



N i e d e r s c h r i f t
über die 46. - öffentliche - Sitzung
der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären
medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige
und wohnortnahe medizinische Versorgung“
am 6. Juli 2020
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zu der Frage, welche Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie sich für die medizinische Regelversorgung in Niedersachsen ergeben**
Stellungnahme von Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT) und Oliver Kamlage (NSGB)..... 5
2. **Vorläufiges Votum zur Arzneimittelversorgung..... 21**
3. **Erörterung von Verfahrensfragen, Terminplanung..... 37**
4. **Anmerkungen der wissenschaftlichen Begleitung 37**
5. **Verschiedenes 37**

Anwesend:**Mitglieder der Kommission:**

Mitglieder des Landtags:

1. Abg. Petra Joumaah (CDU), Vorsitzende
2. Abg. Dr. Dörte Liebetruth (SPD)
3. Abg. Oliver Lottke (SPD)
4. Abg. Hanna Naber (SPD)
5. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
6. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
7. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
8. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
9. Abg. Veronika Koch (CDU)
10. Abg. Volker Meyer (CDU)
11. Abg. Gudrun Pieper (CDU)
12. Abg. Meta Janssen-Kucz (zeitw. vertr. durch Abg. Stefan Wenzel) (GRÜNE)
13. Abg. Sylvia Bruns (FDP)
14. Abg. Stephan Bothe (AfD)

Externe Sachverständige:

1. Oliver Kamlage (NSGB) (i. V. von Dr. Jan Arning (NST))
2. Mark Barjenbruch (KVN)
3. Helge Engelke (NKG)
4. Erwin Jordan
5. Tobias Immenroth (i. V. von Sandra Mehmecke) (Pflegekammer Nds.)
6. Prof. Dr. Hubert Meyer (zeitw. vertr. durch Ines Henke) (NLT)
7. Carsten Göken (i. V. von Jörg Niemann) (vdek)
8. Frank Preugschat (AOK)
9. Prof. Dr. Nils Schneider
10. Dr. Martina Wenker (ÄKN)

Von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LVG & AFS):

Dr. Birte Gebhard,
Elisabeth Rataj.

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Ministerialrat Stöck,
Gaststenograf Kampfer, Stenografischer Dienst.**Sitzungsdauer:** 10.00 Uhr bis 13.14 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Die **Kommission** billigte die Niederschriften über die 27., 29., 43. und 44. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zu der Frage, welche Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie sich für die medizinische Regelversorgung in Niedersachsen ergeben

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle recht herzlich zu unserer 46. Sitzung.

Zunächst trägt Herr Professor Dr. Meyer für die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens vor. Sie haben das Wort.

Stellungnahme von Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT)

Beratungsunterlage: Vorlage 140

Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT): Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten und Herren! Herzlichen Dank für die Möglichkeit, dass wir vonseiten der kommunalen Spitzenverbände heute zu dem vortragen dürfen, was uns die letzten Monate beschäftigt hat.

Ich darf den Kollegen Jan Arning entschuldigen, der sich heute auch nicht vertreten lassen kann. Der Städtetag hat zeitgleich eine Präsidiumssitzung. Deswegen trage ich auch für den NST vor. Das ist nicht innerhalb der Arbeitsgemeinschaft abgestimmt, aber ich hoffe, dass wir uns inhaltlich weitgehend einig sind. Mein Vortrag wird anschließend noch von dem Kollegen Oliver Kamlage ergänzt, der für den NSGB spricht, sofern Ergänzungsbedarf besteht.

Ich danke meiner Kollegin Ines Henke, die die Präsentation mit vorbereitet hat und die mich im zweiten Teil der heutigen Sitzung vertreten wird, weil auch der Landkreistag heute noch eine Präsidiumssitzung hat.

Einleitung

Meine Damen und Herren, im Herbst 2019 kannte ich das Wort „Corona“ noch nicht und wusste auch nicht, was COVID bedeutet. Wir hatten uns aber schon damals entschieden, die Gesundheitspolitik zum Thema unserer Landkreisversammlung am 6. März zu machen, an der auch

viele von Ihnen freundlicherweise teilgenommen haben. Dort haben wir uns intensiv mit den Ergebnissen beschäftigt, über die wir bisher hier in der Enquetekommission diskutiert hatten. Der Landkreistag hat dort ein Papier verabschiedet, welches das Ausschussbüro in der letzten Woche der Kommission zur Verfügung gestellt hat (siehe Vorlage 139). Vielen Dank dafür.

Die Landkreisversammlung fand, wie gesagt, am 6. März 2020 statt. In der Woche danach passierte das, was uns in den letzten Monaten überrollt hat. Das hat die Ergebnisse unserer Landkreisversammlung geradezu überlagert. Ich hoffe, dass diese Ergebnisse für Sie trotzdem interessant sind und Sie Gelegenheit haben, sie einzusehen.

Die Rolle der Landkreise/kreisfreien Städte in der Gesundheitsversorgung

Wir haben uns dort mit vier Schwerpunkten beschäftigt, nämlich mit den Krankenhäusern, dem Rettungsdienst und der Notfallversorgung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie, für uns etwas abgestuft, der ambulanten Versorgung. Für die ersten drei Bereiche tragen wir durch den Sicherstellungsauftrag bekanntlich eine besondere Verantwortung.

Kommunale Aufgaben mit Bezug zur Corona-Pandemie

Die Pandemie beschäftigt die Landkreise aber nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern darüber hinaus auch in den Bereichen Katastrophenschutz, Sozialhilfe (SGB XII), Eingliederungshilfe (SGB IX), Jugendhilfe/KiTa-Betreuung (SGB VIII), Schulträger (grundsätzlich) ab Sekundarstufe I, Jobcenter (SGB II), Heimaufsicht und Veterinärwesen

Was ist in unserer Geschäftsstelle passiert?

Wir sind stolz darauf, dass wir unsere Mitglieder regelmäßig per Rundschreiben informieren. Unser bisheriger Rekord steht bei ungefähr 1 400 Rundschreiben im Jahr. In diesem Jahr haben wir unser 1 000. Rundschreiben bereits am 24. Juni verschickt. So wie es aussieht, wird der Rekord also fallen. Dies zeigt, ohne das schon inhaltlich zu bewerten, welche Menge auf uns niedergegangen bzw., wie man schon fast sagen muss, niedergeprasselt ist.

Wir haben Chefinformationen für die Hauptverwaltungsbeamten herausgegeben und bis heute gut 80 Rundschreiben an die Landräte verschickt, um unsere Hauptverwaltungsbeamten auf dem aktuellen Stand zu halten, welche Verordnung mit welchen Inhalten möglicherweise demnächst erlassen wird.

Wir haben keine Katastrophe, und wir haben beim Land auch sehr intensiv dafür geworben, nicht den Katastrophenfall auszurufen. Einzelne Landkreise hatten das erwogen, aber wir haben unsere Mitglieder gebeten, das nicht zu tun. Dies wäre aus unserer Sicht psychologisch falsch gewesen. Allerdings haben wir in nahezu allen Landkreisen und in der Region Hannover die Krisenstäbe aktiviert, um das Geschehen in seiner ganzen Breite abarbeiten zu können.

Erste Schlussfolgerungen/Vorbereitung 2. Welle

Jetzt sind wir in der Phase, in der wir Bilanz ziehen und überlegen müssen, was wir tun müssen.

Im Blick auf das eine oder andere kritische Wort, das ich gleich noch verlieren werde, möchte ich vorab Folgendes sagen:

Wir haben es nicht besser gewusst. Deswegen haben wir uns vonseiten der kommunalen Spitzenverbände bisher auch bewusst mit öffentlicher Kritik an jeglichem Vorgehen des Landes weitgehend zurückgehalten.

Aber jetzt müssen wir uns auf die Zukunft einrichten und wissen, was noch kommen könnte. Wir haben nur noch bedingt Verständnis für die zögerliche - um nicht zu sagen: fahrlässige - Behandlung der Frage, wie wir uns auf eine erneute Ausbreitung des Virus im Land, auf die sogenannte zweite Welle, vorbereiten.

Das obige Schema liegt dem Grunde nach dem Interministeriellen Krisenstab des Landes seit Ende Mai vor, seitdem wir dort gebeten wurden, einmal aufzuzeigen, welche Handlungsnotwendigkeiten wir sehen. Es hätte von meinem Kollegen Dr. Schwind morgen in einer Präsenzsitzung des Krisenstabs erörtert werden sollen. Diese Sitzung findet nun aber nicht statt.

1. Enge Zusammenarbeit Land/AG KSV

Ich möchte ausdrücklich sagen, dass die Zusammenarbeit mit der Landesregierung insgesamt sehr vertrauensvoll war. Wir haben auch großen Respekt vor dem persönlichen Einsatz vieler Kolleginnen und Kollegen in der Landesregierung. Namentlich erwähnen möchte ich Herrn Staatssekretär Scholz, Frau Schröder, Herrn Dr. Götz und Herrn Dr. Feil, mit denen wir uns in den vergangenen Monaten sehr viel, auch telefonisch, abgestimmt haben.

Wir von der kommunalen Ebene sind, soweit dies möglich war, auch in die Gremienstruktur des Landes eingebunden gewesen. Alle drei Verbände wirken im Interministeriellen Krisenstab mit. Der federführende Verband - das ist derzeit der Städtetag - ist in die sogenannte Rechtsetzungsgruppe der Landesregierung eingebunden. Dort bekommen wir sozusagen im Maschinenraum mit, welche Überlegungen es hinsichtlich der Fortführung der Corona-Verordnung gibt. Dies geht allerdings nur so lange, bis sich die politische Entscheidungsfindung abzeichnet - die dann aber oftmals zu anderen Ergebnissen führt, als wir es uns bisher fachlich vorgestellt hatten.

In das Kompetenzzentrum Großschadensereignisse sind wir nicht direkt eingebunden, aber es gibt eine sehr enge Rückkopplung mit dem Innenministerium.

Ausblick auf die Zusammenarbeit

Eine Krise wie die Corona-Pandemie haben wir bislang nicht gekannt und konnten insofern auch kein Schema dafür auflegen. Allerdings sind wir aufgrund verschiedener Ereignisse durchaus krisenerfahren, gerade auch auf der Ebene der Landkreise.

Krisen kennen wir z. B. aus dem Veterinärbereich, und das sogar leider in vielfältigster Form. Dafür gibt es Handbücher. Wenn irgendwo ein Vogel tot vom Himmel fällt, wird das Handbuch „Vogelgrippe“ aus dem Regal gezogen, und dann



Erste Schlussfolgerungen/Vorbereitung auf 2. Welle



können wir ungefähr abschätzen, was in den kommenden Wochen zu tun ist.

Für eine Pandemie haben wir so etwas nicht. Das muss für die Zukunft anders werden.

In der öffentlichen Wahrnehmung spielt der Interministerielle Krisenstab eine sehr dominante Rolle. Aus meiner persönlichen Sicht wird diese Rolle allerdings überbetont. Ich habe verschiedentlich den Kollegen Schwind dort vertreten und insofern einen persönlichen Eindruck bekommen.

Der IMKS tagt in 80 bis 90 % der Fälle in Form einer Telefonkonferenz. Er ist ein wichtiges Gremium für den Informationsaustausch und dient als Infobörse. Aber anders, als in der Öffentlichkeit zuweilen gemutmaßt wird, werden dort nicht die politischen Steuerungsentscheidungen getroffen.

Auch ist der IMKS aus meiner Sicht kein taugliches Instrument zur Krisensteuerung. Dafür fehlt ihm einerseits die rechtliche Legitimation, und andererseits ist er inkongruent zusammengesetzt. Aus den Ressorts sind zum Teil Abteilungsleiter dabei, zum Teil Referatsleiter. Jedenfalls fehlt es ihm an der politischen Durchschlagskraft.

In der Flüchtlingskrise war das anders. Damals gab es eine politische Steuerung durch den Staatssekretärsausschuss unter Vorsitz des CdS und unter der Teilnahme der Präsidenten bzw. Hauptgeschäftsführer der drei kommunalen Spitzenverbände. CdS Jörg Mielke hat das in einer Veröffentlichung einmal „Integrative Ressortkoordination“ genannt, und die war aus unserer Sicht auch durchaus erfolgreich.

Regelungen (Auszug) des MS zur Bekämpfung der Corona-Pandemie

Ich möchte Ihnen jetzt mehrere Folien zeigen, die einzelne rechtliche Regelungsinstrumentarien auflisten. Die kennen Sie alle. Ich tue dies nicht, um Sie zu ermüden, sondern ich will Ihnen einfach zeigen, welchen langen Prozess wir hier durchlaufen haben.

Zu Beginn gab es eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der rechtlichen Instrumentarien. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat in der ersten Märzhälfte vom Sozialministerium eine Vielzahl fachaufsichtlicher Weisungen zum Umgang mit verschiedensten Phänomenen der Krise bekommen. Fachaufsichtliche Weisungen sind interne Maßnahmen. Sie wirken nicht nach außen, ver-

pflichten aber den Angewiesenen, entsprechend tätig zu werden. Diese fachaufsichtlichen Weisungen mussten jeweils vor Ort umgesetzt werden, in der Regel durch sogenannte Allgemeinverfügungen.

Diese Allgemeinverfügungen wiederum müssen veröffentlicht werden. Das ist ein sehr mühsamer Prozess, weil wir sie nicht nur über das Internet veröffentlichen müssen, sondern weil sie nach den Hauptsatzungen der Kommunen in der Regel auch der Veröffentlichung in einer Tageszeitung bedürfen. Dies ist im Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetz so angelegt. Wenn aber Freitag spät abends eine neue Allgemeinverfügung kommt, die schon ab Samstag umgesetzt werden muss, dann erreicht man keine Tageszeitung mehr und kann frühestens am Montag veröffentlichen. Und dann kann das frühestens am Dienstag in Kraft treten. Ich nehme dies zum Anlass, den Innenpolitiker in Ihren Reihen noch einmal zu sagen, dass wir uns bei der nächsten Reform des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes unbedingt um eine Modernisierung des § 11 - Verkündung von Rechtsvorschriften - kümmern müssen. Da sind wir nicht auf dem aktuellen Stand der Dinge.

Unsere Leute haben sich in der Regel die Pressekonzferenzen angeschaut, die im Nachgang hier im Forum des Landtags abgehalten wurden. Um 14.30 Uhr erfuhr man, welches Recht morgen oder übermorgen umzusetzen war. Das war der schnellste Weg der Information. Es hat bei den Landkreisen großen Unmut ausgelöst, dass man als zuständige Behörde nicht einmal vorab einen Hinweis bekam, was auf einen zukommt.

Eine große Überraschung gab es am Abend des 22. März, einem Sonntag. Da haben wir erfahren, dass das Land Niedersachsen eine Allgemeinverfügung über die Beschränkung sozialer Kontakte erlassen hat. Gestützt hat es sich auf § 102 des Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetzes. Ich will das jetzt nicht im Einzelnen vertiefen, aber ich bin mir ganz sicher, dass diese Norm nicht dafür gedacht war, Verfügungen zu legitimieren, die das öffentliche Leben in Niedersachsen flächendeckend lahmlegen. Diese Zweifel sind auch von verschiedenen Gerichten - die sich allerdings nicht auf die niedersächsische Rechtslage, sondern beispielsweise auf die bayrische Rechtslage bezogen haben - bestätigt worden.

Nach den Allgemeinverfügungen ist man dann zu dem Instrument der Verordnung übergegangen. Am 27. März gab es eine Rechtsetzung durch Verordnung. Die Rechtsetzung erfolgte jetzt nicht mehr im Tagesrhythmus, sondern im Wochenrhythmus.

