abs. 1 eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen, soweit und solange sie Kontakt zu einer Bewohnerin, einem Bewohner, einer Kundin, einem Kunden oder einem Gast haben, es sei denn, sie verfügen über einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder über einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV; Atemschutzmasken mit Ausatemventil sind nicht zulässig.

(3) <sup>1</sup>In Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG gilt ergänzend, dass der Besuch von Bewohnerinnen und Bewohnern und das Betreten durch Dritte zur erweiterten Grundversorgung, zur Erbringung von Dienstleistungen oder zu anderen Zwecken bei der Leitung oder einer von der Leitung beauftragten beschäftigten Person anzumelden ist. <sup>2</sup>Andernfalls kann die Leitung oder eine von der Leitung beauftragte beschäftigte Person den Besuch oder das Betreten untersagen. <sup>3</sup>Die Heimleitung oder die von dieser beauftragten Beschäftigten sind verpflichtet, den Besucherinnen und Besuchern sowie den Personen, die die Einrichtung betreten wollen, die Durchführung eines Tests nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 anzubieten, um den Besuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern oder das Betreten zu ermöglichen. <sup>4</sup>Ein Besuch und ein Betreten dürfen erst bei Vorliegen eines negativen Testergebnisses nach § 7 ermöglicht werden. <sup>5</sup>Eine Testung ist nicht erforderlich, wenn die jeweils zu testende Person ein schriftliches oder elektronisches negatives Testergebnis in Bezug auf eine Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 nachweist und die dem Testergebnis zugrundeliegende Testung bei einem Test nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 höchstens 48 Stunden, bei einem Test nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 oder 3 höchstens 24 Stunden vor dem Besuch oder dem Betreten vorgenommen wurde. <sup>6</sup>Für Dritte, die in den Einrichtungen eine Tätigkeit der körpernahen Dienstleistungen erbringen, gilt Absatz 2 Satz 6 entsprechend. <sup>7</sup>Die Sätze 3 bis 6 gelten für Dritte, die in unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3 und 4 NuWG, Tagespflegeeinrichtungen nach § 2 Abs. 7 NuWG und ambulant betreuten Wohngemeinschaften zum Zweck der Intensivpflege, die nicht in den Geltungsbereich des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen fallen, eine Tätigkeit der körpernahen Dienstleistungen erbringen, entsprechend. <sup>8</sup>Besucherinnen und Besucher sowie sonstige Personen, die die Einrichtung betreten wollen, müssen einen Nachweis über eine Testung nach § 7 nicht erbringen, soweit sie vor dem Besuch oder dem Betreten einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV oder einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV vorlegen.

(4) In ambulant betreuten Wohngemeinschaften zum Zweck der Intensivpflege, die nicht in den Geltungsbereich des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen fallen, treffen die Verpflichtungen nach Absatz 1 die Bewohnerinnen und Bewohner oder deren gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreterinnen oder Vertreter.

(5) <sup>1</sup>Die seelsorgerische Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Begleitung Sterbender bleiben jederzeit zulässig. <sup>2</sup>Satz 1 gilt für stationäre Hospize entsprechend.

(6) <sup>1</sup>Unter Beachtung eines von der Leitung der Einrichtung nach § 5 erstellten Hygienekonzepts sind

1. der Betrieb von Einrichtungen der Tagespflege nach § 2 Abs. 7 NuWG sowie
2. die Betreuung von Pflegebedürftigen in Gruppen im Rahmen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs

zulässig. <sup>2</sup>Das Abstandsgebot nach § 1 Abs. 2 und die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung nach § 4 Abs. 1 gelten nicht für die Gäste einer Tagespflegeeinrichtung, soweit alle anwesenden Gäste einen Impfnachweis gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV, einen Genesenennachweis gemäß § 2 Nr. 5 SchAusnahmV oder einen Nachweis über eine Testung nach § 7 vorlegen. <sup>3</sup>Satz 2 gilt entsprechend für den in Satz 1 Nr. 2 genannten Personenkreis.

## § 18

### Werkstätten und Tagesförderstätten für behinderte Menschen sowie vergleichbare Angebote der Eingliederungshilfe

<sup>1</sup>Die Leitung einer Werkstatt für behinderte Menschen oder eines mit einer Werkstatt für behinderte Menschen vergleichbaren Angebots der Eingliederungshilfe sowie die Leitung einer Tagesförderstätte für behinderte Menschen oder eines mit einer Tagesförderstätte für behinderte Menschen vergleichbaren Angebots der Eingliederungshilfe hat in einem angebotsspezifischen Hygiene- und Schutzkonzept, das auch Fahrdienste zwischen dem Angebots- und Wohnort umfasst und sich nach der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung vom 6. September 2021 (BAnz AT 09.09.2021 V 1) richtet, Maßnahmen zu treffen, die geeignet sind, die Gefahr einer Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 zu vermindern. <sup>2</sup>Dabei ist den Besonderheiten der jeweils betroffenen Personengruppe Rechnung zu tragen.

