



N i e d e r s c h r i f t
über die 154. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 20. Januar 2022
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus**
Unterrichtung..... 5
Aussprache 7
2. **Aufklären, Schützen, Impfen - gemeinsam 5. Corona-Welle verhindern!**
Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/10333](#)
Beratung..... 21
3. **Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10578](#)
Einbringung des Gesetzentwurfs, Verfahrensfragen..... 23
4. **Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung: Chancen digitaler Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität jetzt nutzen!**
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10576](#)
Beratung..... 27
5. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes und weiterer fachspezifischer Regelungen zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Niedersachsen**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/10546](#)
Vorstellung des Gesetzentwurfs 29
Verfahrensfragen..... 30

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

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

b) **Wohnungslose Menschen in Niedersachsen unterstützen und das Prinzip Housing First landesweit umsetzen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10574](#)

Beratung 31

7. **Vorbereitung einer Informationsreise des Ausschusses..... 33**

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

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

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

Von der Landtagsverwaltung:

Ministerialrat Wieseahn,
Regierungsrätin Keuneke.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrat Dr. Oppenborn-Reccius (Mitglied),
Ministerialrat Dr. Miller.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 12.34 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

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

Unterrichtung

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Sie haben sicherlich schon die aktuellen Zahlen vernommen, die Frau Schröder gleich im Detail ausführen wird. In Niedersachsen sind, glaube ich, erstmals mehr als 10 000 Corona-Infektionen an einem Tag hinzugekommen. Die Situation in den Krankenhäusern ist demgegenüber aber nach wie vor nicht dramatisch.

MDgt'in **Schröder** (MS): Wie der Herr Vorsitzende schon ausgeführt hat, steigen auch in Niedersachsen die Inzidenzen an.

Infektionszahlen

In absoluten Zahlen verzeichnen wir in Niedersachsen jetzt insgesamt mehr als 532 000 Infizierte in dieser Pandemie. Seit gestern sind 10 705 Infizierte dazugekommen. Damit hat die Steigerungsrate erstmals die Schwelle von 10 000 überschritten. Die Inzidenz liegt in Niedersachsen jetzt bei 512,3 und bundesweit bei 638,8.

In Niedersachsen verteilt sich die Inzidenz durchaus breit. Die Inzidenzen liegen zwischen 200 und 1 407,7. Die Stadt Delmenhorst führt schon seit Tagen die Liste an, dicht gefolgt von Harburg mit einer Inzidenz von 976,9, Verden mit 882,4, dem Landkreis Oldenburg mit 820,7, der Stadt Salzgitter mit 808,7 und dem Landkreis Osterholz mit 729,2. Das sind wirklich hohe Zahlen, wie wir sie aus den vergangenen Pandemiewellen nicht gekannt haben. Die Inzidenzen der übrigen Landkreise und Städte liegen zwischen 200 und 600. Anders als gestern, als in gar keinem Landkreis bzw. in keiner Stadt die Inzidenz unter 200 lag, liegt heute der Landkreis Northeim mit einer Inzidenz von 198,8 ganz knapp unter 200.

Die Inzidenzverteilung auf die Alterskohorten zeigt das Bild, das wir im Grunde auch zu erwarten haben, insbesondere vor dem Hintergrund, dass wir davon ausgehen, dass die Omikron-Virusvariante mit deutlich über 90 % die praktisch alles beherrschende Variante im Infektionsgeschehen ist, also die Neuinfektionen dominiert.

Die Infektionen finden ganz stark in den Altersgruppen 20 bis 39 sowie 40 bis 59 statt, also insbesondere in der Gruppe der erwerbstätigen Bevölkerung, die insgesamt 60 % der Neuinfektionen abbildet.

Bei der Höhe der Inzidenz sind natürlich die Altersgruppen im Schulbereich genauer zu betrachten. Die Inzidenz bei den Kindern zwischen 6 und 11 Jahren in Niedersachsen liegt bei 948,2 und bei den Kindern bzw. Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren bei 896,5, also deutlich über dem Landesdurchschnitt. Das zeigt, dass in den Altersgruppen, in denen wir noch nicht lange impfen können, die Inzidenzen deutlich höher sind.

In den Alterskohorten, in denen wir schon sehr gut durchgeimpft haben, z. B. in der Altersgruppe 60 Jahre und älter, haben wir bei den 60- bis 79-Jährigen eine Inzidenz von 130,8 und in der Altersgruppe 80 Jahre und älter eine Inzidenz von unter 100. In den Altersgruppen, in denen die Impfquote sehr hoch ist, ist also auch die Inzidenz deutlich niedriger.

Ein Blick auf das Risiko, das mit einer COVID-19-Erkrankung einhergeht: Wir haben in Niedersachsen aktuell auch bei den Verstorbenen eine Schwelle überschritten, nämlich die 7 000er-Schwelle. Seit dem 1. März 2020 sind in Niedersachsen 7 029 Menschen an einer COVID-19-Infektion verstorben. Die Mortalitätsquote in Niedersachsen ist die zweitniedrigste im Bundesgebiet; niedriger ist sie nur in Schleswig-Holstein. Bei der Frage, wie hoch, bezogen auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, das Risiko ist zu versterben, liegt Niedersachsen auf dem zweitniedrigsten Platz. Nichtsdestotrotz haben wir hier - um das noch einmal in Verhältnis zu setzen - mehr als 7 000 Tote zu beklagen.

Krankenhausauslastung

Richtig ist: Die Krankenhaussituation ist noch ruhig und immer noch stabil, auch wenn die Hospitalisierungsrate steigt. Ende Dezember betrug die Hospitalisierungsrate 4,1 bzw. 4,2; sie schwankte immer etwas. Aktuell, mit Stand von heute, beträgt die Hospitalisierungsrate 5,9. Sie nimmt also zu.

Gleichwohl fällt auf, dass Länder wie Dänemark und das Vereinigte Königreich mit deutlich heftiger und schneller hochschnellenden Hospitalisierungsraten zu kämpfen hatten. Das liegt offensichtlich daran, dass wir - anders als diese beiden

Länder - mit strikten Kontaktbeschränkungen in diese Omikron-Welle hineingegangen sind. In Dänemark und auch im Vereinigten Königreich sind die Kontaktbeschränkungen vollständig oder nahezu vollständig aufgehoben worden, sodass dort mit dem Eintreffen der Omikron-Virusvariante auch die Hospitalisierungsrate signifikant hochgeschwungen ist.

Auslastung der Intensivbetten

Richtig ist: Wir sehen im Intensivbereich derzeit nach wie vor ein Absinken der Intensivbettenauslastung; sie beträgt jetzt 4,9 %. Das ist aber noch kein Grund, sich zurückzulehnen. Denn es gibt ja bekanntlich immer eine zeitliche Verschiebung: Die Hospitalisierung startet etwas später, und eine Überweisung in den Intensivbereich erfolgt noch etwas später. Wir sehen im Moment im Krankenhaus auch noch viele Delta-Fälle, insbesondere im Intensivbereich.

Auffällig ist im Intensivbereich das Verhältnis zwischen Geimpften und Ungeimpften. Im Intensivbereich beträgt die Quote derjenigen, die in der Altersgruppe 60 und älter grundimmunisiert, also mit zwei Impfungen vollständig geimpft sind, durchschnittlich 26 % und bei den 18- bis 59-Jährigen 19,7 %. Diese Quote sinkt drastisch bei denjenigen, die dreimal geimpft worden sind, und zwar bei der Altersgruppe 60 Jahre und älter, auf 8 % - das ist entscheidend, weil das nach wie vor diejenige Altersgruppe ist, die das Mortalitätsrisiko trägt - und bei der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre auf 1,6 %. Das ist also wirklich ein enormer Impfschutz, der sich in den Krankenhäusern ganz eindeutig abbildet.

Das führt im Grunde genommen zu dem nächsten Thema:

Impfungen

Beim Impfen kommen wir bei den Impfquoten nach wie vor voran, wenn auch das Impftempo aus meiner Sicht deutlicher zunehmen könnte. Wir haben gegenüber November/Dezember wieder etwas an Fahrt verloren, aber wir liegen jetzt über alle Altersgruppen bei der Erstimpfung bei 76,9 %, bei der Zweitimpfung bei 74,4 % und bei der Drittimpfung bei 72,7 %. Wenn man nur die Gruppe der Erwachsenen ab 18 Jahren betrachtet, sind die Impfquoten natürlich entsprechend höher.

Nichtsdestotrotz ist im Vergleich zum Dezember auffällig, dass beim Impfen die Zurückhaltung der

Bürgerinnen und Bürger, die wir in der ersten Januar-Woche beobachtet haben, auch jetzt in der zweiten Januar-Woche durchaus noch angehalten hat. Wir impfen im Durchschnitt 60 000 bis 80 000 Menschen pro Tag. Das ist eine schöne Zahl, aber die Impfkapazitäten sind höher. Wir könnten fast doppelt so viele pro Tag impfen. Insofern sind die mobilen Impfteams und die Gesundheitsämter in Abstimmung mit uns jetzt noch einmal gefordert, wieder Impfaktionen bzw. kleine Impfevents anzubieten, um die Lust auf das Impfen wieder zu erhöhen. Wir haben auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eindringlich gebeten, darauf zu achten und noch einmal deutlich für das Impfen zu werben.

Wir müssen die Lage noch weiter beobachten. Insgesamt haben wir in Niedersachsen seit dem 1. Oktober 2021 allein im System der mobilen Impfteams und der niedergelassenen Ärzte deutlich mehr als 4,8 Millionen Menschen geimpft. Das ist sehr beachtlich. Aber wir müssen natürlich sehen, dass die Auffrischungsquote über alle Altersgruppen hinweg unter 60 % liegt, nämlich bei 52,7 %. In der Altersgruppe 18 Jahre und älter ist die Quote deutlich höher, nämlich 62 %. Das ist ein guter Wert. Bei den über 60-Jährigen beträgt die Auffrischungsquote schon 74,2 %. Das ist ja eine wirklich wichtige Gruppe. Aber wir müssen weiterkommen. Ich habe deswegen gerade gezeigt, wie sich die Situation auf den Intensivstationen darstellt. Die dritte Impfung ist also wirklich wichtig und hilfreich.

Als vollständig geimpft gelten seit Samstag, dem 15. Januar 2022, nach den Darstellungen des Paul-Ehrlich-Instituts - darauf verweist ja die Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung des Bundes - alle Personen, die - unabhängig von der Impfstoffart - zweimal geimpft worden sind oder einmal geimpft und einmal genesen sind. Diese Personen sind grundimmunisiert oder vollständig geimpft. Als geboostert gelten alle, die eine dritte Impfung bekommen haben.

Es geht uns natürlich darum, zum einen die Impfquote bei den Zweitimpfungen noch deutlich zu erhöhen, aber auch bei den Auffrischungsimpfungen, bei den dritten Impfungen, weiter voranzukommen.

Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Vor dem Hintergrund, dass durch den § 20 a des Infektionsschutzgesetzes ab dem 15. März 2022 für den Bereich des Gesundheitssektors im wei-

testen Sinne - also Gesundheit und Pflege - eine einrichtungsbezogene Impfpflicht gelten wird, die am 15. März 2022 scharfgeschaltet wird, ist es natürlich immens wichtig, dass wir bis dahin alle in diesem Bereich Tätigen gut geimpft haben.

Die EU hat bekanntlich den Impfstoff der Firma Novavax zugelassen. Das ist ein sogenannter Proteinimpfstoff. Dieser Impfstoff wird - anders als die bisher zur Verfügung stehenden Impfstoffarten - nach herkömmlicher Art und Weise entwickelt und hergestellt. Er wird Deutschland in der 8. Kalenderwoche ausgeliefert. Das heißt, dann steht er hier zur Verfügung und wird er auf die Bundesländer verteilt. Wir werden diesen Impfstoff bevorzugt Personen anbieten, die von dieser Impfpflicht betroffen sind und noch nicht geimpft worden sind. Wir machen diesen Beschäftigten bzw. dort Tätigen - es sind ja nicht nur die abhängig Beschäftigten -, also allen, die dort tätig sind, exklusiv dieses Impfangebot. In der ersten Auslieferungswelle wird nur eine begrenzte Menge dieses Impfstoffs zur Verfügung stehen, sodass wir damit noch nicht breit in die Verimpfung gehen, sondern dann diesen Personen bevorzugt ein Impfangebot machen wollen.