Bei Verordnungen haben die kommunalen Spitzenverbände das Recht, angehört zu werden. Wir haben versucht, dieses Anhörungsrecht für unsere Mitglieder wahrzunehmen. Üblich ist eine Anhörungsfrist von sechs Wochen - in der Pandemie waren wir schon froh, wenn wir sechs Arbeitsstunden dafür hatten.

Das ist schwierig, zumal man noch die Mitglieder einbinden muss. Beim Landkreistag ist die Zahl mit 37 noch überschaubar, beim Städte- und Gemeindebund sind es aber ein paar mehr. Trotzdem haben wir zu allen Verordnungen umfangreich Stellung genommen, wenn auch mit unterschiedlichem Erfolg.

Wir haben, wie Sie auch, registriert, dass jede Veränderung die Verordnung aufgebläht hat, dass sie detailgenauer und komplizierter wurde, und uns gefragt: Ist das nur ein sozusagen rechtsästhetisches Problem, oder spielen da auch tiefer liegende Dinge eine Rolle?

Sie müssen sich klarmachen: Jede Änderung der Corona-Verordnung muss in der Fläche kommuniziert werden. Unsere Kolleginnen und Kollegen sagen, dass es drei, vier Tage dauert, bis sie die Flut an Anrufen bewältigt haben und die Betroffenen ungefähr wissen, worauf sie sich einstellen müssen - drei, vier Tage intensive Öffentlichkeitsarbeit bei den Landkreisen mit 40 bis 300 Telefonaten beim Krisenstab und bei der Servicestelle der Landkreise, und das nicht nur bei einem Landkreis, sondern bei 37 Landkreisen plus acht kreisfreien Städten plus den kreisangehörigen Gemeinden!

Wir haben beklagt, dass die Verordnung innerlich nicht mehr konsistent ist. Bis heute ist es beispielsweise nicht gelungen zu erklären, welche Art Zusammenkünfte im privaten Bereich zulässig sind, wie viele Leute man zu seiner Gartenparty zum Grillen einladen darf. Darauf finden Sie in den FAQs keine schlüssige und bündige Antwort. Allerdings finden Sie sehr schlüssige und detailgenaue Antworten zu der Frage, was in Spielhallen, Spielbanken und Wettannahmestellen erlaubt ist.

Deswegen haben wir Mitte Mai einen Kurswechsel in der Krisensteuerung gefordert. Wir hatten gehofft, dass er schon letzte Woche eintritt. Das ist aber nicht passiert. Morgen soll ein neues Spiel aufgelegt werden. Wir sind gespannt.

Meine Damen und Herren, ich sage hier in aller Ernsthaftigkeit: Das ist aus unserer Sicht verheerend für die Akzeptanz des Rechts bei den Bürgerinnen und Bürgern, die wir für die Umsetzung der Regelungen brauchen und an deren vernünftiges Verhalten in der Pandemie wir appellieren. Diese Bürgerinnen und Bürger tragen in wesentlichen Teilen auch den Staat. Wir müssen also für die Zukunft überlegen, wie man, wenn man so etwas wie den Fünfstufenplan der Landesregierung zur Lockerung entwickelt, ihn dann auch mit einem Plan zur Umsetzung im rechtlichen Instrumentarium flankiert. Das ist aus unserer Sicht unabdingbar. - Ich will das nicht weiter ausführen, könnte das aber auf Nachfrage mit einer Unzahl weiterer Beispiele und frustrierender Rückäußerungen aus dem kommunalen Bereich vertiefen.

Fazit zu 1.

Mein Fazit hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen dem Land und den kommunalen Spitzenverbänden lautet: Unsere Beteiligung entsprach in weiten Teilen nicht den Anforderungen, die die Niedersächsische Verfassung an sie stellt. Wir haben mehrfach darüber diskutiert, ob wir das Ganze zum Staatsgerichtshof tragen sollten, haben uns dann aber dagegen entschieden, getreu der Linie: In einer Krise streiten wir uns nicht.

Das Land hat uns immer wieder zu verstehen gegeben: „Es tut uns leid. Wir verstehen eure Sorgen. Aber wir müssen bestimmte Abläufe einhalten, damit wir die Verordnung zum Zeitpunkt X in Kraft setzen können.“

Aber diese Situation hat das Land selbst verschuldet; denn der Zeitpunkt des Endes der Verordnung ist politisch gesetzt. Wenn man eine Verordnung nur 14 Tage lang wirken lassen möchte, dann muss man nach 14 Tagen nun einmal eine Anschlussverordnung vorlegen, wenn man nicht ins Leere steuern will. Hätte man gesagt, man macht eine Verordnung, die drei Monate gilt - und daran hat das Land niemand gehindert -, und ändert sie dann trotzdem schon nach 14 Tagen, wäre der enorme Zeitdruck weg gewesen.

Wir müssen sehr deutlich daran erinnern, dass jede Rechtsänderung vor Ort umgesetzt und auch kommuniziert werden muss. Deswegen sind aus unserer Sicht mehr Konstanz und mehr Vorlauf nicht zuletzt für die Akzeptanz der Regelungen in der Bevölkerung unverzichtbar.

Für mich ist eine der bedeutendsten Lehren aus dieser Krise, dass wir ein Kommunikations- und Steuerungskonzept entwickeln müssen: Wer ist für die authentische Auslegung der Regeln verantwortlich, und wer gibt wem welche Auskünfte? Die Regelungen, die das Land trifft, müssen auf Landeskreisebene erklärt werden. Wie man sie vor Ort handhabt, kann nur jemand entscheiden, der die örtlichen Verhältnisse kennt.

2. Der ÖGD als zuständige Behörde nach dem Infektionsschutzgesetz

Auf meiner Folie sehen Sie die einschlägige Norm, mit der der Öffentliche Gesundheitsdienst plötzlich in eine neue, nie gekannte öffentliche Aufmerksamkeit gerückt ist. § 3 Abs. 1 Nr. 1 NGöGD lautet:

„Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegen die Aufgaben des Gesundheitsamtes, der zuständigen Behörde oder der zuständigen Stelle nach dem Infektionsschutzgesetz oder einer aufgrund des IfSG erlassenen Verordnung.“

Das Handeln nach dem Infektionsschutzgesetz ist für den ÖGD eine ganz untypische Tätigkeit. Der ÖGD ist nach dem von der Mehrheit der Landtagsabgeordneten verabschiedeten Gesetz in Niedersachsen eine Aufgabe des eigenen Wirkungsbereiches. Das Infektionsschutzgesetz hingegen ist eine Aufgabe des übertragenen Wirkungsbereiches. Deswegen gibt es dort einen Weisungsstrang vom Sozialministerium zu den Landkreisen und kreisfreien Städten.

Aufgaben des ÖGD nach dem Infektionsschutzgesetz

Die klassische Aufgabe des ÖGD ist hier die Umsetzung bzw. die Ausführung und Kontrolle der landesrechtlichen Regelungen nach dem Infektionsschutzgesetz.

Das wesentlichste Instrument zur Eindämmung der Pandemie ist in Niedersachsen, aber auch in vielen anderen Bundesländern die Containment-Strategie. Wir versuchen, das Risiko der Ausbreitung durch eine konsequente Kontaktnachverfol-

gung zu minimieren. Wir haben einen Großteil der Testungen, die vor Ort durchgeführt werden, zu verantworten, und wir haben einer Vielzahl von Menschen die Bewegungsfreiheit nehmen müssen, indem wir sie für 14 Tage in Quarantäne geschickt haben. Auch das ist etwas, was man sich früher in dieser Radikalität nicht hätte vorstellen können.

Wir setzen große Hoffnungen auf die Corona-Warn-App, die vor etwa drei Wochen freigeschaltet wurde. Sie ist ein gutes Instrument. Es hat ein bisschen gedauert, bis sie da war. Aber ich glaube, wir tun gut daran, ihre Möglichkeiten auch zu nutzen.

Aufbau Personalbestand ÖGD in Niedersachsen

Mit der Folie, die ich Ihnen jetzt zeige, bin ich selbst nicht ganz glücklich. Ich möchte sie Ihnen dennoch nicht vorenthalten. Sie basiert auf dem Ergebnis einer Umfrage des Sozialministeriums.



Aufbau Personalbestand ÖGD in Niedersachsen

	Ausgangsbestand	Bestand bei Abfrage	Planbestand	Planbestand
	01.03.2020	09.04.2020	23.04.2020	07.05.2020
Personal ÖGD in VZÄ	1.222	1.379	1.418	1.449
davon für KNV eingesetzt	131	622	677	717
Sonstiges Personal für KNV	7	232	278	
Extern Angeworbene für KNV	1	37		
Gesamt für KNV eingesetzt	140	891	955	717
*zuzügl. nach Bedarf		638 %	685 % *	717 % *

Referent: Prof. Dr. Hubert Meyer www.nlt.de 18

Wir erheben für das Landesgesundheitsamt jedes Jahr die genauen Zahlen, wie viele Beschäftigte im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind (in Vollzeitäquivalenten). Diese Zahl lag 2018 bei insgesamt 1 712.

Auf der obigen Folie sehen Sie, wie sich diese Zahlen entwickelt haben. Ich kann nicht jede Zahl erklären, aber wir tun uns insofern schwer damit, als dies nicht im Vorfeld mit uns abgestimmt wurde.

Noch schwerer tue ich mich mit einer Abfrage, die das Bundesgesundheitsministerium derzeit in unseren Gesundheitsämtern durchführt. Darüber habe ich mich auch intensiv mit unserem Bundesverband auseinandergesetzt; denn die Antworten auf manche der gestellten Fragen werden

ein Bild ergeben, das aus meiner Sicht nicht der Realität entspricht.

Ich will Ihnen das anhand eines konkreten Beispiels verdeutlichen.

Der Landkreis Osnabrück unterhält das gemeinsame Gesundheitsamt von Stadt und Landkreis Osnabrück. Das ist eines unserer größten Gesundheitsämter. Dort gibt es normalerweise 63 Vollzeitäquivalente. Innerhalb von wenigen Wochen, nämlich bis zum 9. April, sind diesem Gesundheitsamt 104 weitere Personen zugeordnet worden, in der Regel Personen aus anderen Fachbereichen und Fachdiensten der Verwaltung. Der ganz große Teil der Verstärkung der Gesundheitsämter über viele Wochen und Monate hinweg ist aus dem Personalbestand der Landkreise und kreisfreien Städte bedient worden.

Darüber hinaus gibt es Unterstützung - zwar in geringem Umfang, aber sehr wohl notwendig - durch die sogenannten Scouts, die das Robert Koch-Institut zur Verfügung gestellt hat. Damit haben wir sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht.

Ferner haben wir Unterstützung durch die Sanitätseinheiten der Bundeswehr bekommen, insbesondere dort, wo die Bundeswehr auch sonst stark vor Ort vertreten ist, beispielsweise in Celle und im Heidekreis.

Aber noch einmal: Der Löwenanteil ist aus dem eigenen Haus zur Verfügung gestellt worden.

Wir sind jetzt in Gesprächen, auch mit dem Land Niedersachsen, was zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu tun ist.

Kurzfristig gesehen müssen wir die Handlungsfähigkeit sichern. Es geht darum die Landkreise zu schulen, damit sie im Bedarfsfall eigenes Personal rekrutieren können. Man braucht eine Liste von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die z. B. wissen, welche Fragen sie bei einer Kontaktnachverfolgung stellen müssen. Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden geschult und gehen dann wieder ihrer normalen Tätigkeit nach.

Wir brauchen eine Art schnelle Einsatztruppe für externe Hilfe in Hotspots, wenn es einen Ausbruch gibt, der vor Ort eine schnelle und umfassende Hilfe erfordert. Für dieses Vorhaben werben wir auch beim Land. Das sollten möglichst Personen sein, die über medizinische Grundkenntnisse verfügen, etwa vom Medizinischen

Dienst der Krankenkassen, von den Sanitätseinheiten der Bundeswehr, fortgeschrittene Medizinstudenten oder Ehemalige, die im medizinischen Bereich tätig waren.

Wir haben solche Situationen gerade im Landkreis Oldenburg, in Göttingen oder im Landkreis Verden erlebt, bei denen die Kreisverwaltung händeringend gefragt hat, wen sie anrufen kann. Da müssen wir professioneller werden. Es muss eine Liste mit Nummern geben, bei denen man anrufen kann und von wo aus die Hilfe dann organisiert wird.

Langfristig gesehen, müssen wir den vom Bund angekündigten „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ schließen. Mitte Juli sollen die Gespräche mit unseren Bundesverbänden und den Bundesländern beginnen.

Gebrauchen können wir sicherlich eine finanzielle Stärkung. Nicht gebrauchen können wir vom Bund vorgegebene starre Standards. Nur ein Beispiel: Der Bundesgesundheitsminister sagt, pro 20 000 Einwohner muss man fünf Mitarbeiter für das Containment haben. In einem kleinen Landkreis wären das 25 Mitarbeiter, für den Landkreis Osnabrück hingegen wären es fast 100. Wie soll das gehen? Ist das als eine Abruftuppe gedacht - aber so etwas Ähnliches haben wir ja schon -, oder sollen die Leute dort sitzen und auf die Krise warten? Letzteres halte ich für nicht vorstellbar.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass die Situationen unterschiedlich sind und dass sie unterschiedlich bleiben werden. Die soziale Struktur in der Region Hannover oder in einer Stadt wie Göttingen ist anders als die in ländlichen Räumen wie im Heidekreis, in Uelzen oder in Lüchow-Dannenberg. Das wird auch Auswirkungen darauf haben, wie das Ganze laufen wird. Daneben spielt natürlich auch die wirtschaftliche Struktur eine Rolle, beispielsweise ob es in den Landkreisen z. B. Schlachtbetriebe gibt, die sich ja jetzt als Problemfall erwiesen haben.

Wir sind unterschiedlich aufgestellt, und insofern brauchen wir auch unterschiedliche Antworten. Nicht gebrauchen können wir starre Standards, da solche nun einmal nicht für alle Verhältnisse bundesweit passen können.

Und was wir uns ganz sicher auch noch einmal anschauen müssen, ist der Stand der Digitalisierung des Verwaltungsvollzugs. Dass wir hier zu einer Standardisierung kommen müssen, ist klar.

Ob das immer nur ein Programm sein muss, will ich einmal dahingestellt sein lassen. Der Bund propagiert die App SORMAS. Diese App ist bei unseren Mitgliedern bekannt, wird dort aber nur zum Teil eingesetzt, weil man der Meinung ist, dass andere Strukturen besser funktionieren.

Da sind wir also unterschiedlich aufgestellt. Aber es ist nicht so, wie es der Bund suggeriert, nämlich dass die Gesundheitsämter in Niedersachsen bis heute per Rauchzeichen kommunizieren. Nein, es gibt schon einen gewissen Standard, den wir aber weiterentwickeln müssen. Da führen wir eine schwierige Diskussion mit dem Bund und haben da auch sicherlich noch eigene Hausaufgaben zu erledigen.

Pandemie und Pflege

Zu den bedrückendsten Erlebnissen in der Krise gehörte für mich die Abschottung der Menschen in den Alten- und Pflegeheimen. Personen, die ihr Leben lang gearbeitet und dort nun ihre letzten Lebensjahre verbringen, wurde gesagt, dass sie keinen Besuch mehr empfangen dürfen bzw. nur noch unter völlig absurden Umständen. Ich finde, da müssen wir fantasievoller werden.