## § 19

### Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

<sup>1</sup>Der Zutritt zu Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zum Zweck des Besuchs von Patientinnen und Patienten ist auf geimpfte, genesene und getestete Personen beschränkt; § 8 Abs. 4 gilt entsprechend. <sup>2</sup>Die seelsorgerische Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Begleitung Sterbender ist jederzeit zulässig.

## § 20

### Wahlen

(1) <sup>1</sup>Für die Wahlhandlung und die Ermittlung und Feststellung des Wahlergebnisses bei öffentlichen Wahlen sowie sonstigen Sitzungen von Wahlausschüssen gelten ergänzend zu den Regelungen dieser Verordnung die Absätze 2 bis 5. <sup>2</sup>Das Wahlgebäude im Sinne dieser Regelung umfasst außer den Wahlräumen und Sitzungsräumen der Wahlvorstände und Wahlausschüsse auch alle sonstigen Räume im Gebäude, die während der Wahlzeit und der Ermittlung und Feststellung des Wahlergebnisses sowie sonstigen Sitzungen der Wahlausschüsse öffentlich zugänglich sind.

(2) <sup>1</sup>Die Gemeinde, in Samtgemeinden die Samtgemeinde, hat die Hygieneanforderungen nach § 5 Abs. 1 und 2 Sätze 1 bis 3 sicherzustellen. <sup>2</sup>Der Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen nach § 1 Abs. 2 gilt nicht für zulässige Hilfspersonen der wahlberechtigten Person. <sup>3</sup>Er gilt ebenfalls nicht beim Transport von Wahlunterlagen zu einem anderen Wahlbezirk, wobei die Fahrzeuginsassen eine medizinische Maske zu tragen haben. <sup>4</sup>Vor dem Betreten des Wahlraumes soll sich jede Person die Hände desinfizieren.

(3) Abweichend von § 8 ist der Zutritt zum Wahlgebäude den Mitgliedern der Wahlvorstände und den wahlberechtigten Personen zur Ausübung ihres Wahlrechts auch dann zu gewähren, wenn sie nicht geimpft, genesen oder getestet sind.

(4) <sup>1</sup>Die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Maske im Wahlgebäude nach § 4 Abs. 1 Satz 1 gilt nicht für die Dauer einer vom Wahlvorstand angeordneten Abnahme der Maske zur Identitätsfeststellung. <sup>2</sup>Sie gilt ferner nicht für die Wahlvorstände während des Auszählens und der Ergebnisermittlung.

(5) <sup>1</sup>Soweit Personen, die sich auf Grundlage des Öffentlichkeitsgrundsatzes im Wahlgebäude aufhalten (insbesondere Wahlbeobachterinnen und Wahlbeobachter), nach § 4 Abs. 5 von der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung ausgenommen sind, dürfen sie sich in Wahlräumen zwischen 8 und 13 Uhr, zwischen 13 und 18 Uhr und ab 18 Uhr für jeweils längstens 15 Minuten aufhalten, in Briefwahlräumen für längstens 15 Minuten; zu den Mitgliedern des Wahlvorstands und den Hilfskräften muss jeweils ein Mindestabstand von 2 Metern eingehalten werden. <sup>2</sup>Die zeitliche Beschränkung nach Satz 1 gilt nicht, wenn die Person dem Wahlvorstand eine Testung im Sinne des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 in Verbindung mit Satz 3 Nr. 4 mit negativem Testergebnis nachweist.

## Dritter Teil

### Schlussbestimmungen

## § 21

### Weitergehende Regelungen und Anordnungen

(1) <sup>1</sup>Die örtlich zuständigen Behörden können weitergehende Anordnungen treffen, soweit es im Interesse des Gesundheitsschutzes erforderlich ist. <sup>2</sup>Dies gilt insbesondere beim Erreichen der Warnstufen 2 und 3.

(2) <sup>1</sup>Bei Anordnungen nach Absatz 1, die Kindertageseinrichtungen oder Schulen betreffen, sind vorrangig Maßnahmen in Betracht zu ziehen, die ein Aufrechterhalten des jeweiligen Betriebs ermöglichen. <sup>2</sup>Der Schulbesuch für die Teilnahme an Abschluss- oder Abiturprüfungen darf nicht untersagt werden.

(3) Bei Anordnungen nach Absatz 1, die Berufsbildungseinrichtungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 des Berufsbildungsgesetzes betreffen, darf der Besuch der Einrichtungen für die Durchführung und Teilnahme an berufsbezogenen Maßnahmen und Prüfungen nicht untersagt werden.

## § 22

### Ordnungswidrigkeiten

Verstöße gegen die §§ 4 bis 13 und die §§ 17 bis 20 stellen Ordnungswidrigkeiten nach § 73 Abs. 1 a Nr. 24 IfSG dar und können mit Geldbuße bis zu 25 000 Euro geahndet werden.

## § 23

### Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 25. August 2021 in Kraft und mit Ablauf des **8. Dezember 2021** außer Kraft.

(2) Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Niedersächsische Corona-Verordnung vom 30. Mai 2021 (Nds. GVBl. S. 297), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juli 2021 (Nds. GVBl. S. 559), außer Kraft.