Testungen, Situation der Labore

Ein anderes Thema, das mit der Omikron-Virusvariante zusammenhängt, sind die Testungen. Die Laborsituation ist spürbar angespannt. Dort gibt es noch Kapazitäten, aber wir haben den Scheitel der Welle noch nicht erreicht. Den werden wir etwa in vier Wochen erreichen. Das heißt, die Auslastung der Labore wird noch weiter steigen. Deswegen haben die Länder schon sehr frühzeitig gegenüber dem Bund darauf gedrungen, dass es für die Labore auch eine Priorisierungsverpflichtung geben muss, in welcher Reihenfolge Proben zuerst untersucht werden. Mit dem Entwurf der Testverordnung, den der Bund gestern vorgelegt hat, ist dem jetzt auch Rechnung getragen. Danach sollen dann Proben aus Krankenhäusern, aus Pflegeeinrichtungen, aus Eingliederungshilfeeinrichtungen und den entsprechenden Diensten vorrangig untersucht werden, damit wir insbesondere in diesem Bereich sehr schnelle valide Ergebnisse erhalten, zumal diese Beschäftigten auch beim Freitesten weiterhin auf einen PCR-Test angewiesen sind. Für alle anderen wird dringend empfohlen, auf einen Schnelltest unter Aufsicht abzustellen; denn das ist ausreichend. Wir müssen bei diesen hohen Anzahlen die Laborkapazitäten nicht durch solche Testungen weiter belasten.

So weit zunächst einmal der kurze Lagebericht von meiner Seite. Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Aussprache

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für die Informationen. Ich habe zu drei Themen Fragen.

Erstens. Sie haben eben die Formulierung „etwas später“ gewählt, um den Abstand zwischen der Einweisung ins Krankenhaus und der eventuellen Einweisung auf die Intensivstation zu beschreiben. Bei Infektionen mit der Omikron-Virusvariante verschieben sich ja die Behandlungslängen und Abstände etwas. Ich glaube, früher war von 14 Tage Abstand die Rede. Gibt es schon Erkenntnisse über den Abstand z. B. aus Dänemark oder Großbritannien? Wir beobachten ja alle, wie sich welche Welle entwickelt. Wann muss man also damit rechnen, dass die Auslastung der Intensivstationen die aktuell ansteigenden Krankeneinweisungen widerspiegelt? Gibt es dazu schon Zahlen?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Kontaktnachverfolgung. Haben Sie Rückmeldungen oder einen Überblick darüber, was die Gesundheitsämter überhaupt noch schaffen? Nehmen sie nur noch einmal mit den Infizierten Kontakt auf, und überlassen sie es dann Infizierten komplett - wie man das in der Presse aus anderen Bundesländern liest -, deren Kontakte selber zu informieren? Wie viel Kontaktnachverfolgung findet also noch statt?

Drittens. Sie haben eben auf die Änderungen im Bereich des Geimpften- und Genesenen-Status hingewiesen. Wir haben ja in unserer Verordnung eine Verweisung auf die Regelungen im Infektionsschutzgesetz des Bundes - andere Länder müssen das extra regeln -, sodass solche Änderungen, die der Bundesrat am Freitag beschlossen hat, automatisch gelten. Jetzt stehen ja neue Regelungen auf der Seite des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts. Viele Leute waren überrascht bzw. irritiert über die Verkürzung des Status bei denjenigen, die z. B. mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson geimpft worden sind. Ist es ein Thema in der Gesundheitsministerkonferenz gewesen, wie man diese Dinge in Zukunft so kommuniziert, dass die Menschen sie mitbekommen? - Als ich das erste Mal davon gehört habe, habe ich beim RKI nachgesehen. Dort

stand damals nur „aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse“. Jetzt steht dort ein kleiner Absatz, der darauf abzielt, warum der Genesenen-Status verkürzt worden ist. Aber ich fand die Kommunikation in diesem Bereich - vorsichtig ausgedrückt - ausbaufähig. War es ein Thema bei der Gesundheitsministerkonferenz, wie man diese Dinge besser kommunizieren kann?

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Vielen Dank für die erneute umfassende Unterrichtung.

Haben Sie eine aktuelle Einschätzung zu der Verteilung der Impfungen? Sie haben erwähnt, dass 60 000 bis 80 000 Impfungen pro Tag durchgeführt werden. Haben Sie einen Überblick darüber, wie viele dieser Impfungen auf Kinderimpfungen, auf die Gruppe der 11- bis 19-Jährigen und auf die Gruppe der Booster-Impfungen entfallen? Es wäre sehr interessant, wenn Sie diese Zahlen noch etwas auffächern könnten.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Schönen Dank für die Unterrichtung. Ich habe mehrere Fragen.

Zunächst einmal knüpfe ich an das an, was Frau Schütz eben zu dem Impfstoff von Johnson & Johnson gesagt hat. Für diejenigen, die mit diesem Impfstoff geimpft wurden, ist es ja etwas misslich. Sie haben alles richtig gemacht, aber auf einmal müssen sie sich testen lassen. Ist daran gedacht, dass man dort zumindest Übergangsfristen einräumt, damit diese Menschen jetzt nicht ohne Schuld zusätzliche Testverpflichtungen haben? - Andererseits dienen die Testverpflichtungen natürlich der Sicherheit.

Wir wissen, dass die Omikron-Virusvariante hochansteckend ist, aber die Verläufe glücklicherweise etwas milder sind. Gibt es schon Erkenntnisse darüber, ob diese Virusvariante auch Auswirkungen auf Long-COVID hat? Treten bei einer Infektion mit der Omikron-Virusvariante weniger Long-COVID-Symptome auf? Sind die Folgen dieser Infektion also nicht so lang, oder muss man leider auch damit rechnen, dass bei einer Ansteckung mit der Omikron-Virusvariante Long-COVID auftritt und sich die Menschen, die erst nur sehr milde Verläufe haben, trotzdem nicht richtig davon erholen?

Sie sind auch auf die PCR-Tests eingegangen. Dazu gab es ja auch Schlagzeilen. Gibt es in Niedersachsen inzwischen schon einen Mangel an Testungen, die unbedingt erforderlich sind, oder

haben wir noch so viele PCR-Tests, dass nicht so lange darauf gewartet werden muss?

Abschließend habe ich noch eine allgemeine Frage. Wir haben uns im Ausschuss schon häufiger damit beschäftigt, dass die Verordnung immer komplizierter wird und dass selbst wir hin und wieder schon Probleme damit haben, die Regelungen sofort nachzuvollziehen und sofort eine Auskunft darüber geben zu können, obwohl wir uns wöchentlich damit beschäftigen. Arbeitet die Landesregierung daran, die Verordnung zu vereinfachen, sodass wir mehr allgemeine Regeln und weniger Spezialregelungen für bestimmte Situationen haben?

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe dazu zwei Fragen.

Zum einen hat mir der Herr Staatssekretär in einem Gespräch Anfang dieser Woche angekündigt, dass es jetzt Modellberechnungen des Expertenrats der Bundesregierung dazu geben wird, in welcher Relation zur Delta-Variante die Omikron-Variante, die sich ja sehr rasch verbreitet hat, aber milder verläuft, zu Krankenhauseinweisungen führt. Liegen diese Ergebnisse schon vor?

Zum anderen möchte ich Sie bitten - das muss aber sicherlich nachgereicht werden -, sich die Zahlen in Schweden noch einmal anzusehen. Ich habe erfahren, dass es in Schweden keine Beschränkungen in Bezug auf Mundschutz, Abstandsregelungen usw. gibt. Mich würden die Infektionsraten und die Krankenhausraten in Bezug auf Normalstationen und Intensivstationen interessieren, damit man daraus vielleicht Schlüsse ziehen kann. Das ist ja sozusagen ein Experiment, das anders verläuft als bei uns.

In Bremen gibt es bisher eine sehr hohe Impfungsrate und auch Drittimpfungsrate. Dort verbreitet sich das Omikron-Virus aber auch sehr schnell. Insofern müsste man von dort auch einen Hinweis darauf bekommen, wie gut die Impfung sozusagen im Realexperiment schützt. Das würde mich auch interessieren.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung.

Erstens. Sie haben die Quote der Auffrischungsimpfungen in den verschiedenen Altersgruppen genannt. Ich bitte darum, dass uns auch die Impfquoten nach Alter und Landkreisen gestaffelt mitgeteilt werden. Bei manchen Landkreisen kann ich die Impfquoten auf deren Homepage nach-

vollziehen, bei anderen aber nicht. Ich glaube, ein solcher Überblick wäre sehr sinnvoll, um sehr genau zu schauen, in welchen Landkreisen hinsichtlich der Impfkampagne nachgesteuert werden muss.

Meine zweite Frage bezieht sich auf den Ablauf. Die aktuelle Verordnung gilt bis zum 2. Februar 2022. In der nächsten Woche findet das Plenum statt. Wie soll die neue Verordnung beraten werden, und wie soll die Beteiligung zumindest des Sozialausschusses sichergestellt werden? Das alles müsste ja eigentlich in der Plenum-Woche passieren. Mich interessiert, welcher Zeitablauf diesbezüglich geplant ist, damit wir uns darauf einstellen können.

Drittens zur Impfpflicht. In § 20 a des Infektionsschutzgesetzes ist aufgelistet, welche Gruppen unter die Impfpflicht fallen. Bei meiner Recherche ist mir sehr deutlich geworden, dass ein Teil, gerade auch aus dem öffentlichen Dienst, darin nicht vertreten ist, nämlich die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes. Darauf habe ich auch in der letzten Sitzung hingewiesen. Welche Möglichkeiten haben wir als Land, in diesem Bereich hinsichtlich der Impfpflicht nachzusteuern? Ich halte das aktuell nicht für ausreichend.

Viertens zu den PCR-Tests und deren Priorisierung. Sie haben ausgeführt, dass die Testverordnung seitens des BMG vorliegt. Die Testverordnung soll ja am Montag in der MPK beraten und eventuell beschlossen werden. Wie schnell kann dann die Priorisierung umgesetzt werden?

Fünftens. Gibt es konkrete Vorgaben für das Freitesten über die PoC-Schnelltests, damit sichergestellt ist, dass diese Schnelltests laborgeprüft bzw. qualitätsgeprüft sind und die Ergebnisse sicher sind? Denn wir stellen aktuell fest, dass bei der Omikron-Virusvariante die Virenlast im Rachenbereich größer ist als im Nasenbereich. Gibt es dafür gewisse Vorgaben, um wirklich sichere Testergebnisse zu bekommen und diesen Kreislauf letztendlich zu unterbrechen? Nicht dass der Schnelltest negativ ist und sich der Getestete wieder frei bewegt, obwohl er noch eine Virenlast hat oder infiziert ist. Das ist mir sehr wichtig.

Sechstens. Ich möchte gerne an die Frage von Frau Schütz und Burkhard Jasper hinsichtlich des Übergangs anschließen - Stichworte Quarantäne-Verordnung, Veränderung Johnson & Johnson, drei Monate Genesenen-Status. Wie bewerten Sie das als Landesregierung? Wie kann das aus-

reichend kommuniziert werden, damit das dann auch zur Anwendung kommt? Ich höre im Moment und merke das auch an Nachfragen, dass es diesbezüglich große Irritationen gibt und die Menschen verunsichert sind.

Siebtens möchte ich noch auf die Schultests zurückkommen. Ist mittlerweile sichergestellt, dass keine Restbestände von nicht ausreichend sensitiven Tests an den Schulen weiter verteilt worden sind? Sind diese zurückgerufen worden? Wie kontrolliert das Land das, oder bleibt das den Schulen überlassen?

Abschließend zur Testpflicht für Kinder, die ja jetzt endlich für Kitas kommt. Gibt es auch dafür schon spezielle Listen, welche Tests mit einer hohen Sensitivität für die Kindertagesstätten zulässig sind?

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Zu der Kita-Testpflicht hat Frau Janssen-Kucz schon eine Frage gestellt. Ich möchte dazu erstens noch ergänzen: Die Mitarbeiter in den Kitas weisen darauf hin, dass das dauerhafte Tragen einer FFP2-Maske während der Arbeit nicht zumutbar ist. Das kann ich gut nachvollziehen. Wie sieht es das Sozialministerium, dass man dann, wenn die Testpflicht für die Kita-Kinder eingeführt worden ist, eventuell auf die FFP2-Masken im Arbeitsalltag verzichten könnte?

Zweitens habe ich noch eine ganz spezielle Frage zu dem großen Ankunftszentrum in Bad Fallingbostel. Dort kommen 5 000 Flüchtlinge an. Man hat jetzt eine Entzerrung vorgenommen - was sehr gut ist, damit auch die Sicherheitsabstände eingehalten werden -, indem man noch das ehemalige Camp Oerbke hinzugenommen hat. Trotzdem sind noch 500 Flüchtlinge mehr in dem Camp. Die Entzerrung findet auch über Jugendherbergen in Aurich, Bad Zwischenahn und Emden statt. Es ist aber überhaupt nicht bekannt, ob diese Menschen auch geimpft werden. Hat man in Erwägung gezogen, diesen Menschen auch ein Impfangebot zu machen? Das wäre ja durchaus sinnvoll. Denn in dem Ankunftszentrum, in dem alle Daten erfasst werden, stehen ja auch Dolmetscher zur Verfügung. Denn oftmals sind gerade Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund fehlender Deutschkenntnisse nicht in der Lage, das alles zu durchdringen. Ich habe selber einmal bei einer Booster-Impfung erlebt, wie mühselig die Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund ist, die sich erstmalig haben imp-

fen lassen, aber der deutschen Sprache noch nicht mächtig sind.