Wir haben auch festgestellt, dass die Regelung der Verordnung, wonach Besuche dann wieder erlaubt sind, wenn ein Hygienekonzept vorgelegt wird, von einzelnen Heimbetreibern dazu benutzt worden ist, Besuche gar nicht mehr zuzulassen. Das wirft für uns die Frage auf, ob wir die Rolle der Heimaufsichten in Zukunft nicht deutlich stärken und ihnen schärfere Maßnahmen an die Hand geben müssten.

3. Ressourcenmanagement

Als das Innenministerium hier vorgetragen und wir dabei auch über das Ressourcenmanagement gesprochen haben, hat Herr Jordan gesagt, dass alle Betroffenen eigentlich selbst in der Verantwortung stehen, sich persönlich auf die Situation vorzubereiten. Das stimmt auch. Aber ich möchte hier die Chance nutzen und für ein zentrales Ressourcenmanagement des Landes plädieren: mit ausreichendem Vorrat an Schutzmaterial und Ausrüstung, um ein Hochfahren in der Krisensituation besser abfedern zu können und nicht dann erst schauen zu müssen, wo man uns auf dem Weltmarkt noch irgendetwas anbieten kann.

4. Konzepterstellung für den Bereich Notfallkrankenhäuser und Kurzzeitpflege

Weiterhin brauchen wir ein Konzept für die Notfallkrankenhäuser und die Kurzzeitpflege. Ich habe mir zusammen mit den Kollegen der Landrätekonferenz aus dem ehemaligen Bezirk Hannover am vergangenen Donnerstag das Behelfs Krankenhaus auf dem Messegelände angeschaut. Wir brauchen dringend eine Entscheidung, wie lange dieses Behelfs Krankenhaus noch bestehen bleiben soll. Aus meiner Sicht macht es keinen Sinn, die Sachen dort schon vor dem nächsten Winter zusammenzupacken.

Auch brauchen wir eine frühzeitige Einbeziehung *aller* Beteiligten in die Planungen darüber, wie Ressourcen zurückgefahren und wieder hochgefahren werden sollen.

Die Erfahrungen bei der Einbeziehung der Reha-Kliniken waren aus meiner Sicht nur suboptimal. Was wir brauchen, ist eine umfassende Pandemieplanung für den Krankenhausesektor insgesamt.

5. Gesundheitssicherstellungsregelungen / NKatSG

Ich glaube, wir müssen uns hier noch einmal darüber unterhalten, ob das rechtliche Instrumentarium ausreicht. Wir werden in diesem Jahr noch über das Niedersächsische Katastrophenschutzgesetz diskutieren. Aber möglicherweise braucht man auch Instrumentarien, bevor man die Stufe „Katastrophe“ erreicht hat. Wir haben das einmal „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ genannt. Die Anlaufphase bis zur Errichtung der Testzentren verlief in Teilen des Landes etwas schwierig. Möglicherweise kann man hier über Weisungsrechte des Landes schneller zum Erfolg kommen.

Wir müssen darüber diskutieren, ob es im Katastrophenschutzgesetz nicht noch stärkere Eingriffsbefugnisse gegenüber Dritten geben soll, z. B. für Beschlagnahmungen. Dabei geht es um den Zustand, bevor der Katastrophenfall festgestellt worden ist. In einem Katastrophenfall dürfen die Katastrophenschutzbehörden ja fast alles.

Mit dem Innenministerium diskutieren wir kritisch über die Frage, wie im Katastrophenfall der Verwaltungsaufbau funktioniert. In diesem Zusammenhang gibt es Überlegungen zur Überführung des dreistufigen Verwaltungsaufbaus in eine Zweistufigkeit, sprich: die Errichtung eines Landesamtes. Das halten wir im Prinzip auch für rich-

tig, aber die Frage ist, welche Kompetenzen dieses Landesamt haben soll.

6. Konzepterstellung für einen Stillstand des öffentlichen Lebens / KRITIS

Wir brauchen einen vorgeplanten „Stufenplan rückwärts“, der insbesondere den gesamten Bereich der kritischen Infrastrukturen berücksichtigt und ein schrittweises und landesweites oder örtliches möglichst einheitliches Herunterfahren des öffentlichen Lebens ermöglicht.

Konkrete Auswirkungen auf (Zwischen)Ergebnisse der EKmedV

Was bedeutet das alles für die Arbeit in dieser Kommission?

Für die ambulante Versorgung und die Pflege müssen wir noch mehr Kapazitäten für die Pandemie schaffen und sichern. Die Stichworte dazu habe ich genannt: Testungen, Schutzausrüstung etc.)

Die stationäre Versorgung muss auch im Pandemiegeschehen gesichert bleiben. Dafür brauchen wir ein flächendeckendes gestuftes Versorgungs (notfall)konzept. Wir glauben, dass die Krankenhausstruktur, die wir derzeit in Niedersachsen haben, dafür eine gute Grundlage bietet. Nach den Erfahrungen, die wir jetzt gesammelt haben, können wir sagen: Nicht alle Krankenhäuser und Fachkliniken werden einbezogen. Aber alle anderen Krankenhäuser kann man in ein solches Konzept einbinden. Das machen wir praktisch ja auch. Man kann dies aber vielleicht noch besser steuern.

In Bezug auf die Notfallversorgung ist aus unserer Sicht noch darüber zu sprechen, wie man die Zusammenarbeit zwischen dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den Leitstellen noch verbessern kann.

Beim Öffentlichen Gesundheitsdienst müssen wir sehr sorgfältig darauf achten, wie das, was schon geplant ist, in die Strukturen passt. Ich will gerne zugeben, dass wir hier Glück im Unglück gehabt haben. In den Gesprächen mit dem Bund weise ich immer wieder darauf hin, dass wir diese Krise mit den *bestehenden* Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gelöst haben. Diese Strukturen müssen wir stärken. Wir dürfen sie aber auch nicht übersteuern, damit wir am Ende nicht ein Mustergesundheitsamt haben, das auf dem

Papier wunderbar funktioniert, mit dem wir aber in der Fläche neue Probleme bekommen.

So viel von meiner Seite.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Vielen Dank für Ihren Vortrag, Herr Professor Meyer. - Die erste Wortmeldung kommt von Herrn Schwarz.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Vielen Dank, Herr Professor Meyer, und zwar auch für die Klarheit und die Deutlichkeit, in der Sie sich geäußert haben. Genau das brauchen wir nämlich jetzt.

Sie haben die Zahlen zur Personalentwicklung beim ÖGD kritisiert. Auch ich habe Probleme damit. Wenn ich die Zahlen bei mir im Landkreis Northeim sehe, dann muss ich sagen, dass das nicht stimmen kann. Dort ist die Situation ähnlich, wie Sie sie für Osnabrück geschildert haben. In den anderen Landkreisen ist das vermutlich auch so.

Ich möchte auf Ihre Idee mit der Personalreserve zurückkommen, dass man schon jetzt Leute für einen solchen Pandemiefall ausbildet. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, wenn die Landkreise diese Personalreserve nicht auf ihren Hoheitsbereich begrenzen, sondern das Ganze in Kooperation mit Nachbarlandkreisen angehen würden? Bei den Hotspots ist das z. B. im Wege der Amtshilfe ja relativ schnell passiert.

Die von Ihnen ebenfalls angeregte schnelle Einsatztruppe halte ich auch für eine gute Idee. Die Frage ist, wo die dann angebunden sein soll. Soll sie irgendwo zentral angebunden sein? Soll sie sich aus mehreren Gebietskörperschaften zusammensetzen? Soll sie beim Landesgesundheitsamt angedockt sein?

Apropos Landesgesundheitsamt: Welche Rolle spielt das Landesgesundheitsamt aktuell bei der Krisenbewältigung, und welche Rolle könnte es aus Ihrer Sicht zukünftig spielen?

Zum Thema Digitalisierung. Ich habe wahrgenommen, dass es mindestens zwei verschiedene Digitalisierungssysteme gibt. Derzeit richten sich alle Landkreise finanziell darauf ein, ein solches System zu installieren. Vor diesem Hintergrund ist diese Parallelität, wie ich finde, kontraproduktiv. Wäre es nicht besser, sich auf ein System zu konzentrieren bzw. zumindest beide Systeme kompatibel zueinander zu machen?

Sie haben mit Blick auf das Katastrophenschutzgesetz gesagt: Im Katastrophenfall darf man alles, ansonsten nicht, aber eigentlich müsste man auch schon dann das eine oder andere tun können. Nun gibt es ja die sogenannte Katastrophenvorwarnstufe. Was, meinen Sie, sollte man gegebenenfalls schon im Rahmen dieser Katastrophenvorwarnstufe regeln?

Mein letzter Punkt sind die Testungen. Die Kassenärztliche Vereinigung und die öffentlichen Gesundheitsämter standen ja ziemlich unter Druck, da etwas aufbauen zu müssen. Was können wir aus der Entwicklung der Testungen lernen? Wie sollten wir uns da zukünftig besser vorbereiten? Und: Welche Personengruppen sollten aus Ihrer Sicht aktuell getestet werden: gar keine oder systemrelevante? Wie schätzen Sie die Themenstellung bei den Testungen ein?

Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT): Zum Stichwort „Personalreserve“. Ich teile Ihren Eindruck, dass sich jeder Landkreis vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die man selbst mit der Pandemie gesammelt hat, die Frage stellen muss, ob man wirklich alleine hinbekommt.

Die bisherigen Ausbrüche gab es in relativ großen Gebietskörperschaften mit relativ schlagkräftigen Gesundheitsämtern. Ich glaube schon, dass man darüber nachdenken muss, ob man Kooperationen nicht schneller eingehen kann. Dies wird uns auch von unseren Mitgliedern gespiegelt. Das muss aber aus meiner Sicht nicht unbedingt heißen, dass man die Gesundheitsämter zusammenlegt bzw. dass sie fusionieren müssen. Es geht darum, Krisenszenarien gemeinsam durchzuspielen.

Die „schnelle Einsatztruppe“ müsste zentral auf Landesebene angebunden werden, und die richtige Stelle dafür scheint mir das Landesgesundheitsamt zu sein. Wenn man es so macht, wie ich es mir vorstelle, würde es eine gewisse Fluktuation geben, und der Pool müsste immer wieder aktualisiert werden. Bei den Medizinstudierenden, auf die man vielleicht jetzt noch zurückgreifen kann, kann es sein, dass sie in ein, zwei Jahren mit anderen Dingen beschäftigt sind.

Das Land hat auf unsere Bitte hin unter der Federführung des Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe zum Öffentlichen Gesundheitsdienst eingerichtet, in der das Sozialministerium selbst, das Landesgesundheitsamt, drei Leiter von Gesundheitsämtern, zwei Erste Kreisräte und ein Kollege

aus der Verwaltungsführung der kreisfreien Städte mitarbeiten. Dort sollte man sich darüber diese Frage Gedanken machen. Ich hoffe, dass wir irgendwann einen konkreten Vorschlag erhalten.

Diese Arbeitsgruppe wird sich in einem zweiten Schritt auch mit der Digitalisierung beschäftigen. Wir müssen zu Systemen kommen, die miteinander kompatibel sind. Der Bund strebt ja an, das System SORMAS zu etablieren. Das mag der richtige Weg sein, allerdings meinen einige unserer Leute, dass unser anderes System mehr kann und man sich daher nicht davon trennen sollte. Es würde reichen, sagen sie, eine vernünftige Schnittstelle zu bekommen.

Zum Stichwort „Katastrophenschutz“. Das COVID-19-Gesetz sieht zwei Stufen des Voralarms vor. Ich habe die dringende Bitte, dass wir diese Instrumente auch in das Niedersächsische Katastrophenschutzgesetz überführen, das im zweiten Halbjahr 2020 in die parlamentarische Beratung kommen wird. Wir müssen sehen, was man da anbinden kann und ob es noch einen darüber hinausgehenden Regelungsbedarf gibt. Ich glaube, heute ist es noch ein bisschen früh, um das sagen zu können. Aber von der Tendenz her stelle ich mir genau das vor.

Was die Testungen angeht, finde es durchaus plausibel, nicht sozusagen wild herumzutesten und den Eindruck zu erwecken, damit täte man viel - weil dies, so wie ich es bisher verstanden habe, doch nur eine Scheinsicherheit vermittelt. Denn wenn ich heute sozusagen meine Freizeichnung erhalte, kann es morgen schon wieder ganz anders aussehen. Insofern hilft das wenig. Ich halte die bisherige Teststrategie des Landes also für ist im Ansatz nachvollziehbar. Wir bitten aber nachdrücklich darum, stärker einbezogen zu werden.

Wir haben gehört, dass es Gespräche zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Hausärzterverband und dem Land gibt, was so etwas kostet. Bisher ist auf Bundesebene nur geklärt, dass die Laborkosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden müssen. Uns stellt sich die Frage, wer die Abstriche bezahlt. Bei Fällen wie jetzt in Oldenburg und Göttingen fallen ja einige Tausend an. - Das sind Punkte, die wir noch angehen müssen.

Wenn sich jemand unwohl fühlt, dann geht er zum Hausarzt. Wenn es ein Indiz für COVID-19 gibt, ist auch schon jetzt ein Test möglich. Die Frage

ist aber, was passiert in Fällen, in denen wir innerhalb weniger Stunden Massentests durchführen müssen, so wie es in Göttingen und Wildeshausen der Fall gewesen ist? Sind die Kapazitäten dann auf Abruf verfügbar? - Das ist etwas, worauf wir uns gemeinsam vorbereiten müssen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Meine erste Frage betrifft die Reha-Kliniken. Sie haben davon gesprochen, dass die Reha-Kliniken nur suboptimal eingebunden worden seien. Wie genau ist das zu verstehen?

Meine zweite Frage: Der Sozialausschuss hat im Rahmen seiner Mitberatung ja den Punkt der Beschlagnahme in das COVID-19-Gesetz eingebracht. Im Innenausschuss wird morgen darüber beraten, dies stattdessen über den Voralarm im Katastrophenschutzgesetz zu machen, weil das insgesamt rechtssicherer erscheint. Wie schätzen Sie das ein?

Meine dritte Frage betrifft die Vorhaltung von Schutzausrüstung. Klar, die Verantwortlichkeit liegt bei jeder Einrichtung selbst. Aber ich glaube, man müsste noch konkretisieren, für welchen Zeitraum vorgehalten werden soll. Für drei Monate, für sechs Monate? Und: Wie schnell kommen wir wieder in normale Lieferketten, wenn es Unterbrechungen gibt?

Meine letzte Frage betrifft die im Sozialministerium eingerichtete Arbeitsgruppe zur Stärkung des ÖGD. Welche Überlegungen gibt es dort? Seit wann tagt sie? Wie schnell ist mit Ergebnissen zu rechnen?

Prof. Dr. Hubert Meyer: Ich beginne mit der letzten Frage. Die Arbeitsgruppe zum Öffentlichen Gesundheitsdienst hat bisher, ich meine, dreimal getagt, und zwar in Form einer Telefonkonferenz. Bei der ersten Telefonkonferenz war ich dabei, seither nicht mehr. Ich kann nicht einschätzen, in welchem Zeitraum man dort zu Ergebnissen kommt. Den Vorsitz hat der Kollege Feil aus dem Sozialministerium, und der gehört zu denjenigen, die im Moment noch das eine oder andere zu tun haben. Das Infektionsgeschehen flacht seit etwa zwei Monaten ab. In anderthalb Wochen beginnen die Ferien. Ich wünsche mir, dass man schnell die Arbeitsstrukturen schafft, um so bald wie möglich zu Ergebnissen zu kommen.

Zur dritten Frage. Wir glauben, dass man die Vorhaltung von Schutzausrüstung ausbauen muss und dass es einer ergänzenden landeswei-

ten Vorhaltung bedarf. Wir müssen uns darüber Gedanken machen, wie man das sinnvoll hinbekommt, damit die Sachen, die angeschafft werden, nicht nach drei Jahren schon wieder komplett entsorgt werden müssen. Man sollte Desinfektionsmittel in hinreichender Zahl anschaffen und es ein Jahr vor dem Verfalldatum in den normalen Verbrauch geben. Ich wäre hier für ein rollierendes System. Ich glaube, das lässt sich mit den Kollegen aus dem Innenministerium organisieren. Aber das kostet natürlich auch Geld.

Zur zweiten Frage. Wir haben in der Anhörung zum COVID-19-Gesetz den Wunsch vorgetragen, die Regelungen, die Sie darin zum Katastrophenschutz vorsehen, nicht auf die Dauer des COVID-19-Gesetzes zu befristen, sondern sie möglichst schon jetzt in das Katastrophenschutzgesetz vorzuziehen. Das müssen Sie natürlich aus Ihrer Sicht beurteilen, aber wir sind jederzeit gerne bereit, das im Einzelnen zu besprechen. Der Kollege Dr. Schwind, der stellvertretende Vorsitzende des Landesbeirats Katastrophenschutz, ist sehr intensiv damit befasst und steht sicherlich für Rückfragen bereit.

Zur ersten Frage: Was ist bei der Einbindung der Reha-Kliniken nur suboptimal gelaufen? Nach meiner Wahrnehmung war nicht klar, welchen konkreten Auftrag die Reha-Kliniken haben und wer dort aufgenommen werden soll. Es gab erhebliche Probleme bei der Abverlegung in Reha-Kliniken, insbesondere zur Kurzzeitpflege. Die Reha-Kliniken hätten natürlich am liebsten nur Leute gehabt, die nichts mit COVID-19 zu tun haben.

Noch einmal: Wenn Reha-Kliniken eine wirkliche Ergänzung zu den Plankrankenhäusern werden sollen, dann muss man klar regeln, welche Aufgabe sie haben, auch in Kooperation mit welchem Haus. Es führt nicht weiter, eine relativ abstrakte Regelung zu treffen, sondern wir müssen die Kliniken dort einbinden, wo sie sind. Wenn ein Plankrankenhaus sozusagen überläuft, dann ist eine Reha-Klinik der Abnehmer dafür. Oder wir versuchen, die Ströme dorthin zu sortieren.

Meine Bitte ist, noch intensiver darüber nachzudenken.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Dann wäre es mit Blick auf die Ergebniszusammenfassung sicherlich gut, wenn wir das Ganze in Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft konkretisieren

und in einer der nächsten Sitzungen etwas über Aufgaben bzw. Abfolgen hören könnten.

Prof. Dr. Hubert Meyer: Meine Botschaft ist: Wir haben nicht die eine Lösung für die Fragen, die ich aufgeworfen habe, sondern wir müssen mit den Fachleuten darüber sprechen, hier z. B. mit der Krankenhausgesellschaft. Mein Petition ist: Wir müssen den institutionellen Rahmen dafür schaffen, damit es losgeht; denn bis zum nächsten Winter haben wir nur noch die Sommerferien und den Herbst vor uns.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich will gleich zum Stichwort Reha-Kliniken nachfragen: Welche Rehabilitationseinrichtung meinen Sie denn? Ich kann aus meiner Erfahrung berichten, dass man bei uns in Bad Fallingb. sehr gut sektorenübergreifend gearbeitet hat. Die Reha-Kliniken bei uns hatten allerdings das Problem, dass sie keine Vollbelegung, sondern nur eine Belegung von ca. 10 % hatten, dass sie weniger Geld erhalten haben als die Krankenhäuser und dass sie für die leeren Betten überhaupt kein Geld bekommen haben.

Prof. Dr. Hubert Meyer: Wir haben sehr unterschiedliche Rückmeldungen bekommen. Das, was Sie geschildert haben, ist in der Tat eines der Probleme. Auch die Reha-Kliniken müssen an ihre wirtschaftliche Existenz denken, und mit einer 10-prozentigen Auslastung ist das natürlich absurd. Aber uns wurden auch andere Erfahrungen geschildert, wonach es im täglichen Zusammenspiel nicht geklappt hat. Konkreter kann ich da nicht werden. Wir haben in der Krisenzeit wöchentlich Telefonkonferenzen mit den Vorsitzenden unserer Landräterrunde, mit Frau Schröder vom Sozialministerium und Herrn Götz vom Innenministerium durchgeführt. Da ist fast jede Woche von Problemen aus der Praxis berichtet worden. Insofern ist es offensichtlich nicht überall so gelaufen, wie Sie es aus dem Heidekreis beschrieben haben.

Abg. **Veronika Koch** (CDU): Sie haben den Informationsfluss vom Land in die Kommunen problematisiert. Ich kann Ihre Erfahrungen bestätigen. In den Wahlkreisen Helmstedt und Wolfsburg, die ich betreue, sind die Informationen recht zögerlich, kurzfristig und spät angekommen.

Sie haben mit Blick auf § 11 NKomVG - Verkündung von Rechtsvorschriften - von einem Handlungsbedarf gesprochen. In welcher Form sehen Sie den?

Prof. Dr. Hubert Meyer: Rechtssetzungsakte der Kommunen müssen natürlich veröffentlicht werden. In Niedersachsen ist das seit einigen Jahren auch im Internet möglich. Aber wenn man das im Internet veröffentlicht, muss man in der Tageszeitung auf die Veröffentlichung hinweisen. Diese Regelung hat man sozusagen als Sicherheitsseil eingezogen.

Das tatsächliche Leben hat sich allerdings dahin entwickelt, dass immer weniger Leute eine Tageszeitung lesen. Das Internet hat eine weit höhere Verbreitung. Deswegen haben in der Zwischenzeit, soweit ich weiß, drei Bundesländer, nämlich Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern, die Regelung, dass man allein durch eine Veröffentlichung im Internet sicherstellen kann, dass die Zugänglichkeit für den Bürger gegeben ist. Gerade Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern haben eine sehr kleinteilige Gemeindeform mit ihren Ämtern, und auch dort funktioniert das.

Insofern müssen wir weg von den Schautafeln und den Aushängen in den Bekanntmachungskästen und die Bekanntmachung im Internet als die hinreichende Form ansehen, um solche Dinge bekannt zu machen. Mein Kollege Kamlage nickt. Er hat dazu schon eine Veröffentlichung vorgelegt, die das Gleiche fordert.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank dafür, dass Sie den Finger in die Wunde gelegt haben. Auch ich sehe in vielen der Punkte, die Sie angesprochen haben, einen großen Handlungsbedarf.

Meine erste Frage. Sie haben gesagt, dass die Infektionskurve seit etwa zwei Monaten abflacht. Nach meiner Einschätzung haben wir noch zwei Monate Luft, um die Punkte, die Sie angesprochen haben, auf das richtige Gleis zu setzen. Aber ich sehe, dass im Moment nur wenig passiert. Deshalb finde ich es sehr wichtig, eine klare Zeitschiene für die Aufarbeitung festzulegen. Die Aufarbeitung sollte bis zum Herbst beendet sein, um für eine mögliche zweite Welle vorbereitet zu sein.

Sie haben darauf hingewiesen, dass es während der Flüchtlingskrise eine politische Steuerung durch den Staatssekretärsausschuss unter Vorsitz des CdS gegeben hat und gesagt, dass das eine klarere Ebene war als die, die wir in Sachen Corona mit dem IMKS haben. Sind Sie der Meinung, dass man dieses Konstrukt bei einer mögli-

chen zweiten Welle wieder auf den Weg bringen sollte, um überhaupt eine durchgängige konsistente rechtliche Legitimation zu haben?

Meine zweite Frage, Stichwort Kontaktnachverfolgung. Es haben ja Landkreise und Städte angefragt, bei denen der Faktor nicht hoch war, die aber Personen hatten, die dazu bereit gewesen wären. Da müssten wir ein anderes Konstrukt haben. Halten Sie es für sinnvoller, dass die Kommunen und die Landkreise selbst Personen für die Kontaktnachverfolgung haben und sie vielleicht auch aus der eigenen Behörde heranziehen, oder sollte man solche Personen weiterhin über das Landesgesundheitsamt abrufen können?

Meine dritte Frage. Sie haben gesagt, wir müssten uns auch in Sachen Pflegekapazitäten Gedanken machen. Wie stehen Sie zu dem Freiwilligenregister. Halten Sie es für notwendig, dass wir das sehr zeitnah und schnell aufbauen?

Meine vierte Frage. Sie haben Kooperationen zwischen den Kommunen angesprochen. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die stärkere Vernetzung die zwischenzeitlich im Kontext der Gesundheitsregionen entstanden ist, zu nutzen?

Wäre es nicht sinnvoll - das sage ich jetzt einmal als Küstenanliegerin -, für Regionen an der Küste, die mit den Inseln immer wieder enge Absprachen treffen mussten - weil sie beim Krisenstab oftmals durch das Netz fielen und man ihnen dann den Schwarzen Peter zugeschoben hat -, von vornherein eine Regelung auf den Weg zu bringen, Strukturen einer engeren Zusammenarbeit aufzubauen?

Meine fünfte Frage. Was sich als schwierig erwiesen hat, war die Kommunikation mit anderen Bundesländern. Das hat immer wieder zu Irritationen geführt. In NRW gibt es andere Regelungen als in Niedersachsen, und das können die Bürgerinnen und Bürger irgendwann auch nicht mehr nachvollziehen. Auch da müssen wir Strukturen bekommen.

Zum Schluss: Ein rollierendes System bei der Schutzausrüstung fände ich gut. Das sollte zeitnah auf den Weg gebracht werden.

Prof. Dr. Hubert Meyer: Ich beginne mit Ihrer fünften Frage. Ich bin nebenbei Mitherausgeber einer wissenschaftlichen Zeitschrift für Verwaltungsrecht. Als ich gelesen habe, dass am 15. März jemand erklärt hat, wie das Infektions-

schutzgesetz funktioniert, und dann gesagt hat, wie schrecklich in Deutschland die Kleinteiligkeit mit den ganzen Gesundheitsämtern ist, da habe ich mich schon sehr aufgeregt.

Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass unsere Situation nicht besser würde, wenn nur ein Hahn auf dem Hof stünde, wie es neulich einmal jemand gesagt hat. Wenn Sie sich anschauen, wie die zentral regierten Länder und wie die dezentral regierten Länder in der Krise dastehen, dann werden Sie feststellen, dass die dezentral regierten Länder in der Regel besser dastehen.

Natürlich ärgert es uns, wenn auf der anderen Seite der Grenze Dinge erlaubt sind, die bei uns nicht erlaubt sind. Die Frage ist aber immer, was die Alternative wäre.

Mein Eindruck ist, dass wir wieder kleinteiliger bzw., positiv ausgedrückt, zielgenauer mit den Restriktionen umgehen müssen. Die Alternative wäre ja, bestimmte Dinge bundesweit zu verbieten - und ob das der Situation gerecht würde, sei einmal dahingestellt. Dann müsste ich meinen Leuten im Heidekreis, in Rotenburg oder in Uelzen, die seit Wochen keine Infektion mehr hatten, erklären, warum bestimmte Sachen dort noch immer verboten sind, nur weil in der Nachbarschaft, beispielsweise in Hamburg, noch immer Infektionen vorkommen.

Es hilft nichts: Wir werden lernen müssen, mit diesem komplizierten System noch zielgenauer umzugehen.

Zur vierten Frage. Das mit den Insellandkreisen und Inselgemeinden ist eine schwierige Sache. Mit denen hatten wir gut zu tun. Nach unserer Erfahrung brauchen die manchmal eine bestimmte Zeit, um sich auf das zu verständigen, was sie für richtig erachten. Ob man dem mit institutionellen Vorgaben und Kooperationen begegnen soll, weiß ich nicht. Sehen Sie es mir nach: Da bin ich zu sehr selbstverwaltungsverliebt und finde, das sollen die erst einmal unter sich erörtern. Sie haben jedenfalls versucht, sich relativ schnell zusammenzufinden. Wir haben auch eine Situation gehabt, in der wir binnen einer halben Stunde sowohl von allen Inseln als auch von allen vier Insellandkreisen Antworten auf die Frage bekommen haben, ob sie etwas so oder andersherum haben wollen. Insofern sind wir da relativ schnell miteinander unterwegs.

Zur zweiten Frage. Ich glaube zutiefst, dass wir uns in erster Linie selbst helfen müssen. Die Scouts, die da losgeschickt worden sind, einer pro Landkreis, sind hilfreich gewesen. In einzelnen Fällen sind sie aber auch wieder nach Hause geschickt worden, weil man keine Zeit gehabt hat, sie einzuweisen. Deswegen bin ich wegen dieser einzelnen Hilfestellungen skeptisch. Aus diesem Grund gab es die Idee mit der „schnellen Einsatztruppe“. Wir brauchen Leute, die wissen, worüber sie sprechen sollen - und nicht nur Leute mit guten Absichten. Denn gute Absichten allein helfen nicht. Die Leute müssen auch wissen, was ihre Aufgabe ist.

Zur ersten Frage. Ich habe ja angedeutet, wohin meine Sympathie geht. Viel mehr würde ich mir auch nicht anmaßen. Letztendlich ist es eine Frage der Organisation der Landesverwaltung. Wir sind in diesen Gremien nur Gast.

Aus meiner Sicht haben wir in der Flüchtlingskrise mit der Staatssekretärsrunde ein gutes Forum gehabt, weil da in die Häuser auch durchgestellt werden konnte, was gemeinsam besprochen wurde. Ich sage einmal: Eine Referatsleiterin für Personal kann sicherlich keine politischen Entscheidungen treffen. Das ist kein Vorwurf an die Kollegin, sondern eine objektive Feststellung. Insofern müsste man überlegen, ob man das vielleicht in irgendeiner Weise ergänzen kann.

Mark Barjenbruch: Herr Professor Meyer, vielen Dank für Ihren Vortrag und auch für die sachliche Herangehensweise. Sie haben mich mit Ihrer Einleitung quasi zum Reden aufgefordert.

Ich fand Ihre Darstellung bezüglich der Zuständigkeiten zwischen dem Land und den Kreisen ausgezeichnet. Die spannende Frage ist aber, wie es dann zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landkreisen weitergeht. Das Rechtskonstrukt kennt ja in der Regel den übertragenen Wirkungskreis und den eigenen Wirkungskreis oder die Amtshilfe. Solange keine Katastrophe vorliegt, greift meiner Meinung nach die Amtshilfe.

Bezüglich der Zusammenarbeit von Behörden, würde ich sagen, ist der gesunde Menschenverstand immer ein wichtiger Punkt. Meiner Meinung nach haben wir das zwischen den Landkreisen und unseren Bezirken im Großen und Ganzen sehr gut hinbekommen. An der einen oder anderen Stelle hakt es aber noch. Ich habe das hier schon einmal vorgetragen. Einmal lag es an uns,

einmal aber auch aufseiten der Landkreise. Das bekommt man aber durch keine vernünftige Regelung weg, sondern da ist einfach ein Tun erforderlich.