Daher interessiert mich Ihre Einschätzung, inwieweit man hier auch ansetzen könnte. Sobald eine Anerkennung erfolgt ist oder das Verfahren läuft, werden diese Menschen den Kommunen in vernünftige Wohnverhältnisse zugewiesen. Daher sollte man ihnen das Angebot machen, dass sie geimpft werden können.

Drittens. Mittlerweile geistert überall durch die Medien, dass eine vierte Impfung unabdingbar ist. Wir wissen aber auch, dass sie erst dann erfolgen kann, wenn ein angepasster Impfstoff zur Verfügung steht. Das ist ja zurzeit noch nicht der Fall. Aber es sind ganz viele Menschen verunsichert, weil sie nicht wissen, wie lange ihre Booster-Impfung überhaupt gültig ist. Dem sollten wir nachgehen, damit wir ihnen eine sehr konkrete Auskunft geben können und damit sie auch eine Orientierung haben - nicht dass es heißt, nach drei Monaten, nach einem halben Jahr oder nach neun Monaten muss man erneut geimpft werden. Es ist eine Unsicherheit vorhanden, weil medial - konkret von Herrn Lauterbach - jeden Tag wieder andere Informationen kommen. Hierzu hätte ich gerne eine Auskunft.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Angesichts der hohen Zahlen bei den Kindern und Jugendlichen, die sich jetzt mit der Omikron-Virusvariante anstecken, hatte ja unser Ministerpräsident angekündigt, dass überlegt wird, die Ausnahme von der Testpflicht für Kinder und Jugendliche abzuschaffen. Derzeit sind Kinder und Jugendliche noch von der Testpflicht ausgenommen, wenn sie sich außerhalb der Schule bewegen, weil sie regelmäßig in der Schule getestet werden. Welche Pläne hat das Ministerium, um dann einen guten Übergang zu schaffen? Ich verweise hierzu auf das Beispiel der mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson Geimpften. Viele hat das wirklich überrascht. Sie haben das zum Teil gar nicht mitbekommen und hatten eventuell gar keine Chance, jetzt diese dritte Impfung vorzunehmen, weil sie davon ausgegangen sind, dass sie von der Testpflicht noch ausgenommen sind. Eine solche Situation finde ich ganz schwierig. Deswegen müsste man eigentlich immer nach vorne schauen und schon mal für den Fall der Fälle planen.

Insofern meine Frage: Was plant das Ministerium, um die Kinder und Jugendlichen auf eine solche Situation vorzubereiten? Gibt es verstärkte Impfaktionen in den Schulen? Wie soll das kommuni-

ziert werden, wenn die Ausnahme von der Testpflicht abgeschafft wird? - Ich persönlich fände das wirklich schwierig - das gebe ich auch zu -, weil die Kinder und Jugendlichen ohnehin schon sehr eingeschränkt sind und weil ich befürchte, dass ihre Freizeitmöglichkeiten dadurch eingeschränkt werden. Nicht jeder hat einen einfachen Zugang zu einem zusätzlichen Test bzw. zu einem Testzentrum. Insofern habe ich diesbezüglich Befürchtungen. Insofern interessiert mich, wie man das vorbereiten will, wenn diese Entscheidung getroffen werden sollte.

Ich habe eine weitere Frage zu den Tests für die Schulen. Das klang ja eben auch schon an. In der Elternschaft besteht eine hohe Unsicherheit, wie aussagefähig die Tests bei der Omikron-Variante sind. Viele machen sich jetzt die Mühe und gleichen die Testkits mit der Liste der sicheren Testkits ab, die vom RKI herausgegeben worden ist. Letztendlich ist das aber extrem schwierig, weil manche Testbezeichnungen wieder unter Ober-testbezeichnungen fallen und Eltern das im Prinzip gar nicht überprüfen können.

Die Frage lautet: Können Eltern sicher sein, dass die Aussagekraft des Tests, den sie bei ihren Kindern anwenden, zumindest nicht bei 14 % liegt, wie mir manche Eltern berichtet haben? Ich gebe das einfach nur so wieder, aber weiß nicht, ob das so richtig ist oder nicht. Überprüft das Land das also?

Meine letzte Frage: Ich werde immer wieder gefragt, warum in den Schulen nicht Trennwände eingebaut werden. Können Sie - abgesehen davon, dass der Aufwand sehr groß wäre - etwas zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen sagen, ob solche Trennwände in Schulen überhaupt sinnvoll sind? Ich bin zum Teil der Kritik ausgesetzt: „Na ja, du sitzt im Landtag, hast dort schön deine Trennscheibe und brauchst keine Maske aufzusetzen, aber die Schüler sitzen mit 26 anderen Personen in einer Klasse, und hier ist der Staat nicht in der Lage, den Schülern mit Trennscheiben eine Erleichterung zu verschaffen!“ Ich kann mir vorstellen, welche Argumente dagegensprechen - einmal abgesehen davon, dass Trennscheiben für so viele Schulen vermutlich gar nicht zu beschaffen sind -, aber vielleicht haben Sie dazu wissenschaftliche Erkenntnisse.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich werde die Fragen chronologisch beantworten und hoffe, dass ich nichts vergesse und dabei keine Doppelungen habe.

Die erste Frage lautete: Wie ist bei der Variante Omikron das Verhältnis zwischen den Hospitalisierungsfällen und der Intensivbettenauslastung? Wie ist das auf der Zeitschiene zu betrachten? - Nach den uns vorliegenden Unterlagen und auch Studienlagen insbesondere aus dem Vereinigten Königreich ist bei Omikron die Intensivbettenbelegung prozentual niedriger als bei Delta. Man muss dabei aber das Alter der Bevölkerung berücksichtigen. Die schweren Verläufe sind an das Alter gebunden. Deutschland gehört zu den Ländern mit einer ausgesprochen alten Bevölkerung. Wir haben noch kein hohes Virusgeschehen in diesen Altersgruppen. Wir gehen also davon aus, dass in der Zeitachse - wenn auch etwas verzögert im Vergleich zur Delta-Variante - mit dem Anstieg der Infektionen in der Altersgruppe 60 Jahre und älter deutlich mehr Überweisungen aus dem Krankenhaus in die Intensivstationen erfolgen werden. Denn auch in Dänemark und im Vereinigten Königreich werden insbesondere die älteren Menschen im Intensivbereich behandelt.

Von daher ist der Anteil derer, die bei einer Omikron-Infektion im Krankenhaus behandelt werden, ohne ein Intensivbett zu benötigen, höher als bei der Delta-Variante. Mit zunehmendem Alter verschimmt sozusagen dieser Effekt aber wieder, während auf der reinen Zeitachse die Dauer zwischen einer Einweisung ins Krankenhaus und der Verlegung auf die Intensivstation ungefähr gleich ist; dabei gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

Zur Kontaktnachverfolgung ist auch mehrfach gefragt worden: Was ist dabei leistbar? - Wir haben die Gesundheitsämter schon vor Weihnachten über das NLGA gebeten, sich dann, wenn die Inzidenzen hochgehen, wirklich auf die sogenannten Indexfälle zu konzentrieren, also das Ziel einzuhalten, dass alle Infizierten innerhalb von 48 Stunden vom Gesundheitsamt informiert werden. Man muss allerdings sagen: Zwei Tage - das sind ja 48 Stunden - sind auch schon eine lange Zeit, wenn man infiziert ist. Aber das ist sozusagen der Rahmen, den wir gesteckt haben. Alle Gesundheitsämter kämpfen auch wirklich darum, das zu erreichen.

In der Tat haben wir bei der Nachverfolgung von Kontaktpersonen darauf verwiesen, dass sich dann auf Pflegeeinrichtungen zu konzentrieren ist, weil sich dort die vulnerablen Gruppen befinden. Im Übrigen werden auch die Infizierten gebeten, ihre Kontakte selbst zu informieren. Das lässt sich nicht anders darstellen. Im Vorteil sind dieje-

nigen - das sage ich ganz offen -, die die Corona-Warn-App nutzen, weil darüber die Warnung gleich digital erfolgt. Ein hoher Anteil der Bevölkerung verfügt ja bereits über diese App, aber noch nicht alle. Das wird sich jetzt sicherlich noch vermehren. Wir müssen dabei aber realistisch sein: Für die Gesundheitsämter ist es bei diesen hohen Inzidenzen nicht darstellbar, dass sie die Kontaktnachverfolgung so betreiben, als hätten wir eine Inzidenz von unter 50. Das ist einfach nicht leistbar.

Mehrfach angesprochen wurde die Änderung des Status für Geimpfte und Genesene. Zum Beispiel bei dem Impfstoff von Johnson & Johnson ist seit dem 15. Januar 2022 nur derjenige voll geimpft, also vollständig grundimmunisiert, wer nach einer ersten Impfung mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson eine zweite Impfung mit einem mRNA-Impfstoff erhalten hat. Es sind dabei also auch zwei Impfungen nötig. Gleichzeitig wurde die Dauer des Genesenen-Zertifikates auf 90 Tage bzw. drei Monate verkürzt.

Ein wirklich großes Thema in den Arbeitsgruppen mit dem Bund im Bereich des Infektionsschutzes, die ja einmal pro Woche tagen, aber auch in der GMK, die mindestens einmal pro Woche mit dem Bund tagt, war, dass hier zukünftig eine andere Kommunikationsstrategie erforderlich ist; denn dabei gibt es in der Tat noch Luft nach oben. Es ist extrem wichtig, dass wir gut kommunizieren, weil wir die Menschen ja erreichen und nicht verlieren wollen. Jemanden vor den Kopf zu stoßen, ist nicht das Ziel unserer Maßnahmen - ganz im Gegenteil. Insofern ist ganz klar und deutlich adressiert worden, dass wir hier andere Kommunikationsstrategien brauchen.

Richtig ist: Wir verweisen in unserer Verordnung auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und haben darüber eine dynamische Verweisung.

Die Auffächerung der Impfungen auf die einzelnen Altersgruppen kann ich gerne noch vornehmen. Das habe ich vorhin nicht so en détail dargestellt. Wir haben bei den Auffrischungsimpfungen bereits insgesamt 18 % der 12- bis 17-Jährigen ein drittes Mal geimpft. Von den Volljährigen sind 62 % ein drittes Mal geimpft. Das verteilt sich auf die Altersgruppe 18 bis 59 Jahre - also die Haupterwerbstätigen - mit 55,4 % und auf die Gruppe 60 plus, in der auch noch eine große Gruppe Erwerbstätiger enthalten ist, mit 74,2 %.

Bei den zweiten Impfungen liegen wir in der Altersgruppe 12 bis 17 Jahre bereits bei 62,3 %. Das ist die Altersgruppe mit dem schnellsten Zuwachs. In dieser Gruppe wird das Impfangebot also sehr gut angenommen. Wenn wir nur die Volljährigen betrachten, haben wir schon eine Zweitimpfquote von 84,7 % - bei den 18- bis 59-Jährigen eine Zweitimpfquote von 81,8 % und bei den 60-Jährigen und ältere eine Zweitimpfquote von 90 %. Dabei sind wir in Niedersachsen in der Zielgröße. Ich gehe davon aus, dass wir auch bei den dritten Impfungen weiter vorankommen, weil viele unter 70-Jährige von ihren Hausärzten jetzt erst im Januar Impftermine für die dritte Impfung bekommen haben. Das ist die Rückmeldung, die wir aus dem Niedergelassenen-Bereich bekommen.

Sehr erfreulich ist, dass wir auch in der Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen schon Zweitimpfungen vorgenommen haben. Auch dort sind schon 5,2 % der Kinder ein zweites Mal geimpft worden, obwohl wir erst im Dezember damit begonnen haben. In dieser Altersgruppe haben wir insgesamt 15,2 % Erstgeimpfte. Das ist auch angenommen worden, aber da ist noch einiges zu tun.

Erstgeimpft sind - das ist vielleicht bei den anderen nicht so interessant - in der Gruppe der Volljährigen insgesamt 86,6% und bei den 12- bis 17-Jährigen 67,6 %, bei den über 60-Jährigen 91,2 % und bei den 12- bis 59-Jährigen 77,8 %.

Wir liegen mit allen diesen Prozentsätzen über dem Bundesdurchschnitt. Wir sind, glaube ich, an der sechsten Stelle bei den Erst- und Zweitimpfungen im Vergleich der Bundesländer und an der vierten Stelle bei den Auffrischungsimpfungen. Da sind wir also durchaus schnell.

Es ist mehrfach gefragt worden, ob bei der Verkürzung des Status nach einer Impfung mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson Übergangsfristen vorgesehen sind. - Die Regelungen, wer wie lange als vollständig geimpft oder als genesen gilt, sind alles Bundesregelungen, die wir als Land nicht verändern können. In dem Moment, in dem der Bund davon Gebrauch macht, haben wir keine eigenständigen Regelungskompetenzen.