Ich habe Folgendes in Ihren Ausführungen vermisst: Wir haben die Testzentren nicht aufgebaut, weil wir davon überzeugt waren, dass Testzentren die richtige Herangehensweise waren, sondern wir haben sie aufgebaut, weil wir keine Schutzmaterialien hatten. Normalerweise hätte die Behandlung in der Arztpraxis stattfinden können. Aber wir hatten schon nach kurzer Zeit kein Schutzmaterial mehr, und insofern haben wir diese Zentren eingerichtet. Die Ärzte mussten bei der Bestellung von Schutzmaterial gegenüber der KV an Eides statt versichern, dass sie COVID-19-Patienten behandeln. Dann haben wir ihnen jeweils zwei Masken und einen Schutzanzug zur Verfügung gestellt.

Ich glaube, das normale Miteinander klappt. Das Problem liegt, wie gesagt, einmal auf der einen Seite und ein anderes Mal auf der anderen Seite. Man muss ganz normal an die Sache herangehen. Da ist es schwierig, wenn es zwei gleichberechtigte Institutionen gibt. Dann ist nämlich die Frage zu klären, wer den Knoten durchschlägt.

Wir haben die Testzentren schnell hochgezogen. Jetzt bauen wir sie zurück, weil niemand mehr kommt, weil es glücklicherweise kaum noch Erkrankungen gibt.

Ich habe Ihre Ausführungen so verstanden, dass man Klarheit haben muss. Die neue Testverordnung des Bundes ist in einigen Punkten durchaus klar. Aber bei einigen Punkten wiederum weiß man nicht, wer zuständig ist. Nehmen wir nur einmal die Test-App. Der Bürger kann sich als Patient entweder an den niedergelassenen Arzt oder an das Gesundheitsamt wenden. Dann nimmt das Schicksal seinen Lauf: Wie wird abgerechnet usw.? - Daher bin ich völlig bei Ihnen, wenn Sie fordern, wir bräuchten klare Regelungen und auch klare Umsetzungen.

Wir haben dem Land übrigens einen Vorschlag gemacht, wie man das Ganze finanzieren könnte. Das Einzige, was wir bis jetzt als Rückmeldung bekommen haben, ist, dass unser Vorschlag zu teuer sei. Wir wissen leider noch nicht, wie es weitergehen wird. Daher sind wir beide gespannt, wie sich das Land dazu positioniert. Gespräche darüber hinaus gab es noch nicht. Ich glaube, die wären aber sinnvoll. Unsere Idee ist, eine Rah-

menvereinbarung zu schließen, wenn Landkreise Ärzte abrufen wollen.

Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT): Prima, Herr Barjenbruch! Dann lassen Sie uns das machen und über eine Rahmenvereinbarung sprechen! Aber dann muss man eben auch miteinander sprechen und darf nicht nur sagen: Wir haben bestimmte Vorschläge dazu gemacht und warten jetzt einmal, was der andere dazu sagt. - Uns liegt kein Vorschlag vor.

Wir haben trotz der kritischen Punkte, die ich hier vorgetragen habe, in Niedersachsen insgesamt ein vernünftiges Miteinander gehabt, und das haben wir nach wie vor. Das will ich auf keinen Fall in Abrede stellen, und das gilt ausdrücklich auch für die Kollegen von der Landesebene. Es geht ausschließlich um die Frage, was wir für die Zukunft besser machen können.

Ich glaube nicht, dass die Landkreise alles richtig gemacht haben. Das Ganze hat insgesamt vernünftig geklappt. Aber wir brauchen klare Strukturen. Das ist meine Botschaft am heutigen Vormittag. Ich freue mich, dass auch Sie das bekräftigt und gesagt haben: Wir können uns in einer Situation, in der es bei einer Pandemie dieser Art letztlich um nicht mehr und nicht weniger als um Leben und Tod geht, keine Kompetenzstreitigkeiten leisten. Deswegen brauchen wir klare Strukturen. Einer muss im Zweifel den Knoten durchschlagen können. - Das ist das, wofür auch wir werben.

Noch eine letzte Bemerkung zu den Testzentren. Ich halte überhaupt nichts davon, dass wir im Land flächendeckend Kapazitäten vorhalten, die nicht in Anspruch genommen werden. Ich möchte da nicht missverstanden werden. Aber ich halte etwas davon, dass wir uns über die Frage verständigen, wie wir einer Situation schnell Herr werden können, die - und das ist so sicher wie das Amen in der Kirche - irgendwo wieder auftreten wird.

Wir werden solche Vorfälle wie jetzt in Göttingen immer wieder haben. Mich wundert, dass so etwas bisher nicht im Ihme-Zentrum in Hannover auftrat. Dies könnte aber schon morgen der Fall sein; das halte ich jedenfalls eher für wahrscheinlich als für unwahrscheinlich. Und wer steht dann zur Verfügung? Es kann doch nicht der arme niedergelassene Kollege vor Ort sein, der dann die Patienten behandeln muss.

Wir müssen uns da auf eine Struktur verständigen und fragen: Ist eines der mobilen Testzentren noch einsatzfähig? Wen muss ich anrufen, damit wir das bewerkstelligt bekommen?

Mir geht es eher darum, dass wir zu einer pragmatischen Lösung kommen und sagen: Wenn Hilfe nötig ist, dann muss sie auch kommen. Aber wir können nicht flächendeckend alle möglichen Strukturen vorhalten, die nicht in Anspruch genommen werden. Das können weder Sie bezahlen noch wir, und das macht auch keinen Sinn.

Abg. Stefan Wenzel (GRÜNE): Ich habe eine Frage zu der Taskforce. In der Verabredung der Ministerpräsidenten mit dem Bundeskanzleramt war dieser Vorschlag auch schon einmal in der Beschlussvorlage enthalten, meines Erachtens als Taskforce des RKI. Warum hat er sich eigentlich nicht durchgesetzt? Ist dieser Vorschlag in einem anderen Bundesland umgesetzt oder wieder fallen gelassen worden?

Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT): Ich habe keine Ahnung, Herr Wenzel, und das ist auch gut so; denn ich will es gar nicht wissen.

Ich plädiere dafür, dass wir uns selbst helfen müssen. Gegen die Regelungen, die auf Bundesebene abgestimmt werden, habe ich ein abgrundtiefes Misstrauen, ob sie uns vor Ort im Bedarfsfall wirklich helfen. Lassen Sie uns in Niedersachsen so aufstellen, dass wir das selbst organisiert bekommen und nicht über das RKI oder das Bundesgesundheitsministerium!

Da bin ich vielleicht zu sehr Kommunal. Meine Erfahrung ist: Hier können wir alles miteinander besprechen. Wenn ich das aber mit Leuten in Berlin oder sonst wo besprechen muss, dann sind das komplizierte Wege.

Stellungnahme von Oliver Kamlage (NSGB)

Vors. Abg. **Petra Joumaah (CDU):** Herr Kamlage möchte jetzt noch etwas dazu ergänzen. Sie haben das Wort, Herr Kamlage.

Oliver Kamlage (NSGB): Frau Vorsitzende! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Im Prinzip ist schon alles gesagt worden. Ich möchte aber kurz noch einige Aspekte aus der Sicht des kreisangehörigen Raumes anbringen.

Selbstverständlich ist es auch im Sinne der kreisangehörigen Städte und Gemeinden, einen schlagfähigen, leistungsfähigen und handlungsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst zu haben. Er hat sich in der Krise bewährt und ist dringend erforderlich.

In der Praxis hat sich der Umstand als sehr hilfreich erwiesen, dass auch die örtlichen Städte und Gemeinden in die Krisenstäbe eingebunden waren und dass sie eng in die Abstimmungsprozesse vor Ort, in das Pandemiegeschehen einbezogen worden sind.

Ich möchte kurz die Herausforderungen für einen gemeindlichen Spitzenverband nennen.

Für uns war am Anfang der Umstand entscheidend, dass die Organe der Städte und Gemeinden überhaupt handlungsfähig sind und bleiben.

Sie wissen vielleicht, dass ich mit einem großen Teil meiner Arbeitszeit auch Kommunalverfassungsrechtler des Städte- und Gemeindebundes bin. Von Beginn der Krise an gab es die Frage, ob die Gremien öffentlich tagen dürfen. All dies ist auch Bestandteil des Pandemiebundelungsgesetzes. Darin gibt es gute Ansätze.

Wir als Städte- und Gemeindebund wünschen uns in Bezug auf den Verwaltungsausschuss, dem in der Pandemie eine zentrale Rolle zukommt - nämlich im Blick auf Eilentscheidungen und dergleichen -, dass man da das Verfahren noch erleichtert und auch ihm Videokonferenzen zu ermöglichen. Das ist für uns an dieser Stelle ein ganz entscheidender Punkt.

Professor Meyer hat den Gesichtspunkt zu § 11 NKomVG eben schon ausführlich dargestellt und in diesem Zusammenhang auch die Frage von Frau Koch beantwortet.

Was ist sonst die Rolle der Städte und Gemeinden in dieser Krise? - Wir sind natürlich enorm betroffen, wenn es um die Themen Schulträgerschaft, Kinderbetreuung usw. geht. Das ist für unsere Mitgliedskommunen eine gravierende Herausforderung. Insofern legen wir großen Wert auf eine vernünftige Kommunikation im Land Niedersachsen.

Auf sehr große Empörung ist gestoßen, dass das Recht, das in der kommenden Woche umzusetzen ist, erst freitags in Pressekonferenzen von Minister Tonne verkündet worden ist. Ich finde, da muss man, durchaus auf Augenhöhe, auch mit

denjenigen sprechen, die das konkret umsetzen haben, und das sind nun einmal unsere Städte und Gemeinden.

Die kurzen Anhörungsfristen sind bereits angesprochen worden. Ich war schon immer überzeugt davon, dass wir sehr engagierte Bürgermeisterinnen und Bürgermeister in Niedersachsen haben, die vor Ort als erste Ansprechpartner fungieren, genauso wie auch Sie in Ihren Wahlkreisen, wenn es beispielsweise um die Frage geht, wie der Stand der neuen Corona-Verordnung ist. Sie sind ganz eng am Geschehen dran und haben Kontakt zu den örtlichen Unternehmern, zu den Bürgerinnen und Bürgern und zu allen anderen vor Ort. Wir sind immer dankbar, wenn wir ganz pragmatische Rückmeldungen bekommen, die dann aus unserer Sicht auch zwingend in die Verordnung einfließen sollten. Da spielen ganz praktische Gesichtspunkte eine Rolle. Wenn wir aber nicht ausreichend Gelegenheit haben, Stellung dazu zu nehmen, dann ist das ganz schwierig. Insofern ist es erforderlich, die Zeit da etwas besser auszugestalten.

Ich möchte noch auf das Thema Pflegebedürftige und ältere Menschen zu sprechen kommen. Die Pflegebedürftigen und die älteren Menschen sind - dies muss man so deutlich sagen - wirklich die Leidtragenden der Krise. Auch wir haben mit Sorge beobachtet - wir haben 21 gemeindliche Sozialstationen in der Mitgliedschaft -, was da läuft. Kontaktbeschränkungen sind gerade für ältere Menschen sehr schwierig.

Ich habe regelmäßig an den sogenannten Pflegelagen auf der Ebene des Sozialministeriums teilgenommen. Wenn man schnell einen Kontakt über Video ermöglicht und dann meint, man habe damit die Lösung gefunden, um in Kontakt mit Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen zu bleiben - das ist nicht der Königsweg. Denn wir müssen irgendwie sicherstellen, dass ein menschlicher Kontakt zustande kommt.

Ich selbst weiß aus dem Familienkreis: Wenn zwei 90-Jährige nicht mit Video und Skype umgehen können, dann hilft das wenig weiter. Es ist auch schwierig, wenn die entsprechenden Strukturen vor Ort nicht vorhanden sind, um z. B. ein Handy auszuleihen usw. Insofern müssen wir zwingend vor Augen behalten, dass die Menschen hier die Leidtragenden sind.

Zu dem Ausblick in Bezug darauf, was man bei einer möglichen zweiten Welle vielleicht noch besser machen könnte:

Sie wissen, unsere Städte und Gemeinden stehen in der Verantwortung für eine Vielzahl kritischer Infrastrukturen, von der Wasserversorgung bis zur Abwasserversorgung und dergleichen mehr. Insofern meine ich, dass man sich auf Landesebene alsbald Gedanken darüber müsste und auch sollte. Auch wir haben mit Verwunderung zur Kenntnis genommen, dass diese Debatte, die zwingend zu erfolgen hat, von der Tagesordnung der Sitzung in dieser Woche genommen worden ist. Insofern muss man das ganz rasch wieder auf die Tagesordnung im Krisenstab bringen.

Das waren noch einige wenige Ergänzungen aus gemeindlicher Sicht.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Wir danken Ihnen.

Gibt es Fragen an Herrn Kamlage? - Das ist nicht der Fall.

Tagesordnungspunkt 2:

Vorläufiges Votum zur Arzneimittelversorgung

Beratungsgrundlage: vorläufige Ergebniszusammenfassung (Anlage)

Die **Kommission** ging die vorläufige Ergebniszusammenfassung Punkt für Punkt durch. Die **Aussprache** verlief wie folgt:

Vorläufige Ergebniszusammenfassung | Arzneimittelversorgung

[Überschrift]

Mark Barjenbruch: Ich bin mit dem gesamten Papier nicht zufrieden. Ich finde, wir haben mit „Arzneimittelversorgung“ eine völlig falsche Überschrift gewählt.

Ich kann mich jedenfalls nicht erinnern, dass wir intensiv über dieses Thema diskutiert haben. Wir haben einmal einen Vortrag der Apothekerkammer gehört. Der war nicht schlecht, aber darin wurde lediglich dargestellt, wie sich die Apothekerkammer das Ganze wünscht - und nicht, wie es sich mit der Arzneimittelversorgung verhält. Ansonsten müssten wir parallel überlegen, ob wir auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln aufnehmen. Aber das war eigentlich nicht unsere Baustelle.

Daher werbe ich dafür, dieses Papier mit der Überschrift „Apothekenversorgung in Niedersachsen“ zu versehen.

Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass auch die Kollegen der Krankenkassen noch einige Punkte dazu anzumerken haben. Denn wir bewegen hier Milliarden Euro; die Kassen in anderen Bereichen noch mehr. Diese Aspekte sind überhaupt nicht aufgenommen worden.

Bei diesem Thema gibt es ja auch noch Weiterentwicklungen. So soll zum 1. Januar 2022 das elektronische Rezept eingeführt werden. Auch das ist in dieses Papier nicht aufgenommen worden.

Ich meine, man sollte dieses Papier in eine zweite Lesung geben.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich möchte auch mit Blick auf unsere wissenschaftlichen Begleitung ganz deutlich sagen, dass wir für eine zweite Lesung keinen Spielraum mehr haben. Unser Zeitplan ist schon jetzt kaum einzuhalten. Das schaffen wir schlichtweg nicht.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Sie hören von mir keinen Protest.

Ich habe kein Problem damit, die Überschrift zu ändern. Aber die ist ja nicht von uns erfunden worden, sondern das Papier ist in der Abstimmung gewesen und am 10. Juni mit etlichen Hinweisen zurückgekommen, die wir, wie immer, versucht haben, in die Vorlage einzuarbeiten.

Herr Barjenbruch, wenn Sie elementare Einwände dagegen oder Ergänzungen haben, dann sollten Sie diese gebündelt vorlegen, damit wir bei der Schlusslesung des Gesamtpapiers vielleicht zu einer Verständigung kommen.

Dr. Birte Gebhardt (LVG & AFS): Ich teile die Ansicht, dass wir nicht in alle Bereiche tief einsteigen können. Vielleicht können wir das von Herrn Barjenbruch angesprochene Problem durch entsprechende Anmerkungen in dem Bericht lösen, indem wir darauf hinweisen, welche Themen wir in diesem Abschnitt behandelt haben und welche wir aufgrund der Zeit bewusst haben außen vor lassen müssen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Noch eine Anmerkung zum Stichwort E-Rezept. Das E-Rezept war zunächst in diesem Papier enthalten. Wir haben dann aber den gesamten Bereich „Digitalisierung“ herausgenommen, um ihn an anderer Stelle gebündelt zu behandeln.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich schlage vor, die Überschrift in „Apotheken-/ Arzneimittelversorgung“ zu ändern. Gibt es Einwände dagegen? - Nur von Herrn Barjenbruch.

A. Qualität und Sicherheit

[Problemlagen]

Herausforderungen im Bereich der Infrastruktur und Prozesse

- *Inkonsequente Nutzung des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes (BMP oder eMedika-*

tionsplan) durch Ärzt*innen und Apotheker*innen

- Liefer- und Versorgungsengpässe bei Medikamenten

(keine Anmerkung)

Ausbaufähigkeit der Patientensicherheit

- Geringe Apothekenbindung

Dr. Martina Wenker: Mir fehlt die Evidenz, dass Patienten tatsächlich nur dann sicher behandelt werden, wenn sie immer in die gleiche Apotheke gehen. Es mag ja eine entsprechende wissenschaftliche Studie geben, die das belegt, aber mir ist eine solche Studie nicht bekannt.

Ich würde das streichen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Gibt es Einwände, den ersten Spiegelstrich zu streichen? - Das ist nicht der Fall.

- Unzureichende Patientensicherheit hinsichtlich des unkoordinierten Zugangs zu Medikamenten über verschiedene Ärzt*innen und Apotheken, u. a. bei Schlafmitteln

Erwin Jordan: Das ist aus meiner Sicht eine direkte Folge der Ausweitung des OTC-Bereichs. Wie will man das zurückdrehen? Wenn jemand in die Apotheke kommt und ein frei verkäufliches Schlafmittel haben will, dann bekommt er es. Darauf hat die Apothekerin oder der Apotheker doch überhaupt keinen Einfluss. Was will man da koordinieren?

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Es geht uns hier insbesondere um Schlaf- oder Beruhigungsmittel, die auf Dauer eine Abhängigkeit induzieren, nämlich wenn man sozusagen Ärztehopping betreibt, sich von jedem Arzt unterschiedliche Medikamente aufschreiben lässt und die einzelnen Ärzte nicht voneinander wissen. In dem Text ist der Lösungsansatz enthalten, dass man einem solchen Tun über einen elektronischen Medikamentenplan auf die Schliche kommen und so am Ende auch versuchen kann, solche Abhängigkeitsketten zu unterbrechen.

Das ist schon ein relevantes Problem. Insofern sollte man das stehen lassen.

Erwin Jordan: Die Beschreibung des Problems teile ich. Aber ich sehe nicht, dass die Lösung in einer engeren Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Apothekern liegen kann. Sie kann vielmehr nur darin liegen, den Zugang zu bestimmten Medikamenten einzuschränken. Aber das ist dann eine ganz andere Debatte; darin geht es dann um die Arzneimittelsicherheit. Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich plädiere nach wie vor dafür, diesen Spiegelstrich stehen zu lassen, weil ich das zumindest in einem Teilbereich für ein relevantes Problem halte.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Auch ich bin dafür, diesen Spiegelstrich stehen zu lassen, weil er ein Problem beschreibt.

Eine andere Frage ist, ob wir mit diesem Papier tatsächlich einen Lösungsansatz für dieses Problem anbieten können. Das sehe ich kritisch und stimme insofern Herrn Jordan zu. Allein mit einem elektronischen Medikationsplan, wie wir vorher geschrieben haben, wird das nicht zu machen sein, weil natürlich nicht jeder Patient möchte, dass sein Medikationsplan z. B. in der Apotheke besprochen wird.

Wir sollten das als Problembeschreibung stehen lassen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich sehe keinen Widerspruch.

Ausbaufähiges Leistungsspektrum der Apotheken (bspw. Präventionsaktivitäten) bei gleichzeitiger Wahrung des aktuellen Leistungsangebots (v. a. Arzneimittellogistik und pharmakologische Beratung)

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Das Leistungsspektrum auszubauen, ist wahrscheinlich eine Wunschvorstellung des Apothekerverbands, damit er seinen Markt vergrößern kann. Ich sehe in der Hinsicht aktuell aber keine Problematik.

Mark Barjenbruch: So, wie das formuliert ist, hört sich das eher als Lösung denn als Problemschilderung an. Dies wird später an einigen Stellen aufgegriffen. Ich würde das hier streichen.

Erwin Jordan: Ich schließe mich dem an.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Wer ist dafür, dass dieser Punkt gestrichen wird? - Wer ist dafür, dass er bleibt? - Gibt es Enthaltungen? - Es gab drei Enthaltungen. Damit wird dieser Punkt gestrichen.

[Lösungsansätze]

1. Optimierung der Infrastruktur und Prozesse im Bereich der Arzneimittelversorgung

a) *Ergreifen von Maßnahmen zur Sicherstellung der Grundversorgung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, u. a. durch gesetzliche Maßnahmen und Verstärkung der Kooperationen und Produktionsstätten innerhalb der EU*

Abg. **Dr. Dörte Liebethuth** (SPD): Ich möchte anregen, nicht nur von „Sicherstellung der Grundversorgung“, sondern von „flächendeckender Sicherstellung der Grundversorgung“ zu sprechen.

Erwin Jordan: Damit beschreiben wir eine Lösung. Aber was ist das dazugehörige Problem? Ist die Grundversorgung von Arzneimitteln und Medizinprodukten denn nicht flächendeckend sichergestellt?

Abg. **Dr. Dörte Liebethuth** (SPD): Es ist nicht überall so wie bei Ihnen in Hannover, wo Sie, wenn Sie nach Hause gehen, an mehr Apotheken als an Bäckereien vorbeikommen. Im ländlichen Raum dieses Landes gibt es durchaus Bereiche, in denen die nächste Apotheke sehr weit entfernt ist.

Erwin Jordan: An wen würde sich denn diese Forderung richten, dort, wo keine Apotheke ist, eine einzurichten? An das Land, an den Apothekerverband oder an die Krankenkassen?

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Als Bewohnerin des ländlichen Raumes kann ich mich dem Vorschlag von Frau Dr. Liebethuth nur anschließen.

Gibt es Einwände, das Wort „flächendeckend“ einzufügen? - Nein.

b) *Verbesserung des Managements der gesamten Arzneimittelversorgung pflegebedürftiger Patient*innen (inkl. Rezeptmanagement und Belieferung nach Hause)*

c) *Stärkung von Möglichkeiten zur Entlastung der anderen Berufsgruppen (z. B. Entlastung von Ärzt*innen durch gesetzlich geregelte Wiederholungsrezepte) bei ständiger Kontrolle des Medikationsplanes, weil Medikationen zu selten überprüft werden*

Frank Preugschat: Zu Buchstabe c: Das mit den Wiederholungsrezepten sehen wir kritisch. Wir halten die aktuell in der Arztpraxis vorhandenen Möglichkeiten für ausreichend. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass die Medikation nicht über einen sehr langen Zeitraum fortläuft, ohne dass der Patient noch einmal Kontakt mit seinem Arzt hat. Es braucht es den Kontakt mit dem Arzt, um die Medikation noch einmal überprüfen zu können.

Wir sind gegen diese Formulierung.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Es geht hier ja darum, den Arzt von Routinetätigkeiten zu entlasten. Was meinen Sie denn, in welchem Zeitraum es bei Wiederholungsrezepten einen Kontakt mit dem Arzt geben sollte?

Frank Preugschat: Wir wollen eine regelmäßige Kontrolle. Die ist mit der bestehenden Regelung bereits gut machbar. Dafür braucht man nicht den Passus mit dem Wiederholungsrezept.

Dass der Arzt durch den häufigen Einsatz des Wiederholungsrezepts großartig entlastet würde, ist aus unserer Sicht auch nicht spürbar. Da widersprechen sich die beiden Punkte; denn das Wiederholungsrezept hat ja gerade den Sinn, dass aufgrund dessen keine regelmäßige Kontrolle mehr stattfinden muss.

Man wird das sicherlich nicht pauschal sagen können, sondern das hängt auch stark von der jeweiligen Situation des Patienten ab. Es gibt Krankheitsbilder, bei denen ein quartalsweises Sehen des Patienten dringend erforderlich ist. Dies würde durch ein Wiederholungsrezept natürlich ausgehebelt werden.

Insofern meinen wir, dass man nicht von einem „Wiederholungsrezept“ sprechen sollte, sondern von einem flexiblen Medikationsmanagement zwischen Arzt und Patient.

Tobias Immenroth: Wenn ich es richtig verstanden habe, wird hier auf die gängige Praxis in den Arztpraxen abgezielt. Auch nach meiner Erfahrung ist es so: Wenn ein Medikament zu Ende geht oder aufgebraucht ist, meldet man sich in der verordnenden Arztpraxis, und daraufhin wird

ein Rezept erstellt, das zur Abholung bereitliegt. Das heißt, in den allermeisten Fällen findet ohnehin schon kein Arztkontakt mehr statt.

Mit der Kontrolle Medikationsplans würde zu einer höheren Arzneimittelsicherheit führen. Aus meiner Sicht gehört dieser Punkt daher eher in die Nr. 2 - „Stärkung der Patientensicherheit“.

Dr. Martina Wenker: Aus der Sicht der Ärztekammer stimme ich dem, was Herr Preugschat zum Schluss relativierend gesagt hat, zu. Einen stabil eingestellten Patienten, der beispielsweise Rheuma hat und bei dem das Medikament niedrig dosiert wird, oder einen jungen Patienten, der auch „compliant“ ist, muss man nicht zwanghaft alle drei Monate oder alle Monate sehen. Aber es gibt eben auch andere Fälle, bei denen ich durch das regelmäßige Wiederkommen auch eine gewisse Compliance-Kontrolle habe - die ich ja auch haben muss, um schlussendlich den Krankheitsverlauf zu verantworten.

Das Stichwort „flexibles Medikationsmanagement“, das Herr Preugschat zum Schluss genannt hat, ist das A und O. Ich halte es für klug, in diese Richtung zu denken.

Prof. Dr. Nils Schneider: Ich kann mich Frau Wenker anschließen.

Noch kurz aus der Praxis eingespielt: Es ist sicherlich sinnvoll, Ärzte von bürokratischen Tätigkeiten zu entlasten; das ist gar keine Frage. Aber Wiederholungsrezepte gehören nicht zu den Dingen, die die Ärzte groß belasten. Dies hat eher auch ein Momentum der Patientensteuerung, was positiv wäre.

Insofern passt dieser Punkt nicht so wirklich da hin. Mein Vorschlag wäre, ihn zumindest nicht in dieser Form zu belassen.

Abg. Gudrun Pieper (CDU): Auch ich halte - und da spreche ich aus eigener Erfahrung - das flexible Medikationsmanagement für das richtige Instrument.

Und ich finde, dass dieser Punkt eigentlich zu Nr. 2 - „Stärkung der Patientensicherheit“ - gehört.

Vors. **Abg. Petra Joumaah (CDU):** Gibt es Einwände gegen die Formulierung „flexibles Medikationsmanagement“?

Elisabeth Rataj (LVG & AFS): Wenn wir das Wort „Wiederholungsrezepte“ durch die Worte

„flexibles Medikationsmanagement“ ersetzen, bleiben noch die Worte „gesetzlich geregelte“ stehen. Aber das flexible Medikationsmanagement ist ja nicht gesetzlich geregelt. Insofern müssten diese beiden Worte gestrichen werden.

Dann wurde vorgeschlagen, den Buchstaben c in die Nr. 2 - „Stärkung der Patientensicherheit“ - zu verschieben. Soll das so gemacht werden?

Prof. Dr. Nils Schneider: Wenn der Buchstabe c in die Nr. 2 verschoben wird, dann passt das mit der Entlastung der anderen Berufsgruppen inhaltlich nicht mehr. Dann könnte da nur noch das flexible Medikationsmanagement als Punkt genannt werden.

Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD): Der Hinweis von Herrn Schneider ist richtig. Das mit der Entlastung der anderen Berufsgruppen müsste dann herausgenommen werden.

Ich plädiere aber dafür, den Buchstaben c in der Nr. 1 zu belassen, weil es sich ja schon um eine Betrachtung der Prozesse im Bereich der Arzneimittelversorgung handelt. Man mag dies sicherlich auch unter dem Aspekt der Patientensicherheit betrachten. Aber die Frage ist doch in erster Linie, wie ich damit im Arbeitsalltag umgehe.

Abg. Claudia Schübler (SPD): Ich teile die Auffassung von Frau Dr. Wernstedt. Ich finde, das ist nicht nur eine Frage der Patientensicherheit, sondern auch eine Frage des Prozesses als solches. Deshalb würde ich den Buchstaben c unter der Nr. 1 belassen.

Ich weiß auch nicht, ob dieser Punkt durch eine Streichung des Wortes „Wiederholungsrezepte“ nicht zu stark verkürzt wird; denn dadurch wird die Antwort auf die Frage, ob der Arzt das Wiederholungsrezept jeden Monat oder nur einmal im Jahr ausstellen muss, aus meiner Sicht vorweggenommen.

Erwin Jordan: Ich verstehe gerade nicht, wovüber wir hier diskutieren.

Ich möchte aus eigener Erfahrung sagen: Ich bin ein sogenannter Multimorbider, brauche jeden Tag sechs Medikamente und habe eine umfangreiche Apothekenerfahrung. Ich würde aber nie auf die Idee kommen, meinen Medikationsplan in einer der mir bekannten Apotheken zu diskutieren. Wenn ich in eine Apotheke gehe und meine Medikamente in Empfang nehme, bin ich dort

immer von mehreren Leuten umgeben. Da gibt es überhaupt keinen Datenschutz und keine Sicherheit. Nein, ich rede über meinen Medikationsplan mit dem Arzt, der mich behandelt. Der macht die Tür zu, wir sitzen zu zweit da und reden über die Sache.

Ich verstehe das ganze Papier nicht. Wenn man etwas für die Apothekerkammer tun muss, dann sollte man das sagen. Aber ein Teil der Vorschläge, die in diesem Papier enthalten sind, haben einfach nichts mit dem Alltag des Apothekerlebens zu tun.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ich will mich nicht so drastisch ausdrücken wie Herr Jordan. Aber ich finde auch: Das Medikamentenmanagement ist Aufgabe des Arztes. Der Arzt geht mit dem Patienten die Medikamente durch, schaut, welche Möglichkeiten er hat, und stellt dann ein Rezept aus, mit dem man die Medikamente in der Apotheke abholt.

Ich finde, man könnte den gesamten Buchstaben c streichen. Er ist unnötig, er macht gar keinen Sinn.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Damit würde unter Buchstabe c nur noch stehen: „Stärkung von Möglichkeiten eines flexiblen Medikationsmanagements“.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Was ist denn bitte eine „Stärkung von Möglichkeiten“? Dieser Satz ist jetzt so zusammengestrichen worden, dass er keinen Sinn mehr ergibt.