Natürlich prüfen wir bei dem Thema Testen sehr wohl auch, welche Varianten es gibt. Wir haben ja jetzt auch eine neue Kategorie eingeführt: frisch geimpft und frisch genesen. Daran hängen ja auch Fristen. Wir haben hinsichtlich der nächsten

Änderung unserer eigenen Landesverordnung vielleicht keine Übergangsfristen, aber auch die Fragen im Blick, wie lange die zweite Impfung gilt, welche Wirkung sie hat und ab wann die Testpflicht beginnt. Wir werden das mit einbeziehen. Es ist auch Gegenstand der Abstimmung zwischen den Bundesländern, wie damit umzugehen ist. Auch das wird in unsere Überlegungen mit einfließen.

Die Frage, wie sich Omikron aufgrund der milden Verläufe auf Long-COVID auswirkt, ist ein Thema, das wir wöchentlich in der GMK mit dem Bund diskutieren, das aber auch in den Arbeitsgruppen im Bereich des Infektionsschutzes diskutiert wird. Dazu gibt es noch keine Studienlagen, auch international nicht, auch beispielsweise aus dem Vereinigten Königreich nicht. Es gibt aber die Erkenntnis, dass auch bisher schon COVID-19-Infizierte mit milden Verläufen durchaus auffällig häufig von Long-COVID-Symptomen betroffen sind. Von daher wage ich dazu noch gar keine Prognose. Es wird intensiv daran gearbeitet, dazu auch Studienlagen zu bekommen. Aber ich kenne jetzt noch keine. Wir haben das aber wöchentlich mehrfach auf der Tagesordnung. Das ist natürlich eine ganz wichtige Information für die Betroffenen und auch für den Gesundheitssektor.

Bei der Frage, ob es einen Mangel an PCR-Testkapazitäten in Niedersachsen gibt, müssen wir zwischen dem Testmaterial als solchem und den Laborkapazitäten unterscheiden. Die Industrie meldet, dass sie die Testproduktion hochskaliert hat. Da haben wir also noch keinen Mangel. Aber eine zweite Begrenzung sind ja immer die Laborkapazitäten, die sich schlicht nur begrenzt nach oben skalieren lassen. Die Labore sind aufgefordert, ihre Kapazitäten für die nächsten acht Wochen bis zum Anschlag hochzufahren. Man muss realistisch sehen, dass das auch Auswirkungen auf die Beschäftigten dort hat. Die Labore haben das auch zugesagt. Insofern haben wir momentan noch keine wirklichen Engpässe - jedenfalls nicht flächendeckend größerer Art. Aber da wir den Scheitelpunkt der Omikron-Welle noch nicht erreicht haben, gehen wir davon aus, dass wir noch in den Bereich kommen können, in dem wir die Priorisierung, die jetzt mit der Änderung der Testverordnung eingeführt wird, nutzen müssen.

Die Verordnungen werden in der Tat immer komplizierter. Zu dem Wunsch nach einfacheren Verordnungstexten mit allgemeinen Regeln: Wir machen auch bei den allgemeinen Regeln die Erfah-

rung, dass sich niemand mit seinem Einzelfall darin wiederfindet und die Anzahl der Anfragen dadurch nicht geringer wird. Mein Eindruck ist auch: Es liegt gar nicht daran, dass die Verordnungen komplizierter werden, sondern mehr an der Situation, die wir ja sonst nie haben, dass wir immer wieder innerhalb kurzer Zeit neue Änderungen der Verordnung haben. Viele Menschen verlieren dabei den Überblick und fragen sich: Was gilt denn jetzt aktuell? - Man kann sich nie darauf verlassen, dass das, was man gerade verstanden hat, auch morgen noch gilt; denn dann gilt schon wieder etwas Neues. Ich glaube, das ist die riesige Herausforderung, die wir der Bevölkerung zumuten, die schlicht der Infektionslage geschuldet ist, weil wir ja immer wieder darauf reagieren müssen. Aber am Ende ist das auch unser Anspruch. Wir versuchen, alles gut zu übersetzen und zu vermitteln. Die Klicks und die Inanspruchnahme z. B. der Grafiken, die wir auf den Seiten zur Verfügung stellen und die man auch im Alltag an allen möglichen Stellen wiederfindet, weil sie in Einrichtungen, Betrieben und Unternehmen ausgehängt werden, zeigen, dass das wirklich nötig ist. Ich gehe davon aus, dass das auch sehr zu einem besseren Verständnis für die Verordnungslagen beiträgt.

Die von uns angekündigten Modellberechnungen des Bundes liegen uns leider noch nicht vor. Sie sind vom Bund gestern in der Konferenz der Chefs der Staatskanzleien vorgestellt worden - aber nur virtuell. Das war ein riesiger Foliensatz. Es ist zugesagt worden, dass das uns Ländern zugeht. Noch haben wir das nicht. Ich habe nur ein, zwei Fotos, mit denen man aber gar nichts anfangen kann. Das waren so viele Folien, dass alle aufgegeben haben, sie zu fotografieren; man kann das auch nicht gut erkennen.

Wir schauen uns in regelmäßigen Abständen auch immer wieder die Situation in anderen EU-Staaten an. Ich nehme den Hinweis auf Schweden sehr gerne mit und werde Ihnen das entweder kurz schriftlich ausführen oder in der nächsten Woche berichten. Auf jeden Fall kann ich gerne über die Inzidenzen und Krankenhausraten in anderen Ländern, insbesondere auch in Schweden, berichten. Das mache ich gerne.

Ferner ist darauf verwiesen worden, dass Bremen eine sehr gute und hohe Impfquote bei den Zweitimpfungen hat, aber auch bei den Drittimpfungen bzw. Auffrischungsimpfungen ganz weit oben liegt, aber trotzdem eine hohe Inzidenz aufweist. Hier zeigt sich unter Umständen - weil wir

schon lange nicht mehr nach Postleitzahlen impfen -, dass Bremen eine hohe Anzahl von Einpendlern hat, die sich dort gleich in der Nähe ihres Arbeitsplatzes impfen lassen, weil das einfach praktisch ist, aber dann mit ihrem Impfschutz an ihren Wohnort zurückkehren und dann am Wohnort als Inzidenzfälle gezählt werden und nicht dort, wo sie sich haben impfen lassen. Ich glaube, das holt Bremen gerade etwas ein. Bremen hat immer wieder darauf hingewiesen, dass sie auch eine hohe Anzahl von Einpendlern impfen. Deswegen haben wir, als der Impfstoff noch rationiert war, regelmäßig Impfstoff an Bremen abgegeben, weil dort auch eine hohe Anzahl von Niedersachsen geimpft worden ist.

Eine altersgestaffelte Übersicht über die Impfquoten in den Landkreisen und kreisfreien Städten haben wir aktuell nicht. Wir sind dabei, die Daten, die das RKI zur Verfügung stellt, noch einmal auszuwerten und dann auch entsprechend zur Verfügung zu stellen. Ich nehme das mit, inwieweit es möglich, die Daten auch altersgestaffelt auszuwerten. Das hängt davon ab, ob diese Altersstaffelung in den RKI-Daten enthalten ist. Wenn ja, nehme ich das gerne mit auf. Dazu werde ich in der nächsten Woche eine Rückmeldung geben.

Zu der Frage, wie die Beteiligung des Ausschusses hinsichtlich der nächsten Verordnung im Hinblick auf die Plenarwoche abläuft, wird es vermutlich schon Abstimmungen mit dem Vorsitzenden des Ausschusses geben.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Der Ablauf ist ja wie in der Vergangenheit: Am Montag wird die MPK stattfinden. Wir gehen davon aus, dass es eine neue Verordnung geben wird. Dann warten wir auf den Termin der Verbandsbeteiligung und sind wir mit der Zustellung des Entwurfs der Verordnung sozusagen mit im Geschehen. In der Plenarsitzung am Mittwoch wird ja auch eine Unterrichtung durch den Ministerpräsidenten erfolgen - sicherlich auch mit dem Schwerpunkt der Ergebnisse der MPK. Dann werden wir einen Termin am Rande der Plenarsitzung für die Ausschusssitzung abstimmen. Anders ist eine Beteiligung ja nicht möglich; denn für die nächste Woche ist ja keine Ausschusssitzung vorgesehen. Wenn Frau Schröder sagt, dass sie uns in der nächsten Woche unterrichten möchte, dann wäre das ja nur in einer außerplanmäßigen Sitzung am Rande der Plenarsitzung möglich. Im Dezember hat der Ausschuss ja auch schon Erfahrungen damit gesammelt, am Rande der Plenarsitzungen

außerordentliche Ausschusssitzungen durchzuführen. Da gibt es keine Überraschungen. Sie kennen ja schon, wie das abläuft. Ich werde mich rechtzeitig an Sie wenden, um einen geeigneten Termin abzustimmen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Die nächste Frage bezog sich auf die Impfpflicht nach § 20 a des Infektionsschutzgesetzes und konkret auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, des MDK. Diese sind von der Impfpflicht umfasst. Nach § 20 a Abs. 1 Nr. 1 Buchst. o) sind die Begutachtungs- und Prüfdienste, die aufgrund der Vorschriften des SGB V oder des SGB XI tätig werden, von der Impfpflicht umfasst. Regelungskompetenzen hat das Land hier nicht. Das ist eine abschließende bundesgesetzliche Regelung im Infektionsschutzgesetz. Das Land kann hierzu keine eigenständigen Regelungen vornehmen.

Zu der Frage, wie schnell die Priorisierung der PCR-Tests umgesetzt wird, die in dem aktuellen Entwurf der Test-Verordnung angedacht ist: Das wird in dem Moment umgesetzt, in dem der Bund diesen Entwurf als Verordnung im Bundesanzeiger veröffentlicht. Ich vermute, dass das in dieser Woche noch erfolgen wird. Wir Länder haben das gestern mit einer sehr kurzen Frist zur Stellungnahme bekommen. Da der Bund hier die Forderung der Länder aufgegriffen hat, gibt es nichts Stellung zu nehmen. Von daher vermute ich, dass die Veröffentlichung im Bundesanzeiger sehr schnell erfolgen wird. Ab diesem Moment gilt die Test-Verordnung dann verbindlich.

Zu der Frage, wie wir bei den Schnelltests sichere Ergebnisse sicherstellen - ich vermute, dass das der Inhalt dieser Frage ist -, die in Testzentren und Teststellen eingesetzt werden: Nach der Test-Verordnung gibt es die klare Verpflichtung, dass nur Tests zur Anwendung kommen dürfen, die auf den BfArM-Seiten als sichere Tests gelistet sind. Sowohl beim Testergebnis als auch bei der Abrechnung des Tests muss die Art des verwendeten Tests angegeben werden. Ein nicht zugelassener Test, also ein nicht sicherer Test, kann auch nicht abgerechnet werden. Die Kontrolle ist darüber eigentlich gewährleistet, weil diese Firmen natürlich kein Interesse an Tests haben, die sie nachher nicht abrechnen können.

Noch einmal zum Thema Johnson & Johnson und drei Monate Genesenen-Status: Auf diese Veränderungen habe ich schon hingewiesen. Das gilt durch die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverord-

nung natürlich auch unmittelbar. Das ist Bundesrecht und gilt hier. Wie sich das auf die Regelungen in unserer Verordnung auswirkt, prüfen wir aktuell.

Für die Schultests ist sichergestellt, dass keine Tests verteilt worden sind, die nicht ausreichend sensitiv sind. Auch hier in diesem Kreis wurde schon darauf hingewiesen, dass die Überprüfung anhand der Angaben auf den Packungen zum Teil leider gar nicht möglich ist, weil die Angaben nicht spezifiziert genug sind. Wohl aber ist das anhand der Lieferlisten möglich, weil darin die Spezifikation enthalten ist. Das Innenministerium hat uns hierzu mitgeteilt, dass zu keinem Zeitpunkt Tests ausgeliefert worden sind, die nicht ausreichend sensitiv sind. Insofern musste hier auch nichts zurückgeholt werden, sondern die Tests, die vor Weihnachten ausgeliefert wurden, können alle verwendet werden. Auch bei den Tests für die Kitas wird natürlich intensiv darauf geachtet, zumal hier sehr genau auf die Altersbegrenzung geachtet werden muss. Die Listung als für Kinder geeignet reicht dabei nicht aus; es muss ja ein Test sein, der auch für Kinder im Kita-Alter geeignet ist. Das hat damit zu tun, dass die Testkits mit Lösungen getränkt sind. Insofern muss dabei die Altersbegrenzung strikt eingehalten werden. Das ist aber durch die Auswahl gewährleistet, die hier vom Land vorgenommen wird.

Zu der Frage zur Verwendung von FFP2-Masken, wenn wir in den Kitas Tests einführen: Das wird derzeit im Kultusministerium geprüft. Insofern kann ich dazu noch nichts sagen. Wir haben aber mittlerweile viele Beschäftigungsbereiche, wo durchgängig eine FFP2-Maske getragen werden muss. Insofern muss man das noch einmal eng prüfen. Ich will noch einmal deutlich sagen: Der Schutz durch die FFP2-Maske ist signifikant höher. Das sieht man auch daran, dass wir auch bei der Omikron-Virusvariante einen langsameren Anstieg haben - mehr wie eine Welle und nicht wie eine Wand - im Vergleich zu anderen Ländern, wo es diese Maskenverpflichtung nicht mehr gegeben hat und sich dieses Virus total anders in der Geschwindigkeit verbreitet hat.

Mit den Landesaufnahmestellen sind wir in einem guten Kontakt. Die Erst- und Zweitimpfungen werden dort intensiv angeboten und erfolgen dort auch. Es gibt dort also Impfangebote. Für eine Auffrischungsimpfung wird oftmals der Zeitraum nicht reichen. Wir sind mit ihnen, wie gesagt, in einem guten, kontinuierlichen Kontakt und bera-

ten die Aufnahmestellen auch beim Thema Impfung und unterstützen dort auch. Das wird auch fortgesetzt. Sie haben zu Recht darauf hingewiesen: Unser Ziel muss es natürlich sein, dass diese Menschen, wenn sie in ihre Zielkommunen kommen, den bestmöglichen Impfschutz schon mitbringen, den sie in diesem Zeitraum erwerben konnten.

Zur Frage einer vierten Impfung: Wir haben eine klare Evidenz dafür, dass eine dritte Impfung drei Monate nach der zweiten Impfung erfolgen soll. Für eine vierte Impfung gibt es noch keine positive Evidenz. Es gibt aber Erfahrungen aus Israel, wo schon ein viertes Mal geimpft worden ist und sich herausgestellt hat, dass das offensichtlich zu früh war, dass also dieser Zeitraum nicht der richtige ist. Das ist wöchentlich ein Thema auf der GMK immer wieder unter der Fragestellung, ob es hier neue Erkenntnisse gibt. Wir gehen davon aus, dass wir mit dem angepassten Impfstoff, der für April/Mai avisiert ist, dann einen Impfstoff zur Verfügung haben, mit dem wir dann ohnehin impfen wollen. Unter Umständen kommt es dann gar nicht auf den Zeitraum an, weil wir natürlich ein Interesse haben, diesen angepassten Impfstoff allen schnellstmöglich zur Verfügung zu stellen.

Wir diskutieren nach wie vor noch das Thema, ob und wann die Ausnahme für Jugendliche entfällt, dass sie wegen der Schultestungen von der Testpflicht ausgenommen sind. Im Moment wird in den Schulen täglich getestet, sodass eine gute Testquote bei den Jugendlichen vorhanden ist. Aber es ist völlig richtig: Ein solcher Übergang muss gut kommuniziert werden und muss auch angekündigt werden. Wir haben auch die mobilen Impfteams in den wöchentlichen Besprechungen - gerade gestern - wieder eindringlich gebeten, noch einmal Impfkationen auch in den Schulen und auch in den Berufsbildenden Schulen vorzusehen. Das haben die Gesundheitsämter aufgenommen und mitgenommen.

Die Eltern, die Testkits von der Schule bekommen haben, können sich darauf verlassen, dass die Qualität dieser Tests so ist, dass man sich auf die Aussage des Tests verlassen kann. Sie sind nicht zu 100 % sicher; das ist so. Aber sie sind ausreichend sicher, sodass wir dadurch ein gutes Ergebnis bekommen.

Die letzte Frage bezog sich auf Trennwände in Schulen. Die Maßnahme, im Plenarsaal Trennwände aufzubauen, war sehr sinnvoll, weil er eine bestimmte Größe und vor allem auch eine be-

stimmte Höhe hat. Bei kleineren und vor allem niedrigeren Räumen erzeugen diese Trennwände keinen vernünftigen Schutz, weil die Aerosole so kompakt über den Schülerinnen und Schülern schweben, dass eine Maske die deutliche bessere Schutzwirkung hat und von daher solchen Trennwänden vorzuziehen ist. Die räumliche Situation ist gegenüber einem Plenarsaal so anders, dass man das nicht vergleichen kann.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich habe eine kurze Nachfrage zu den Landesaufnahmestellen: Gibt es eine Übersicht, wie viele Menschen dort prozentual geimpft worden sind? Sind es 5 % oder 50 %? Es wäre gut, wenn wir diese Übersicht bekämen.

Abg. **Volker Bajus** (GRÜNE): Vielen Dank für die vielen Informationen. Ich möchte gerne noch zu der Sensitivität der ausgelieferten Tests nachfragen. Meines Wissens hat die Landesregierung eine Sensitivitätsschwelle von 75 % formuliert. Seit wann gilt diese Sensitivitätsgrenze von 75 %?

Sie haben erwähnt, dass das Innenministerium mitgeteilt habe, dass keine Tests mit einer nicht hinreichenden Sensitivität ausgeliefert worden seien. In der Pressemitteilung hat das MI ausgeführt, das könne man nur anhand der Lieferlisten erkennen, nicht aber anhand der Verpackung bzw. der Listen, die das Paul-Ehrlich-Institut veröffentlicht habe. Das hieße im Umkehrschluss, dass die Veröffentlichung des Paul-Ehrlich-Instituts zu einer reichlichen Verunsicherung und Verwirrung der Verbraucherinnen und Verbraucher, gerade auch der Kinder, der Schülerinnen und Schüler an den Schulen, geführt hat. Mich würde interessieren, inwiefern die Landesregierung hierzu Kontakt mit dem Paul-Ehrlich-Institut aufnimmt, damit hier eine bessere Kommunikation stattfindet. Denn ich glaube, es geht allen Kolleginnen und Kollegen so; wir alle haben Mails und Fotografien von entsprechenden Verpackungen bekommen.

Im Anschluss an die Frage von Frau Schütze und Ihre Antwort bezüglich der Befreiung von Kindern und Jugendlichen von den 2G-Regeln interessiert mich der Zeitplan der Meinungsbildung. Wird es in der nächsten Verordnung eine Regelung geben? Die Frage von Frau Schütze bezog sich ja auch auf eine Vorwarnzeit. Ab wann würde das in Kraft treten? Meinungsbildung ist ja das eine, aber das andere ist: Wie viel Vorwarnzeit würden Sie geben?

Schließlich habe ich noch eine herzliche Bitte. Aufgrund der jetzigen Verordnung haben wir die folgende Situation: In der Gastronomie - die Regeln kennen wir - gibt es die Möglichkeit, mit dem entsprechenden Status und 70 % der Fläche die Angebote offen zu halten. Dort kann man dann auch essen. Das ist ohne Maske möglich. Es gibt gleichzeitig in der Verordnung die Vorschrift, die Plätze bei Veranstaltungen - z. B. im Kino, Kabarett usw. - versetzt zu belegen - Stichwort „Schachbrettbelegung“. Dabei bleibt es selbst dann, wenn man eine Maske trägt. Das heißt, in einer in der Regel besseren belüfteten Situation hat man einen erheblich größeren Abstand, obwohl die Leute dort mit Maske sitzen, als in einer Situation wie im Restaurant, wo die Leute ja ohne Maske sitzen. Ich wollte auf diesen Widerspruch hinweisen. Denkt die Landesregierung darüber nach? Ein Nachdenken könnte hier zu einer Vereinheitlichung und damit auch zu Klarheit führen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich habe aktuell keine Übersicht über die Impfquote der Landesaufnahmeeinrichtungen. Das muss ich abfragen. Ich werde Sie dann im Nachgang schriftlich informieren.

Die Sensitivität der eingesetzten Tests mit 75 % ist nach meinem Kenntnisstand seit Beginn an die Marge, die das Innenministerium dabei angelegt hat. Von daher ist gewährleistet, dass die Tests, die in der Vergangenheit verteilt worden sind, diese Kriterien erfüllt haben.

Vielleicht muss man sich noch einmal vor Augen führen, dass das Paul-Ehrlich-Institut ein Institut ist, das sich an eine Fachöffentlichkeit wendet und natürlich auf einem ganz hohen wissenschaftlichen Niveau Veröffentlichungen vornimmt. Insofern sind diese Veröffentlichungen primär nicht an den Endkunden gerichtet, sondern tatsächlich an die Stellen, die den Einkauf tätigen, also Unternehmen, die solche Testkits nach der Medizinprodukteverordnung in Verkehr bringen, oder in diesem Fall das Land, das diese Testkits an die Schulen verteilt. Von daher wäre dem im Grunde genommen nur dann abzuhelfen, wenn EU-weit die Hersteller im Arzneimittelrecht verpflichtet würden, diese Spezifikationen auf den Verpackungen anzugeben. Das ist wahrscheinlich schwierig, weil sich das häufig ändert. Aber das können wir jedenfalls hier in Niedersachsen oder auch in Deutschland nicht eigenständig lösen.

Das Paul-Ehrlich-Institut und auch das RKI sind von den Ländern immer wiederkehrend - auch in

den wöchentlichen Sitzungen in den Arbeitsgruppen - darauf hingewiesen worden, dass sie sich mit dem Thema Kommunikation deutlich stärker auseinandersetzen müssen, als sie das aus der Vergangenheit gewohnt sind. Dort wird sehr wissenschaftlich gedacht und gearbeitet. Das ist ja auch sehr gut. Das brauchen wir auch. Das Thema Kommunikation mit Nichtwissenschaftlern steht daher nicht so sehr im Fokus; das will ich gerne einräumen.

Hinsichtlich der Ausnahmen für Kinder und Jugendliche von der Testpflicht und von den sonstigen Pflichten kann ich zum Thema Vorwarnzeit und Zeitplan noch nichts sagen. Dazu bin ich noch nicht sprechfähig, weil das noch diskutiert und geprüft wird. Richtig ist: Es bedarf einer Vorwarnzeit und einer Vorankündigung, weil die Jugendlichen die Chance haben müssen, ihre Impfungen schnellstmöglich nachzuholen. Wir haben da schon eine gute Quote, aber wir haben natürlich auch noch eine größere Gruppe, die dieses Angebot noch nicht angenommen hat. Das wird in diese Überlegungen mit einbezogen. Ich kann nur zum Zeitplan und auch zur Dauer der Vorwarnzeit noch nichts Verbindliches oder Valides sagen.

Die Diskussion über die vermeintlichen Widersprüche in der Verordnung zieht sich im Grunde seit Anbeginn durch. Wir haben hier natürlich zwei Settings, die man so nicht miteinander vergleichen kann. In der Gastronomie gilt: Sobald sich die Menschen vom Tisch erheben und bewegen, muss durchgängig eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden. Die Befreiung von der Mund-Nase-Bedeckung in der Gastronomie ist auf das Sitzen begrenzt vor dem Hintergrund, dass zwischen diesen Tischen Abstände gewahrt werden müssen und die Menschen, die zusammen an einem Tisch sitzen, in der Regel zu einer sozialen Gruppe gehören.

In Veranstaltungsräumen haben wir den Abstand nicht zuletzt auch auf eindringliche Bitten der Veranstalter hin mit dieser Schachbrettlösung auf 1 m deutlich verkürzt. Dort haben wir aber nicht die Situation, dass sozusagen Kleinstgruppen von den anderen abgegrenzt sind. Es ist aber durchaus zulässig, die Leute innerhalb dieser Kleinstgruppen zu platzieren. Insofern ist die Situation dort eine andere als in der Gastronomie. Deswegen soll derzeit das durchgängige Tragen der Mund-Nase-Bedeckung verhindern, dass sich Infektionen ausbreiten.

Wir müssen mit solchen Regelungen für Veranstaltungen eine Fülle von Veranstaltungslokalitäten abdecken. Von daher haben wir das auch an der Anzahl der Teilnehmenden festgemacht. Diese Schachbrettregelung gilt auch für Gruppengrößen bis zu 500 Personen. Das ist auch etwas anderes als in einem normalen Speiserestaurant.

Abg. **Stephan Bothe** (fraktionslos): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe zu Ihren Ausführungen noch ein paar kurze Fragen.

Erstens. Sie sprachen von einer hohen Inzidenz bei Schülerinnen und Schülern, gerade bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, im Gegensatz zu älteren Altersgruppen. Würden Sie mir zustimmen, dass das damit zusammenhängt, dass durch die tägliche Testpflicht an Schulen mehr Personen getestet werden als beispielsweise Personen in der Altersgruppe über 60 Jahren, die nicht mehr am Berufsalltag teilnehmen, weil sie in Rente oder Pension sind, und sich nicht täglich testen müssen?

Zweitens. Sie sprachen von 26 % Doppeltgeimpften auf Intensivstationen. Es ist erfreulich, dass die Intensivstationen aktuell nicht überlastet sind. Würden Sie als Landesregierung sagen, dass die Inzidenz aufgrund der Omikron-Variante und aufgrund der hohen Impfquote nicht mehr maßgeblich für die Krankenhauseinweisungen ist - Sie sprachen Bremen an -, sodass man die Inzidenz eigentlich gar nicht mehr als Gradmesser sehen darf, weil eine hohe Inzidenz nicht automatisch eine hohe Krankenhausbelastung bedeutet?

Drittens habe ich noch eine Frage zu den 26 % Doppeltgeimpften. Gibt es eigentlich Auswertungen dazu, mit welchen Impfstoffen diese Personen geimpft worden sind? Wurden diese Personen vor allen Dingen mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson oder von BioNTech geimpft? Gibt es schon Auswertungen dazu, welche Impfstoffe nicht so wirksam wie andere Impfstoffe sind und auf welche man sich dann konzentrieren müsste?