Ich war nicht da, als die Apothekerkammer hier vorgetragen hat; insofern kann ich das jetzt nur aus dem Bauch heraus sagen. Aber wenn es darum geht, das Medikationsmanagement flexibler zu gestalten, dann darf da nicht „Stärkung von Möglichkeiten“ stehen, sondern: „Ausbau eines flexiblen Medikationsmanagements bei ständiger Kontrolle des Medikationsplans.“

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Auch das ergibt keinen Sinn, weil das Medikationsmanagement die originäre Aufgabe des Hausarztes oder des Facharztes ist.

Wir sollten den Buchstaben c insgesamt streichen. Am Ende kommt nichts dabei heraus, was uns im endgültigen Bericht nachhaltig weiterhilft.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Die Apothekerkammer hat die Thesen vorgetragen, die sie aus

ihrer Sicht für richtig hält. Das ist legitim. Wir haben nicht groß darüber diskutiert, sondern das Papier ist im Wesentlichen die Zusammenfassung der Forderungen der Apothekerkammer.

Die Frage ist, ob Sie, Frau Wenker und Herr Barjenbruch, sich unter „Flexibilisierung des Medikationsplans“ vorstellen könnten, dass es in Teilen Wiederholungsrezepte geben kann, je nachdem, um welche Erkrankung und um welche Medikamente es sich handelt. Oder verstehen Sie darunter, dass die Ärzte grundsätzlich bei jedem Patienten festlegen sollen, wie sie das managen.

Damit könnte ich leben, weil das keine große Veränderung zu dem jetzigen Zustand bedeutet und die Ärzte die Kontrolle über die Krankheit und die Medikamente behalten - was für sie ja auch berufsimmanent ist.

Mark Barjenbruch: Das könnte ich vor dem Hintergrund der Ausführungen gut mittragen.

Es gibt auch noch die Möglichkeit, unter diesem Stichwort beispielsweise auf andere Packungsgrößen abzuheben. Zurzeit sind die Packungsgrößen auf das Quartal zugeschnitten. Wenn es medizinisch indiziert wäre, könnte man ja auch eine Jahrespackung ausgeben. Auch das würde unter dieses Stichwort fallen.

Wir könnten das alles darunter packen. Insofern kann ich das gut mittragen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich möchte auf die Anmerkungen der AOK Niedersachsen zurückkommen. Da wurde ganz klar gesagt: Das ist eine Basis für eine qualitätsgesicherte Arzneimitteltherapie. Man hat aber auch gesagt, dass man davon ausgeht, dass mit der anstehenden Digitalisierung in Bezug auf die E-Akte auch eine flexiblere, andere Nutzung möglich ist. Wichtig ist, dass wir sicherstellen, dass es ein flexibles Medikamentenmanagement bleibt und dass es weiterhin bei den Ärzten angesiedelt ist.

Prof. Dr. Nils Schneider: Ich habe die Apothekerkammer so verstanden, dass es ihr auch darum geht, die Beobachtung anzugehen, dass die Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Ärzten ein Verbesserungspotenzial hat. Das kann ich auch aus hausärztlicher Sicht bestätigen. Ich glaube, alle Seiten sehen es so, dass die Zusammenarbeit nicht immer gut klappt. Das wäre ein ganz zentraler Punkt unter der Überschrift „Optimierung der Infrastruktur und Prozesse im Bereich der Arzneimittelversorgung“.

Der Aspekt der Kooperation ist schon beim Buchstaben b adressiert, aber lediglich bezogen auf die pflegebedürftigen Patienten. Aber eigentlich gilt das für alle Patienten, gerade, wie Herr Jordan es zu Recht geschildert hat, bei Multimorbidität oder bei Polypharmazie.

Mir wäre es ein Anliegen, den Aspekt der Qualität bei der Zusammenarbeit der Beteiligten - soll heißen: des verordnenden Arztes und des Apothekers - im Sinne der Patienten zu verbessern. Dies fehlt aus meiner Sicht bei den Buchstaben a bis f noch komplett. Vielleicht finden wir eine Formulierung, die das so adressieren würde. Denn mir fehlt die Fantasie, wie eine Flexibilisierung des Medikationsmanagements konkret die Qualität verbessern soll.

Erwin Jordan: Der Problemkomplex „Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Ärzten“ ist auch insofern etwas schwierig, als wir die freie Apothekenwahl haben. Die Patienten gehen dahin, wo es einkaufsmäßig nahe ist oder wozu sie eine Beziehung haben. Die Hausärzte haben nicht zu allen Apotheken Kontakte. Das ist im ländlichen Raum vielleicht ein bisschen anders, aber im städtischen Raum ist das so. Für einen Großteil der Niedersachsen ist das im Alltag letzten Endes irrelevant.

Was die Digitalisierung, die E-Akte angeht, so frage ich einmal: Ist denn bei der E-Akte vorgesehen, dass auch die Apotheke meine ganzen Gesundheitsdaten bekommt? Erst dann wäre es ja sinnvoll, dass die sich mit meinem Medikationsplan beschäftigen. Die müssten meine ganzen Krankenunterlagen haben. Für mich wäre es eine Horrorvorstellung, wenn meine Gesundheitsdaten tendenziell in allen Apotheken dieses Landes verfügbar wären.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Bei Buchstabe b dürfen wir, wie Professor Schneider gesagt hat, nicht nur die Pflegebedürftigen erwähnen, sondern müssen wir auf alle Patienten abheben. Und damit ist doch eigentlich schon ausgesagt, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Apotheken usw. verbessert werden muss, egal ob durch ein flexibles Medikationsmanagement oder nicht.

Vielleicht können wir das alles in einem Satz unter Buchstabe b vereinigen und dann den Buchstaben c streichen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich finde, das ist ein guter Vorschlag. Wir müssten dann schreiben:

„b) Verbesserung des Managements der gesamten Arzneimittelversorgung aller Patient*innen (inkl. Rezeptmanagement und Belieferung nach Hause).“

Und Buchstabe c wird gestrichen.

Ich stelle fest, dass darüber Einigkeit herrscht.

d) *Optimierung des Managements bei Lieferengpässen (z. B. Empfehlung von Ausweichmedikationen, Berechnung von Äquivalenzdosen)*

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Man könnte die Buchstaben d, e und f zusammenfassen, weil es dazu eine aktuelle Bundesgesetzlage gibt. Ich glaube, es ist schon in der Ausschussberatung, dass die freiwillige Meldung von Lieferengpässen durch die Hersteller zu einer Verpflichtung wird. Bis wir unser Papier vorlegen werden, wird das wahrscheinlich schon Gesetzeslage sein; davon ist zumindest auszugehen. Mit der gleichen Begründung könnte man sie aber auch streichen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Das ist aber nur eine Vermutung, Herr Bothe. Deshalb plädiere ich dafür, dass wir die Buchstaben d, e und f nacheinander, wie vorgesehen, besprechen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich sehe das wie die Vorsitzende. Das sind drei unterschiedliche Regelungstatbestände. Ich finde es auch für die Lesbarkeit und Umsetzbarkeit besser, wenn man sie nicht zusammenzieht.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Hat außer Herrn Bothe irgendjemand Einwände gegen den Buchstaben d? - Das ist nicht der Fall.

e) *Aufbau eines Zentralregisters in Verantwortung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)*

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ein Zentralregister, an das Arzneimittelhersteller freiwillig Lieferengpässe melden, muss nicht mehr aufgebaut werden, weil es das nach meiner Kenntnis schon gibt. Man könnte da lediglich von einer „Weiterentwicklung“ sprechen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Gibt es dazu Wortmeldungen? - Das ist nicht der Fall.

Herr Bothe, wir haben Ihre Anmerkung zur Kenntnis genommen. Ansonsten gibt es aber keine Einwände gegen den Buchstaben e.

f) *Meldung von Daten zu Lieferengpässen oder Nicht-Lieferbarkeit seitens der Hersteller*

(keine Anmerkung)

2. Stärkung der Patientensicherheit

a) *Reduzierung der Polymedikation durch effektivere Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern zur Nutzung des Medikationsplans*

Tobias Immenroth: Üblicherweise verordnen die Ärzte, und die Apotheker geben aus. Entweder nimmt der Patient selbst ein, oder Pflegefachpersonen organisieren die Einnahme durch eine Vorbereitung der Medikamente oder sogar durch eine Unterstützung bei der Einnahme. Insofern wäre ich an dieser Stelle dafür, die Pflegefachpersonen in diesem Zusammenspiel explizit aufzunehmen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Dann würde dieser Absatz lauten:

„Reduzierung der Polymedikation durch effektivere Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern und Pflegefachpersonen zur Nutzung des Medikationsplans“

Dr. Martina Wenker: Ich würde eher sagen: „durch Nutzung des Medikationsplans“. Sonst ergibt der Satz für mich keinen Sinn.

Mark Barjenbruch: Gegen diesen Satz kann man nichts haben, egal, wie viele Berufsgruppen da noch mitarbeiten. Aber was wollen wir später einmal dazu schreiben? „Arbeitet zusammen!“? - Ich finde, das Ganze wird immer dünner. Der Inhalt ist da sehr gering.

Prof. Dr. Nils Schneider: Nachdem ich jetzt mehrmals auf diesen Satz geschaut habe, muss ich sagen, dass er für mich auch inhaltlich-fachlich nicht so viel Sinn macht. Denn die Polymedikation, die in unserem Gesundheitswesen definitiv ein großes Problem ist, wird - sachlich-fachlich

betrachtet - nicht dadurch reduziert, dass die anderen besser zusammenarbeiten, sondern da wirken auch andere Mechanismen hinein. Ich finde es schwierig, die Zusammenarbeit als Lösung des Polymedikationsproblems zu sehen.

Elisabeth Rataj (LVG & AFS): Darf ich dazu spontan einen Formulierungsvorschlag machen?

„Reduzierung der Polymedikation unter anderem durch effektivere Zusammenarbeit ...“.

Damit würden wir sagen, dass das nicht die einzige Lösung ist, aber eben eine, die wir empfehlen können.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich erinnere an unsere Schlussfolgerungen aus dem Sonderausschuss der letzten Wahlperiode. Wir haben dort das Institut des „Stationsapothekers“ angeregt, und das wurde dann ja auch Gesetz.

Auch da war der gedankliche Zusammenhang, dass Ärzte und Apotheker enger und intensiver miteinander arbeiten, um einerseits Fehlentwicklungen zu verhindern, die es in den Krankenhäusern gegeben hat, und andererseits gegenseitig von dem Wissen über Nebenwirkungen, Verstoffwechslung usw. zu profitieren. Da kennen sich Apotheker durchaus sehr genuin aus, während Ärzte immer noch Zehntausend andere Dinge im Kopf haben müssen.

Der gegenseitige Austausch kann wirklich zu einer Qualitätsverbesserung führen. Ich denke, dass so etwas damit gemeint ist. Man könnte das ja noch mit einem Beispiel belegen, „z. B. über Stationsapotheker“.

Dr. Martina Wenker: Herr Schneider hat recht, wenn er sagt, dass das Instrument, um die Polymedikation zu reduzieren, das ist, dass der Arzt regelmäßig die Indikationsstellung für die Medikamente überprüft. Gerade so ergibt das einen Sinn. Aber der Medikationsplan an sich ist nicht das Instrument, um die Polymedikation zu überprüfen.

Polymedikation bedeutet: Wenn ein Patient 20 Medikamente bekommt, muss ich ab und zu auch mal gucken, was man streichen kann. Aber das kann nur der Arzt im Kontext der übrigen Medikation, der Verordnungen und der Indikationen für Krankheiten machen.

Das passt bei der Apothekenversorgung im Grunde nicht so richtig hin, weil es eine ärztliche

Aufgabe ist, die Polymedikation zu überprüfen. Wenn ich einem Patienten etwas verordne, erwarte ich schon, dass der Apotheker dann nicht alles herausstreicht; denn ich trage schlussendlich die Verantwortung für die Arzneimitteltherapie.

Dr. Birte Gebhardt (LVG & AFS): Vielleicht könnte man es so formulieren:

„Reduzierung unsachgemäßer Polymedikation durch Ärzt*innen in enger Zusammenarbeit mit ...“

Ich denke, die Zusammenarbeit ist ja trotzdem förderlich.

Prof. Dr. Nils Schneider: Wenn dort anstelle von „Reduzierung der Polymedikation“ „Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ stehen würde, würde der Satz aus meiner Sicht passen - aber zusammen mit dem Buchstaben c, bei dem es auch um die Arzneimittelsicherheit geht.

Dort wird für den ambulanten Bereich das ATHINA-Projekt genannt. Da könnte man, wie es Frau Wernstedt ausgeführt hat, beispielsweise auch noch ein Projekt für den stationären Bereich erwähnen.

Im Prinzip drehen sich sowohl der Buchstabe a als auch der Buchstabe c um die Arzneimitteltherapiesicherheit als fachlicher Oberbegriff. Mein Vorschlag lautet:

„Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch effektivere Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und Apotheker*innen durch Nutzung des Medikationsplans (z. B. durch interprofessionelle Projekte wie ATHINA)“

Tobias Immenroth: Es wurde angesprochen, auch ein Beispiel aus dem stationären Bereich anzuführen. Ich schlage vor, das Projekt „InTherAKT“ aus Nordrhein-Westfalen aufzunehmen, weil das gute Erkenntnisse bietet.

Mark Barjenbruch: Ich komme noch einmal auf meine Ausgangskritik zurück.

Wir machen jetzt die Arbeit, die wir vorher nicht gemacht haben, und basteln hier etwas zusammen, was nicht zusammengehört.

Man darf auch nicht vergessen: Ein Medikationsplan ist eine tolle Idee. Der Patient hat einen Anspruch darauf, aber er muss ihn nach § 31 a

SGB V nicht führen. Wir bauen also etwas auf, was im Zweifel nicht einmal von ihm genutzt wird.

Noch etwas zu dem Vorstoß, jetzt Projekte einzubauen: Ich kenne weder „InTherAKT“ noch „ATHINA“. Ich finde, das, was wir hier zusammenbasteln, passt alles nicht. Wir machen jetzt die Kärnerarbeit, die wir vorher nicht gemacht haben.

Helge Engelke: Ich schließe mich dem an.

Wenn ich hier gebeten werde, mich als Vertreter für den stationären Bereich dazu zu äußern, dann kann ich nur sagen: Ich kann nicht sagen, ob ich „InTherAKT“ empfehlen kann, weil ich es schlicht und ergreifend nicht kenne. Auch „ATHINA“ kenne ich nicht.

Mir erschließt sich nicht, warum wir das hier auflisten sollen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Könnten Sie mit der Formulierung „wie ATHINA und Ähnliches“ leben?

Helge Engelke: Mein Vorschlag wäre, hinter dem Wort „Projekte“ Schluss zu machen. Dass wir etwas Interprofessionelles entwickeln wollen, ist in Ordnung. Aber ich würde jetzt keine Namen von Projekten hineinschreiben, über die wir uns in der Kommission gar nicht ausgetauscht haben.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Nur zum Verfahren: Wir sollten jetzt darüber abstimmen, ob wir Projektnamen explizit aufnehmen oder ob wir es allgemein belassen. Sowohl die KV als auch die NKG hatten durchaus Zeit, diese Dinge zu betrachten und im Vorfeld auch zu sagen, ob sie damit einverstanden sind oder nicht. Ich finde, das ist jetzt schwierig.

Herr Schwarz hatte eingangs den Vorschlag gemacht: Wenn wir bei der Endredaktion unserer Themen noch einmal über Dinge, die Sie vielleicht nachsteuern möchten, diskutieren und dann noch Veränderungen vornehmen, dann ist das sicherlich ein besseres Verfahren, als wenn wir jetzt sagen: Drei, vier Leute konnten sich nicht damit beschäftigen, und deswegen müssen wir das alles jetzt stoppen.