Meine letzte Frage: Gibt es eine Haltung der Landesregierung zum Thema Großbritannien? Der Premierminister von Großbritannien hat gestern im Unterhaus die Beendigung der Corona-Maßnahmen verkündet. Dort werden die Maskenpflicht, die Testpflicht und der Impfnachweis für Veranstaltungen abgeschafft. Wie bewertet die Landesregierung diese Maßnahmen, und denkt sie daran, diesen vielleicht zu folgen?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Die angekündigten Maßnahmen in Großbritannien sehen eher nach einem Boris-Johnson-Rettungsprogramm aus.

Ich möchte gerne noch einmal auf das Thema Amtshilfe und Unterstützung für die Gesundheitsämter zurückkommen. Wie viele Amtshilfen seitens der Bundeswehr gibt es in Niedersachsen - wir haben ja jetzt diesen Koordinierungsstab -, und in welchen Bereichen finden die Amtshilfen statt? Es würde mich sehr interessieren, ob Sie seitens der Bundesregierung laufend informiert werden, wie das aktuell gehandhabt wird.

MDgt'in **Schröder** (MS): Die hohen Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen sind primär darauf zurückzuführen, dass sie durch den täglichen Schulbesuch bzw. Kitabesuch eine Kontakthäufigkeit haben, die Menschen in höherem Alter, die nicht erwerbstätig sind, in diesem Umfang in der Regel nicht haben. Dort ist auch das soziale Umfeld oftmals deutlich kleiner, was die Anzahl der Personen anbelangt.

Natürlich führt die tägliche Testpflicht in den Schulen auch zu dem Ergebnis, dass wir dort einen guten Überblick haben. Das ist ja auch das Ziel. Das wollen wir auch. Aber die Hauptursache für hohe Inzidenzen in diesen Altersgruppen ist schlicht die Anzahl der Kontakte, die dort ganz normal vorkommen.

Der prozentuale Anteil der doppelt Geimpften auf den Intensivstationen, die 60 Jahre und älter sind, liegt in der Tat bei 26 % und bei den jüngeren Jahrgängen unter 20 %. Bei den dreifach geimpften über 60-Jährigen beträgt der prozentuale Anteil nur noch 8 %. Diese Prozentzahlen sind zunächst unabhängig von der Impfstoffart - mit einer Ausnahme: Bei dem Impfstoff von Johnson & Johnson ist festgestellt worden, dass eine einzige Impfung keine lange Wirkungsdauer hat. Die Wirkung dieser ersten Impfung baut sich sehr schnell ab, viel schneller als die Wirkung der zweiten Impfung bei den anderen Impfstoffarten. Deshalb hat die Ständige Impfkommission schon seit dem Herbst dringend empfohlen, dass alle mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson Geimpften vier Wochen nach der Impfung eine zweite Impfung erhalten. Das ist jetzt keine ganz neue Erkenntnis, die sich da abbildet.

Dass Bremen eine hohe Impfquote hat, ist durch die hohe Anzahl von Berufseindringern mit begründet. Das liegt einfach an der Sogwirkung, die

solche großen Städte haben. Insofern ist die hohe Inzidenz in Bremen ebenso wie die ansteigende Inzidenz in Niedersachsen natürlich weiterhin ein enorm wichtiger Indikator, weil er quasi eine Vorwarnfunktion hat. Wir wissen, dass dann die Hospitalisierungsrate, mit der wir in Niedersachsen die Einweisungen in die Krankenhäuser aufgrund einer COVID-19-Infektion messen, entsprechend steigen wird. Das tut sie auch. Sie beginnt zu steigen, und das wird auch weiter zunehmen.

Wir werden hohe Krankenhauseinweisungen haben - wie das auch in anderen Ländern der Fall ist -, weil schlicht die Anzahl der Infizierten, die zeitgleich infiziert sind, auch so hoch ist. Wir werden dann mit entsprechender zeitlicher Verzögerung die Fälle dann auch auf den Intensivstationen sehen. Wir hoffen, dass die hohe Impfquote auch bei den dritten Impfungen, die wir schon bei den über 60-Jährigen haben und die wir in den nächsten drei, vier Wochen weiter steigern wollen, dazu beiträgt, dass die Situation trotz steigender Zahlen auf den Intensivstationen beherrschbar bleibt.

Inwieweit andere Länder, beispielsweise auch das Vereinigte Königreich, coronabedingte Kontaktbeschränkungen für notwendig erachten oder nicht, vermag ich gar nicht zu beurteilen oder zu bewerten. Hier in Niedersachsen zeigt die aktuelle Situation, dass wir mit den bisherigen Kontaktbeschränkungen richtig lagen und die Effekte erzielt haben, die wir erzielen wollten, nämlich das Infektionstempo zu reduzieren. Anders als in anderen Ländern haben wir hier den Höhepunkt der Omikron-Welle noch nicht erreicht, sodass wir uns weiter darauf vorbereiten, dass die Anzahl der Infizierten weiter ansteigt und alle Systeme belasten wird. Das eine ist der Gesundheitsbereich, bezogen auf Patientinnen und Patienten, und das andere ist die gesamte kritische Infrastruktur aufgrund der Tatsache, dass dann viele Menschen erkranken, ausfallen oder unter Quarantäne stehen und dann zumindest nur von zu Hause aus arbeiten können. Das sind die Herausforderungen, auf die wir uns gemeinsam mit den entsprechenden Unternehmen hier in der Landesregierung und in der Landesverwaltung vorbereiten.

Zur Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Die Bundeswehr hat ihre Unterstützung weiter zugesagt und hat im Krisenstab des Bundes darauf verwiesen, dass diese Unterstützung auch schlicht zahlenmäßig limitiert ist. Sie kann im Ernstfall ungefähr 80 000 Menschen zum Ein-

satz bringen. Wir haben in Niedersachsen Rückmeldungen aus den Gesundheitsämtern, dass die Unterstützung durch die Bundeswehr dort läuft, und zwar in zweierlei Hinsicht: In vielen Orten unterstützt die Bundeswehr die mobilen Impfteams beim Impfen, und auch bei der Kontaktnachverfolgung werden Kräfte der Bundeswehr weiterhin eingesetzt. Wir werden aber - das muss man einfach klar sagen - die Personalengpässe in der kritischen Infrastruktur nicht mit Kräften der Bundeswehr komplett kompensieren können. Das ist zahlenmäßig einfach nicht möglich.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Nach meinen Zahlen sind 441 Kräfte der Bundeswehr in Sachen Amtshilfe in Niedersachsen unterwegs. Mich würde interessieren, in welchen Landkreisen diese eingesetzt sind.

Zweitens interessiert mich das Thema Abordnung aus Landesbehörden, aus Landesministerien. Man bekommt schon mit, dass einzelne Ministerien in Gesundheitsämtern abordnen. Mich interessieren dazu die Zahlen und die Entwicklung. Welche Hilfesuche liegen vor, und wie wird das koordiniert? Auf der Bundesebene wissen wir das ja jetzt über das Ministerium. Wie läuft das auf Landesebene ab? Wer hat in Sachen Abordnungen aus den Ministerien den Hut auf? Läuft das auf Zuruf, sodass ein Landkreis in einem Ministerium anruft, zu dem es einen guten Zugang hat, und das Ministerium dann fünf Kräfte zur Verfügung stellt?

Ich habe noch eine Frage vergessen. Das Thema Luca-App haben wir in der letzten Sitzung vor einer Woche ausführlich erörtert. Sie haben dazu mitgeteilt, dass Sie eine Abfrage bei den Gesundheitsämtern vorbereiten bzw. dass sie schon läuft, wie und in welchem Umfang die Luca-App zur Kontaktnachverfolgung genutzt wurde bzw. wird. Dazu interessiert mich, ob das Ergebnis schon vorliegt oder wann es vorliegen wird.

In diesem Zusammenhang interessiert mich, wie weit die Meinungsbildung innerhalb der Landesregierung bezüglich der Luca-App ist. Ich vermute, dass die Fristen enger werden, um mögliche Kündigungen dieses großen Vertrages auf den Weg zu bringen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Bei der Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes läuft die Amtshilfe über die Bundeswehr in einem von der Bundeswehr vorgezeichneten Verfahren. Dieses Verfahren greift immer - unabhängig jetzt von

COVID-19. Die Bundeswehr hat in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt in Deutschland eine sogenannte Verbinderin oder einen sogenannten Verbinder, über die Amtshilfeersuchen an die Bundeswehradministration weitergeleitet werden. Von dort werden sie beschieden und auch personell umgesetzt.

Bei den Kräften des Landes, die an die Kommunen abgeordnet werden, läuft das zentral über das Innenministerium. Die Kommunen richten ein Amtshilfeersuchen an das Innenministerium, und das Innenministerium koordiniert dann die Abordnungen aus den einzelnen Ressorts. Das ist ein eingespieltes Verfahren. Wir bedienen zwischen 30 und 50 % der Amtshilfeersuchen. Wir könnten mehr bedienen. Wir werben bei den kommunalen Spitzenverbänden immer wieder darum, dass gerade bei der Kontaktnachverfolgung stärker die Arbeit im Homeoffice zugelassen wird. Bei der Kontaktnachverfolgung sitzen die Leute am Telefon und telefonieren die Leute ab. Weshalb man das nicht von zu Hause aus machen kann, erschließt sich mir nicht so ganz. Aber eine Reihe von Kommunen tut sich damit sehr schwer. Daher ist es nicht so einfach, Freiwillige zu finden, die sich in Regionen in Niedersachsen abordnen lassen, wo wir gar keine Landesdienststellen haben. Das ist ja dann mit enormen Wegen und auch mit einem enormen Zeitaufwand für die Betroffenen verbunden. Diesbezüglich sind wir aber in einem stetigen Austausch auch mit den kommunalen Spitzenverbänden und werben darum, hier noch einmal die eigene Sichtweise weiterzuentwickeln. Das Innenministerium bemüht sich wirklich nach Kräften, diese Amtshilfeersuchen immer sehr schnell zu bedienen, und koordiniert das landesweit und auch landeseinheitlich.

Zum Thema Luca-App: Dabei geht es weniger um eine einzelne App, sondern um die Frage der Unterstützung der Kontaktnachverfolgung. Wir haben im Grunde genommen zwei Richtungen: Die eine Richtung, die u. a. von der Luca-App unterstützt wird, lautet, dass die Gesundheitsämter im Rahmen der Kontaktnachverfolgung die Bürgerinnen und Bürger informieren. Die andere Richtung wird ja jetzt auch von der Corona-Warn-App ermöglicht, dass Bürgerinnen und Bürger quasi eigenständig ihre Testergebnisse dort hinterlegen und dann automatisiert bzw. digital Bürgerinnen und Bürger informiert werden, ohne dass dabei ein Gesundheitsamt zwischengeschaltet ist. Auf lange Sicht ist das sicherlich der Weg, wo es hingehen wird und hingehen muss.

Wir prüfen derzeit noch, inwieweit wir parallel beide Wege ermöglichen. Wir lassen ja in der derzeit geltenden Verordnung beide Wege zu. Das prüfen wir im Moment auch noch. Auch hier gilt: Man braucht gute Übergänge und gute Wechsel. Von daher haben wir auch diese Meinungsbildung noch nicht endgültig abgeschlossen.

Die Rückmeldungen aus den Kommunen - danach ist auch gefragt worden - von den Gesundheitsämtern ist, dass die Gesundheitsämter diese App überwiegend haben, aber wir hatten - auch das ist ein Erfolg unserer Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung - keine großen Situationen, wo aufgrund von Veranstaltungen derart große Hotspot-Ereignisse eingetreten sind, dass tatsächlich mal auf die Daten aus der Luca-App zurückgegriffen werden musste. Die Gesundheitsämter haben also in den vergangenen Monaten nur begrenzt darauf zugreifen müssen. Das zeigt aber am Ende nur, dass unsere Kontaktbeschränkungen gewirkt haben.

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

Tagesordnungspunkt 2:

**Aufklären, Schützen, Impfen - gemeinsam
5. Corona-Welle verhindern!**

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -
[Drs. 18/10333](#)

*erste Beratung: 123. Plenarsitzung am
07.12.2021
AfSGuG*

dazu: **Vorlage 1** (schriftliche Unterrichtung durch
die Landesregierung)

zuletzt behandelt: 150. Sitzung am 09.12.2021

Beratung

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) hielt die schriftliche Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Antrag (s. **Vorlage 1**) für sehr aufschlussreich. Aus der Sicht der Fraktion der Grünen sei ihr Antrag immer noch sehr aktuell. Dies habe auch die Unterrichtung unter TOP 1 der heutigen Sitzung über die aktuelle Corona-Situation sehr deutlich gezeigt. Vor diesem Hintergrund beabsichtige sie, ihren Antrag unter Berücksichtigung der neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse zu aktualisieren.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Beratung im Hinblick auf die von der Fraktion der Grünen angekündigte Aktualisierung des Antrags zurück.

Tagesordnungspunkt 3:

Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10578](#)

direkt überwiesen am 18.01.2022

federführend: AfSGuG

mitberatend: AfRuV

*mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 GO LT:
AfHuF*

Einbringung des Gesetzentwurfs

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): In der Plenarsitzung am 6. Juli 2021 haben wir den Entschließungsantrag „Qualitativ hochwertige und wohnortnahe Krankenhausversorgung auch in Zukunft sicherstellen - niedersächsische Krankenhauslandschaft weiterentwickeln“ als Ergebnis der Arbeit der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ verabschiedet. Damit verbunden war die Bitte an die Landesregierung, einen Entwurf zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes vorzulegen, das sich an den Kriterien der Enquetekommission orientiert. Die Landesregierung hat einen solchen Entwurf entsprechend erarbeitet.

Nicht verwunderlich ist, dass wir als Koalitionsfraktionen bei diesem sehr komplexen Gesetz ebenso wie die Landesregierung festgestellt haben, dass das Ziel, diesen Gesetzentwurf noch in dieser Legislaturperiode zu verabschieden, nur dann erreicht werden kann, wenn die Fraktionen die Einbringung des Gesetzentwurfs übernehmen. Die Koalitionsfraktionen haben noch einmal ein bisschen an dem Entwurf gearbeitet. In beiden Koalitionsfraktionen ist der Entwurf am 18. Januar 2022 verabschiedet worden. Der Gesetzentwurf ist dann direkt eingebracht worden, weil wir dadurch zwei Wochen Beratungszeit gewinnen, die wir benötigen. Denn wir müssen alles daransetzen, den Gesetzentwurf noch vor der parlamentarischen Sommerpause zu verabschieden; denn anderenfalls gäbe es nur noch einen einzigen „Ausfallschritt“, nämlich in der Plenarsitzung im September. Insofern ist uns eine Beschlussfassung noch vor der parlamentarischen Sommerpause deutlich lieber.

Wenn gewünscht, kann ich auf einzelne Punkte des Gesetzentwurfs eingehen. Das können wir auch gerne in einem Frage-Antwort-Spiel machen. Wenn man sich den Gesetzentwurf durchliest, stellt man fest, dass er sich sehr nah an die Formulierungen in dem Bericht der Enquetekommission anlehnt. So steht in dem Bericht der Enquetekommission: Sicherung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung durch eine gezielte Krankenhausplanung. - In dem Gesetzentwurf steht jetzt in § 2:

„Ziel des Gesetzes ist es, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern zu gewährleisten, die insbesondere auch die Bedürfnisse von demenziell Erkrankten berücksichtigt.“

Die Berücksichtigung der Bedürfnisse von demenziell Erkrankten haben wir an dieser Stelle bewusst mit aufgenommen. Denn mit dem neuen § 22 wollen wir auch Demenzbeauftragte in Krankenhäusern etablieren. Die Gründe dafür kennt jeder und brauche ich an dieser Stelle nicht noch einmal zu erläutern.

Wir halten es für sehr wichtig - darüber bestand im Landtag fraktionsübergreifend Einigkeit -: Das Pfund, das wir mit der einstimmigen Entscheidung der Enquetekommission in der Hand haben - nicht nur im parlamentarischen Raum, sondern insbesondere auch bei den Playern, nämlich bei den Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und der Krankenhausgesellschaft -, sollte man nicht aus der Hand geben und deshalb diese Legislaturperiode dafür nutzen, dieses Gesetz zu verabschieden.

Ich erwähne in diesem Zusammenhang auch die zukünftig acht Versorgungsregionen, die Strukturstufungen usw.

Das Land soll erstmalig auch die Möglichkeit erhalten, ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn es den Betrieb länger als drei Monate eingestellt hat, also schlichtweg gar nicht mehr als Krankenhaus fungiert.

Das Land bekommt auch zum ersten Mal eine Aufsichtsmöglichkeit über die Krankenhäuser. Es ist ja selbst für mich immer irreführend gewesen, dass sich die Krankenhauslandschaft in Nieder-

sachsen 35 Jahre lang frei floatend entwickeln konnte und das Land keinerlei aufsichtsrechtliche Möglichkeiten hat. Das wird jetzt mit diesem Gesetzentwurf beendet.

Bei diesen Hinweisen möchte ich es belassen.

Über das Verfahren haben wir uns hinter den Kulissen schon abgestimmt. Wir wollen eine schriftliche Anhörung durchführen. Der Kreis der Anzuhörenden ist gestern zwischen den Fraktionen abgestimmt worden. Es hat auch noch Änderungsvorschläge von der Fraktion der Grünen und der FDP-Fraktion gegeben. Sie sind in die Anhörungsliste mit aufgenommen worden. Wir bitten darum, die schriftliche Anhörung sofort auf den Weg zu bringen. Sie sollte spätestens am 16. Februar beendet sein. Das sind knapp vier Wochen. Dann können wir die schriftlichen Stellungnahmen in die weiteren Beratungen mit einfließen lassen. Ich halte diesen engen Zeitplan für möglich, weil die Anzuhörenden zum großen Teil Akteure in der Enquetekommission waren und an der Entstehungsgeschichte mitgewirkt haben. Insofern bin ich mir sicher, dass sie sich ebenfalls an alles das erinnern, was wir jetzt in diesem Gesetzentwurf niedergeschrieben haben.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Herr Kollege Schwarz hat schon das meiste gesagt. Ich möchte betonen, dass wir von einer rein bettenorientierten Betrachtung wegkommen hin zu einer mehr qualitätsorientierten Betrachtung der Krankenhausplanung. Das spiegelt sich dann auch in der Einziehung der entsprechenden Versorgungsstrukturen bis hin zu der Möglichkeit der Schaffung regionaler Gesundheitszentren im Gesetzentwurf wieder. Darüber haben wir ja auch in der Enquetekommission diskutiert. Wir würden uns freuen, wenn wir den Gesetzentwurf noch vor der parlamentarischen Sommerpause beschließen könnten.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Noch einmal vielen Dank an die Regierungsfractionen, dass sie in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren einen zum Teil fast wortgleichen Gesetzentwurf zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes auf den Weg bringen. Da alle Akteure involviert waren und wir in der Enquetekommission einen sehr intensiven Austausch hatten, halten wir es für richtig, zu dem Gesetzentwurf eine umfangreiche schriftliche Anhörung durchzuführen.

Nach einer ersten Durchsicht des Gesetzentwurfs kann ich feststellen, dass die Empfehlungen der

Enquetekommission darin gut aufgenommen worden sind.

Wichtig ist, dass wir als Land den Prozess, der ja schon stattfindet, nämlich den Wandel von der Grundversorgung hin zu spezialisierten Zentren, auch begleiten und vorausschauend agieren, vor allem dass wir nicht mehr nur über Betten, sondern über die Behandlungsqualität reden und daran unsere Krankenhausplanung orientieren.

Insbesondere im Hinblick auf den ländlichen Bereich halte ich es für wichtig, dass wir den sektorübergreifenden Bereich stärken, soweit das im Rahmen des Landesrechts möglich ist, dass wir dort Angebote mit regionalen Gesundheitszentren machen und dass diese Umwandlung auch begleitet wird.

Es ist klar, dass es in diesem Zusammenhang auch noch offene Fragen gibt und dass die Krankenhausplanung ohne zusätzliche Mittel, die ich in dem aktuellen Doppelhaushalt nicht gefunden und auch schon einige Male eingefordert habe, Makulatur bleibt. Insofern ist an dieser Stelle ein Kraftakt notwendig.

Ich erinnere in diesem Kontext noch einmal an unseren Beschluss aus dem Sommer letzten Jahres, die Investitionsmittel mittelfristig auf 8 % der Erlöse zu erhöhen; denn anderenfalls können wir diesen Strukturwandel im Land Niedersachsen nicht gemeinsam bewältigen.

Ich freue mich auf die intensive Beratung des Gesetzentwurfs. Auch unser Ziel ist es, den Gesetzentwurf bis zur parlamentarischen Sommerpause hoffentlich gemeinsam auf den Weg zu bringen. Die Zeit ist überreif dafür.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich möchte den letzten Punkt aufnehmen, den Frau Janssen-Kucz angesprochen hat. Hier in diesem Raum sind wir uns sicherlich alle einig, dass wir gerne mehr Mittel für die Investitionsförderung zur Verfügung hätten. Voraussetzung für den Strukturwandel ist natürlich eine Gesetzesänderung. Auf den ersten Blick, der mir seit der kurzfristigen Erweiterung der Tagesordnung um diesen Gesetzentwurf nur möglich war, hat mir der Gesetzentwurf gut gefallen.

Mit dem pragmatischen und sinnvollen zügigen Verfahren einer schriftlichen Anhörung sind wir sehr einverstanden. Wir haben auch schon um eine Ergänzung der Anhörungsliste gebeten, die auch schon aufgenommen worden ist. Insofern

sind wir mit dem pragmatischen Verfahren zur Beschleunigung der Beratung einverstanden.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kam überein, zu dem Gesetzentwurf eine schriftliche Anhörung durchzuführen. Die von den Fraktionen benannten Anzuhörenden sollen mit einer Frist bis zum 16. Februar 2022 um eine schriftliche Stellungnahme gebeten werden.

Tagesordnungspunkt 4:

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung: Chancen digitaler Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität jetzt nutzen!

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10576](#)

direkt überwiesen am 18.01.2022

federführend: AfSGuG

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

Einbringung

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) wies darauf hin, dass mit dem Antrag der Fraktionen der SPD und der CDU die Handlungsempfehlungen aus dem Bericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ umgesetzt würden, um die Rahmenbedingungen für die Digitalisierung zu verbessern, das Vertrauen in digitale Lösungen zu stärken und dazu beizutragen, dass manche Projekte jetzt beschleunigt umgesetzt würden, z. B. bezüglich der elektronischen Patientenakte und des e-Rezepts. Die einzelnen Forderungen gegenüber der Landesregierung lehnten sich sehr eng an die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission an.

Der Abgeordnete kündigte abschließend die Absicht der Koalitionsfraktionen an, über den Antrag im Februar-Plenarsitzungsabschnitt Beschluss zu fassen. Eine Anhörung zu dem Antrag hielten sie im Hinblick auf die ausführlichen Beratungen in der Enquetekommission nicht für erforderlich.

Unter Hinweis darauf, dass sie an den Beratungen der Enquetekommission nicht durchgängig teilgenommen habe, aber deren Bericht sehr wohl kenne, bat Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) um eine ausführliche Unterrichtung durch die Landesregierung zu den einzelnen Punkten des Antrags über den aktuellen Sachstand und vor allem darüber, wie die einzelnen Forderungen konkret umgesetzt werden sollten, z. B. wie das Land Ärzte dabei unterstützen könne, digitale Systeme zu nutzen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) nahm in Aussicht, die Unterrichtung auf die Tagesordnung für die Sitzung am 3. Februar 2022 zu setzen.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) war mit dem Verfahrensvorschlag einverstanden. Er bekräftigte in diesem Zusammenhang die Absicht der Koalitionsfraktionen, den Antrag im Februar-Plenarsitzungsabschnitt abschließend zu behandeln.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) legte großen Wert auf eine ausführliche Unterrichtung seitens der Landesregierung über den aktuellen Sachstand, zumal nach dem Eindruck, den sie im Rahmen der Unterrichtung in der Enquetekommission durch die Techniker-Krankenkasse gewonnen habe, etwa bei der Einführung der digitalen Patientenakte ein absoluter Stillstand eingetreten sei. Insofern müsse letzten Endes sicherlich auch der „Masterplan Digitalisierung“, der in dem Antrag auch erwähnt werde, aber bislang nur geringfügige Bezüge zum Gesundheitswesen aufweise, an einigen Stellen nachjustiert werden. Auch bei den Gesundheitsämtern sei es sehr mühselig, die Digitalisierung weiter voranzutreiben, wie z. B. die Schwierigkeiten bei der Einführung SORMAS zur Kontaktnachverfolgung und die Vorbehalte gegenüber dieser Software zeigten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bat die Landesregierung für die Sitzung am 3. Februar 2022 um eine Unterrichtung über den aktuellen Sachstand.

Tagesordnungspunkt 5:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes und weiterer fachspezifischer Regelungen zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Niedersachsen

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/10546](#)

direkt überwiesen am 14.01.2022

federführend: AfSGuG

mitberatend: AfRuV

Einbringung des Gesetzentwurfs

stellv. RefL'in **Eisele** (MS): Seit dem Jahr 2021 besteht nach dem Niedersächsischen Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (NBQFG) und weiteren Regelungen in berufsbezogenen Fachgesetzen ein Rechtsanspruch für Zuwanderinnen und Zuwanderer auf Prüfung der Gleichwertigkeit der im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen. Die Bestimmungen bilden den Schlüssel für den qualifikationsadäquaten Arbeitsmarktzugang und unterstützen gleichzeitig die Teilhabe und die Fachkräftegewinnung.

Im Jahr 2020 ist das Fachkräfteeinwanderungsgesetz in Kraft getreten, das die Anerkennungsverfahren in den Mittelpunkt von erweiterten Einreisemöglichkeiten rückt. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Neuerungen durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz auch in die Anerkennungsbestimmungen für Niedersachsen übernommen werden. Das betrifft insbesondere die Verfahrensoption des beschleunigten Verfahrens. Das bedeutet ganz konkret: Bei Vorliegen eines Arbeitsplatzangebotes haben Unternehmen und Fachkräfte aus Drittstaaten über dieses Verfahren die Möglichkeit, das Einreiseverfahren zu verkürzen. Der Ablauf wird durch die jeweilige Ausländerbehörde koordiniert. Für die zuständigen Anerkennungsstellen bedeutet das beschleunigte Verfahren u. a. verkürzte Bearbeitungsfristen.

Mit dieser und weiteren Änderungen soll der grundsätzliche Gleichklang zu den Anerkennungsgesetzen des Bundes und der weiteren Länder hergestellt werden. Wir haben weitgehend gleiche oder ähnliche gesetzliche Vorschriften für bundesrechtlich geregelte und für landesrechtlich geregelte Berufe.

Zu erarbeiten war jetzt der Entwurf eines Artikelgesetzes, da die Änderungen, die wir vornehmen wollen, nicht nur das NBQFG, sondern auch niedersächsische berufsbezogene Fachgesetze betreffen.

Der Artikel 1 des Gesetzentwurfs betrifft die Änderungen des NBQFG. Wir wollen an verschiedenen Stellen des Gesetzes die Option des elektronischen Einreichens von Unterlagen sowie der elektronischen Kommunikation und Bescheidung ergänzen. Die Änderungen stehen in Zusammenhang mit der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes. In § 13 b soll eine vorübergehende Zuständigkeitsregelung an die aktuelle Rechtslage angepasst werden. Darauf haben wir schon eine Weile gewartet. In § 13 c soll eine Pflicht der anerkennenden Stelle zur Information über einen sogenannten partiellen Berufszugang aufgenommen werden. Das ist eine Verbesserung, die wir vornehmen wollen. Der neue § 14 a soll, wie erwähnt, die Bestimmungen zum beschleunigten Fachkräfteverfahren beinhalten und das sogenannte Gleichwertigkeitsfeststellungsverfahren regeln. Schließlich haben wir auch vor, statistisch zu erfassende Merkmale zu ändern. Ferner ist eine Norm zu streichen, weil die Evaluation des Gesetzes bereits durchgeführt wurde.

Die Artikel 2 bis 7 des Gesetzentwurfs beinhalten Folgeänderungen, z. B. aufgrund der Streichung der Regelung zur Evaluation. Daneben wollen wir auch das beschleunigte Fachkräfteverfahren aus § 14 a NBQFG u. a. in das Kammergesetz für die Heilberufe und in das Niedersächsische Hochschulgesetz einfügen.

Eine Änderung betrifft auch das Niedersächsische Markscheidergesetz, in dem die elektronische Meldung der erstmaligen Aufnahme der Tätigkeit ermöglicht werden soll.

Ein großer Komplex der Änderungen betrifft die sprachliche Überarbeitung. Wir wollen Personenbezeichnungen wie z. B. „Antragstellerin“ und „Antragsteller“ in Personenbezeichnungen wie z. B. „antragstellende Person“ ändern, um in sprachlicher Hinsicht grundsätzlich der Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt gerecht zu werden.

Der Gesetzentwurf betrifft fast alle Ressorts der niedersächsischen Landesverwaltung, weil berufsspezifische Regelungen und damit auch die Fragen der Anerkennung in fast allen Ressorts liegen. Deshalb umfasste die Beteiligung der Ressorts auch die Abfrage, welchen Verbänden

im Rahmen der Verbandsbeteiligung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Entsprechend dieser Zulieferung erfolgte durch uns eine sehr breite Beteiligung. Wir haben insgesamt rund 60 Verbände und Stellen angeschrieben, so z. B. neben den berufs- und branchenbezogenen Institutionen auch Gewerkschaften und Migrant*innenorganisationen. Die Verbandsbeteiligung erfolgte vom 8. November bis zum 1. Dezember 2021. Rund ein Viertel der angeschriebenen Verbände und Stellen hat sich zurückgemeldet. Allerdings sind lediglich in vier Fällen inhaltliche Stellungnahmen abgegeben worden. Einzelne Anmerkungen waren zu berücksichtigen. Wir haben den Gesetzentwurf dahin gehend verändert. Andere Hinweise konnten nicht aufgegriffen werden. Die Auseinandersetzung mit den eingegangenen Stellungnahmen finden Sie in der schriftlichen Begründung des Gesetzentwurfs.

So weit die Einbringung des Gesetzentwurfs. Fragen werde ich gerne beantworten, sofern sie in die Zuständigkeit des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung fallen, oder zur Beantwortung mitnehmen.

Verfahrensfragen

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) regte an, zu dem Gesetzentwurf die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände anzuhören, die nach der Niedersächsischen Verfassung zu Gesetzentwürfen angehört werden müsse, und auch die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen anzuhören, die ausweislich der schriftlichen Begründung des Gesetzentwurfs im Rahmen der von der Landesregierung durchgeführten Anhörung substantiell Stellung genommen habe und deren Vorbringen im Gesetzentwurf auch berücksichtigt worden sei. Weshalb die Stellungnahmen der Ärztekammer und der Hochschule Hannover nicht berücksichtigt worden seien, sei in der schriftlichen Begründung deutlich dargelegt worden und auch nachvollziehbar.

Der Abgeordnete sprach sich dafür aus, die Anhörung schriftlich durchzuführen und den Anzuhörenden innerhalb einer Frist von drei Wochen die Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu geben.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) begrüßte den Gesetzentwurf, da mit ihm die Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen

weiter verbessert werde und weitere Schritte zur Digitalisierung, zum Onlinezugang und zur elektronischen Kommunikation unternommen würden.

Die Abgeordnete schloss sich dem Verfahrensvorschlag des Abg. Schwarz an.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kam überein, zu dem Gesetzentwurf die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände sowie die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen mit einer Frist von drei Wochen schriftlich anzuhören.

Tagesordnungspunkt 6:

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

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

b) **Wohnungslose Menschen in Niedersachsen unterstützen und das Prinzip Housing First landesweit umsetzen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10574](#)

zu a: direkt überwiesen am 18.12.2020
federführend: AfSGuG

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

zuletzt behandelt: 128. Sitzung am 15.07.2021

*dazu: **Vorlage 1** (schriftliche Unterrichtung durch das MU vom 06.08.2021)*

zu b: direkt überwiesen am 18.01.2022
federführend: AfSGuG

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

Beratung

Im Hinblick darauf, dass seit der schriftlichen Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Antrag vom 6. August 2021 bereits einige Zeit vergangen sei, bat Abg. **Oliver Lottke** (SPD) um einen aktualisierten Sachstandsbericht durch die Landesregierung über die Änderungen, die seit diesem Zeitpunkt stattgefunden hätten. Der Abgeordnete wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ampel-Koalitionsfraktionen auf Bundesebene einen Aktionsplan zur Überwindung von Wohnungslosigkeit bis 2030 und eine Reform des Mietrechts angekündigt hätten. Dazu könnten bis zu der erbetenen aktualisierten Unterrichtung wohl kaum neue Details berichtet werden. Seiner Überzeugung nach sei Niedersachsen jedoch mit dem Antrag der Fraktionen der SPD und der CDU in der Drucksache 18/10574, der auch inhaltliche Überschneidungen mit dem Antrag der Fraktion der Grünen aufweise, auf einem guten Weg, das Prinzip Housing First landesweit umzusetzen.

Abg. **Volker Bajus** (GRÜNE) schloss sich dem Verfahrensvorschlag des Abg. Lottke an.

Im Hinblick darauf, dass sich viele Forderungen aus dem Antrag der Fraktion der Grünen in dem Antrag der Koalitionsfraktionen wiederfänden, erklärte der Abgeordnete seine Bereitschaft zu einer gemeinsam getragenen Beschlussempfehlung an den Landtag, in die möglichst auch noch eine Formulierung zum Thema FFP2-Masken und Impfung aufgenommen werden sollte, um damit auch ein bisschen Unterstützung und Rückendeckung mit dem Fokus auf die Kommunen zu geben.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) gab zu überlegen, über die Frage einer gemeinsam getragenen Beschlussempfehlung interfraktionell eine Klärung herbeizuführen.

Von dem Abg. **Volker Bajus** (GRÜNE) um nähere Informationen zu dem unter Nr. 6 des Antrags der Fraktionen der SPD und der CDU erwähnten App-gesteuerten Projekts „Grow Pad“ gebeten, sagte Abg. **Oliver Lottke** (SPD) zu, dem Ausschuss nähere Informationen über dieses Modellprojekt in Hannover zuzuleiten (s. **Vorlage 1** zu Drs. 10574).

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) erklärte, dass sie den Antrag der Fraktionen der SPD und der CDU ebenso wie den Antrag der Fraktion der Grünen für sehr gut erachte.

Zu Nr. 3 des Antrags führte die Abgeordnete an, dass einige Kommunen sehr aktiv dabei seien, für wohnungslose Menschen Übernachtungsmöglichkeiten zu schaffen, und sich dabei möglicherweise nicht gerne vom Land hineinreden lassen wollten. Sie erkundigte sich danach, welche Vorstellungen die Koalitionsfraktionen an dieser Stelle verfolgten, konkret ob sie z. B. einen Erfahrungsaustausch mit bzw. zwischen den Kommunen oder die Erarbeitung einer Handreichung anstrebten.

Abg. **Oliver Lottke** (SPD) gab zur Antwort, Ziel sei es, Best-Practice-Beispiele aus den Kommunen zusammenzutragen und den Kommunen so Hinweise zu geben, wie sie ihr Angebot verbessern könnten, möglicherweise auch verbunden mit Modellen, die vom Ministerium ausgearbeitet werden könnten. Im Hinblick darauf, dass die Situation in den Kommunen abhängig von ihrer Größe und der Zahl der wohnungslosen Menschen sehr unterschiedlich sei, sei es sicherlich

sehr hilfreich, einen solchen Überblick seitens des Landes zur Verfügung zu stellen.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU) ergänzte, das Ziel seien auch eine bessere Vernetzung und ein besserer Austausch, zumal die Regionen in Niedersachsen unterschiedlich seien und das Problem der Wohnungslosigkeit in städtischen Regionen möglicherweise größer als in ländlichen Regionen sei. Insofern sei es sinnvoll, auf eine bessere Kommunikation über dieses Thema hinzuwirken und Best-Practice-Beispiele aufzuzeigen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bat die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um einen aktuellen Sachstandsbericht.

Tagesordnungspunkt 7:

Vorbereitung einer Informationsreise des Ausschusses

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) schlug vor, für den Zeitraum 9. bis 12. Mai 2022 eine Informationsreise über Schleswig-Holstein nach Dänemark zu den folgenden Themenschwerpunkten zu planen: das Pflegemodell der Servicehäuser in Kiel, die Umsetzung des Strukturwandels im Krankenhausbereich in Dänemark, die Gleichstellungspolitik in Dänemark sowie die Erfahrungen mit Familien- und Gesundheitszentren in Dänemark.

Der Abgeordnete wies darauf hin, dass der Strukturwandel im Krankenhausbereich auch in den Beratungen des Ausschusses eine große Rolle spiele, aktuell auch im Zusammenhang mit dem Gesetzentwurf zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes.

In Fragen der Gleichberechtigung habe Dänemark ebenso wie andere skandinavische Länder einen großen Vorsprung gegenüber Deutschland und stehe in Niedersachsen auch noch die beabsichtigte Änderung des Gleichberechtigungsgesetzes auf der Agenda.

Hinsichtlich der Familien- und Gesundheitszentren beabsichtigten die Fraktionen der SPD und der CDU möglicherweise noch eine parlamentarische Initiative. In Niedersachsen, aber auch in Deutschland generell gebe es eine Debatte zwischen dem Kultusbereich und dem Sozialbereich über die Aufgabenstellung von Familienzentren, konkret ob sie nur eine Anlaufstelle im Kindergartenalter oder darüber hinaus auch für andere familiäre Aspekte seien. Die skandinavischen Länder seien auch in diesem Bereich fortschrittlicher, indem dort eine hervorragende Verknüpfung zwischen dem pädagogischen Bereich von Kindergärten mit dem Gesundheitsbereich - z. B. hinsichtlich von Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, Schwangerschafts- bzw. Geburtsvorbereitung und Familienbetreuung - betrieben werde.

Der Abgeordnete bat abschließend unter Hinweis auf einen internen Vorschlag des Vorsitzenden, zu prüfen, ob diese Informationsreise per Bus durchgeführt werden könne.

Einvernehmlich bat der **Ausschuss** die Landtagsverwaltung, die entsprechenden Vorbereitungen für diese Informationsreise zu treffen.