Mark Barjenbruch: Ich gestehe, dass ich dieses Papier vorher nicht durchgearbeitet habe - weil wir eine Pandemie hatten. Jetzt habe ich es gelesen. Aber dadurch wird das Papier nicht besser. Wir können ja nachher darüber abstimmen.

Wir haben ansonsten gute Kompromisse bei anderen Papieren gefunden, womit man auch etwas anfangen kann. Ich finde, hier haben wir etwas, was ziemlich nichts ist.

Prof. Dr. Nils Schneider: Ich habe nur noch eine inhaltliche Anmerkung: Das ATHINA-Projekt ist kein Beispiel für eine interprofessionelle Zusammenarbeit, sondern das ist eine Arzneimittelberatung nach dem Brown-Bag-Prinzip. Der Patient kommt in eine Apotheke und kippt dort seine Tüte mit allen seinen Medikamenten aus, die dann vom Apotheker gecheckt werden.

Das an sich ist keine interprofessionelle Tätigkeit. Dennoch ist es ein sehr gutes Projekt, das auch wissenschaftlich evaluiert worden ist und das wir auch hier in der Kommission besprochen hatten. ATHINA aufzunehmen, macht aus meiner Sicht als Beispiel schon Sinn, aber ohne den Zusatz „interprofessionell“.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): ATHINA ist die Abkürzung für Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken. Das Wort „Arzneimitteltherapiesicherheit“ steht schon oben. Insofern bräuchten wir das hier nicht zu wiederholen.

Dr. Martina Wenker: Herr Professor Schneider hat recht: ATHINA ist schlicht ein Projekt in der Apotheke. Man geht mit seiner Tüte hin, kippt den Inhalt auf den Tisch, der Apotheker guckt das durch und sagt: Das ist gut, und das ist nicht so gut. Dafür bekommt er 68 Euro. - Das ist jetzt sehr platt zusammengefasst. Das ist keine interprofessionelle Zusammenarbeit, sondern schlicht ein Überprüfungsinstrument in der Apotheke.

Dr. Birte Gebhardt (LVG & AFS): Das Projekt ATHINA steht ja schon beim Buchstaben c. Wir sollten es nicht zweimal aufführen. Das führt zur Verwirrung.

MR'in **Strauß** (MS): Arzneimitteltherapiesicherheit wird mit AMTS abgekürzt. ATHINA ist ein Projekt, das der Arzneimitteltherapiesicherheit dient. Insofern könnte man hier die Abkürzung AMTS einfügen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich fand das gut, was Herr Professor Schneider ursprünglich formuliert hat. Am Schluss sollte in Klammern nur stehen: „z. B. durch interprofessionelle Projekte“.

Wir müssen uns jetzt wirklich einmal über das Verfahren unterhalten. Ich habe es vorhin schon gesagt, und Frau Dr. Wernstedt hat es eben auch

noch einmal gesagt: Hier ist kein anderes Verfahren gewählt worden als bei allen bisherigen Ergebnispapieren. Ich finde auch, dass das Ganze dünn ist. Aber man kann es nicht voller machen als mit dem, was hier vorgetragen worden ist. Das wird auch nicht als eigenes Kapitel stehen, sondern es wird irgendwo ein Sammelkapitel „Verschiedenes“ oder „Sektorenübergreifend“ geben. Es gibt auch noch andere Punkte, die relativ dünn sind. Aber wir können doch nicht Professionen zu Vorträgen einladen und hinterher so tun, als ob es sie nicht gegeben hätte. Insofern müssen wir leider mit dem zurechtkommen, was da steht. Das Verfahren ist so wie immer.

Ich verstehe, dass Sie wegen Corona vielleicht keine Zeit hatten, das durcharbeiten. Aber uns geht es da nicht anders; auch hier im Landtag war Corona ein Arbeitsschwerpunkt. Wir haben am 10. Juni die Zusammenfassungen gemacht und herausgegeben. Wenn wir jetzt so weitermachen, dann werden wir beim nächsten Mal für die beiden nicht sehr inhaltsstarken Seiten auch den ganzen Vormittag brauchen. Ich glaube, das müssen wir uns nicht gegenseitig antun. Wenn da wirklich etwas völlig falsch ist, dann lassen Sie uns das streichen. Ansonsten muss es bei der Schlusslesung noch ergänzt werden.

Abg. **Sylvia Bruns** (FDP): Ich hätte bei diesem Thema gern noch etwas drin, nämlich die elektronische Patientenakte. Die wird bislang nicht erwähnt.

Das alles sind ja Maßnahmen, die im Prinzip vorher greifen sollen. Sobald wir die elektronische Patientenakte eingeführt haben, haben wir das Problem nicht, weil der Apotheker anhand der Karte, die er einliest, die Medikation sieht.

Die elektronische Patientenakte fehlt mir an dieser Stelle, weil das alles vorgeschaltet ist. Aber mit der Einführung der E-Akte hat sich meines Erachtens alles, was wir vorher gemacht haben, erledigt. Insofern sollten wir noch einen Satz hinzufügen: „Im Hinblick auf das Bekenntnis zur E-Akte ...“, damit man weiß, dass das vorgeschaltete Maßnahmen sind.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Volker Meyer hat vorhin schon gesagt, dass unter dieses Gesamtkapitel der Verweis gesetzt werden muss: „siehe Kapitel Digitalisierung“.

Die Digitalisierung spielt überall eine zunehmende Rolle. Deshalb sind wir der Auffassung, es ist

besser, die Digitalisierung in einem eigenständigen Kapitel zu behandeln. Mit einer Fußnote - „siehe Kapitel Digitalisierung“ - kann man dem gerecht werden. Sonst haben wir nämlich bei jedem einzelnen Kapitel je nach Umfang zwischen zwei und 20 Spiegelstriche, was das Thema Digitalisierung betrifft. Das macht es auch hinsichtlich der Lesbarkeit nicht einfacher.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich lese jetzt einmal vor, wie der Buchstabe a lauten soll:

„Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch effektivere Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und Apotheker*innen durch Nutzung des Medikationsplans (z. B. durch interprofessionelle Projekte)“

Und der Buchstabe c wird komplett gestrichen.

Herrscht darüber Einigkeit? - Ja.

b) *Verbesserung der Medikamenteneinnahme (Adhärenz) (z. B. Erinnerungsfunktion bei Wiederholungsverordnungen)*

(keine Anmerkung)

c) *Stärkung von interprofessionellen Projekten zur Arzneimittelsicherheit (z.B. ATHINA)*

(gestrichen; siehe Diskussion zu a.)

d) *Keine Verschreibung potenzieller Suchtmittel ohne Vorlage eines umfassenden Medikationsplanes*

Mark Barjenbruch: Das geht mir zu weit; denn es gibt ja auch Fälle, bei denen entschieden werden muss, ob ein entsprechendes Arzneimittel, insbesondere aus dem BtM-Sektor, verordnet werden muss oder nicht. Das hier greift mir zu stark in die Therapiehoheit des Arztes ein.

Prof. Dr. Nils Schneider: Ich stimme Herrn Barjenbruch zu und beantrage, den Buchstaben d zu streichen.

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich kann das aus medizinischer Sicht verstehen. Aber das Problem ist nun einmal vorhanden. Wir können es nicht weg-

diskutieren, indem wir diesen Punkt einfach streichen. Könnte der Verweis auf das E-Rezept eine Lösungsmöglichkeit sein?

Wenn ein Arzt ein Betäubungsmittel verschreibt, ist klar, dass das auch befolgt werden muss. Aber die Annahme ist ja, dass er nicht über das informiert ist, was Kolleginnen und Kollegen vor ihm schon verschrieben haben. Können wir das aus Ihrer Sicht in irgendeiner Form auflösen?

Ich würde diesen Punkt ungern streichen, weil ich die Problematik schon sehe.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich sehe das wie Herr Lottke. Vielleicht kann man das ja umdrehen. Ich sage das jetzt einmal unfachmännisch. Ich hätte gerne, dass Suchtmittel überhaupt nicht ohne Verschreibungspflicht ausgegeben werden dürfen. Die Gefahr ist nicht nur vorhanden, sondern das passiert ja auch. Ich habe ohnehin eine große Affinität dafür, dass bei uns nicht so viel rezeptfrei, sondern so viel wie möglich verschreibungspflichtig ist. Ich finde, bei Suchtmitteln ist das extrem wichtig.

Jetzt müsste nur jemand sagen, wie man das drehen kann und wie es diskutiert worden ist. Wie gesagt: Ich war bei der Gesamtdebatte nicht dabei.

Dr. Martina Wenker: Ich habe schon ein Problem damit, was hier unter „Suchtmittel“ verstanden werden soll. Auch Alkohol, Zigaretten und Cannabis sind schließlich Suchtmittel. Oder meinen wir ausschließlich verschreibungspflichtige Betäubungsmittel?

Ich bin Schlafmedizinerin. Es gibt immer wieder einmal Patienten, die im Rahmen einer Krisenintervention für einen kurzen Zeitraum von vielleicht 14 Tagen ein Schlafmittel brauchen. Am meisten werden Benzodiazepine verschrieben. Auch das ist ein Suchtmittel. Das heißt, wir müssten noch genau sagen, was wir meinen: Meinen wir BtM, oder meinen wir grundsätzlich alles, was potenziell süchtig machen kann?

Zweitens. Der Medikationsplan ist meines Wissens nach wie vor freiwillig. An dieser Stelle wäre die Freiwilligkeit aber keine Freiwilligkeit mehr.

Wir müssten das ein bisschen genauer schreiben. Wenn ich ein potenziell süchtig machendes Medikament bekomme, bin ich dann verpflichtet, einen Medikationsplan zu haben? Was sind Suchtmittel? Wo fängt das an? Brauche ich wirklich BtM?

Das ist noch sehr unpräzise formuliert. Deswegen werbe ich eher für eine Streichung; denn im Moment weiß ich nicht genau, was ich da jetzt zustimme.

Mark Barjenbruch: Ich habe noch eine Ergänzung. Der Medikationsplan ist zunächst freiwillig und erst dann verpflichtend einzuführen, wenn mindestens drei Medikamente zu verordnen sind. Man kann also bei diesem Punkt rein theoretisch auch unter dem Radar fliegen. Daher passt das nicht.

Ich kann den Ausführungen von Herrn Schwarz zustimmen, was die Verschreibungspflicht betrifft. Aber ich habe jetzt nicht herausgelesen, dass es um verschreibungspflichtige oder nicht verschreibungspflichtige Medikamente geht.

Da ich nicht weiß, was die richtige Lösung wäre, plädiere ich weiterhin für eine Streichung.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Wir müssen jetzt darüber abstimmen, ob der Buchstabe d stehen bleibt oder gestrichen wird.

Wer ist dafür, dass der Buchstabe d stehen bleibt? - Wer ist dagegen? - Gibt es Enthaltungen? - Zwei Enthaltungen. Damit wird dieser Buchstabe gestrichen.

3. Optimierung des Leistungsspektrums der Apotheken

- a) *Ausbau hausinterner Angebote (z. B. Risikocheck von Blutdruck, Blutzucker, BMI)*
- b) *Stärkung der Vermittlung von Präventionsangeboten (z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung)*

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich würde diesen gesamten Block streichen, weil die Apotheken meines Wissens schon seit mindestens 2008 Fortbildungen zu diesem Thema anbieten.

Hier geht es doch nur darum, wer am Ende was bezahlt. Das ist ein sehr komplexer Vorgang zwischen verschiedenen Handelnden. Wenn wir als Enquetekommission uns für eine bestimmte Unterstützung der Apotheken aussprechen, dann wäre das auch ein Hinweis auf Finanzierungsmöglichkeiten. Aber so weit möchte ich hier nicht gehen.

Erwin Jordan: Ich schließe mich meiner Vorrednerin an.

Dr. Martina Wenker: Als Lungenärztin führe ich immer wieder strukturierte Raucherentwöhnungsprogramme durch. Als Ärztin verordne ich Nikotinersatzpräparate und mache Verhaltenstherapie. Das wäre mir für einen Apotheker ein bisschen viel. Allein deshalb würde ich das schon herausstreichen.

Ich schließe mich dem Antrag auf komplette Streichung an.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Wer ist dafür, die Nr. 3 zu streichen? - Das ist die breite Mehrheit.

4. Optimierung der Arzneimittelversorgung in Heimen unter Verantwortung einer lokalen Apotheke

Prof. Dr. Nils Schneider: Ich bin mir nicht sicher, ob der Ausdruck „lokale Apotheke“ in der Überschrift korrekt ist. Ich meine, der Fachterminus heißt „heimversorgende Apotheke“. Das ist natürlich oft eine lokale Apotheke, muss es aber eben nicht zwingend sein.

Abg. **Sylvia Bruns** (FDP): Ich schließe mich dem Vorschlag von Herrn Professor Schneider an.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Dann ändern wir „lokale Apotheke“ in „heimversorgende Apotheke“. - Ich sehe keinen Widerspruch.

- a) *Einführung von Notfallmedikamentenkoffern in Heimen (inkl. Evaluation entsprechender Pilotprojekte)*
- b) *Förderung innovativer Lösungen für Nachtlieferungen in Heime (derzeit meist durch Taxis gelöst)*

(keine Anmerkung; wird später verschoben in Abschnitt B)

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Damit haben wir Abschnitt A - „Qualität und Sicherheit“ - besprochen.

Ich lasse jetzt insgesamt darüber abstimmen. Wer stimmt dem Abschnitt A mit allen hier vorgestellten Änderungen zu? - Gibt es Gegenstimmen? - Gibt es Enthaltungen? - Ich sehe drei Enthaltungen.

B. Intersektorale/interdisziplinäre Zusammenarbeit

[Problemlagen]

Ausbaufähige Vernetzung der Apotheken mit anderen Akteuren der medizinischen Versorgung

- *Teilweise Schwachstellen in der Überleitung von stationärem zu ambulantem Bereich und umgekehrt, einschließlich des pharmazeutischen Entlassmanagements*
- *Optimierbare Vernetzung der Apotheken mit Pflegediensten*

(keine Anmerkung)

- *Mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Notfallversorgern führt z. T. zu unzureichender Medikamentenverfügbarkeit (z. B. nachts)*

Prof. Dr. Nils Schneider: Mir ist inhaltlich nicht ganz klar, inwieweit die mangelnde Zusammenarbeit zu einer unzureichenden Medikamentenverfügbarkeit führen soll. Notfallversorger sind ja vermutlich der kassenärztliche Bereitschaftsdienst oder der Rettungsdienst. Aber auch wenn die beiden nicht gut zusammenarbeiten - was durchaus vorkommen kann -, führt das in dieser Konsequenz nicht zu einer unzureichenden Medikamentenverfügbarkeit.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich glaube, mit „Notfallversorgern“ sind auch die Krankenhäuser gemeint.

Nehmen wir an, ein Patient mit Prostatakrebs wird zum Wochenende entlassen, bekommt vom Krankenhaus nicht die nötigen Medikamente und Inkontinenzmittel mit, und die Apotheken sollen dann versuchen, über das Wochenende eine entsprechende Versorgung bereitzustellen, dann ist das schon ein Problem.

Bei Pflegeeinrichtungen ist es ähnlich. Ich wüsste aber nicht, wie man das anders formulieren könnte.

Tobias Immenroth: Ich verstehe als „Notfallversorger“ auch die notdiensthabenden Apotheken. Da ist die Zusammenarbeit in der Tat verbesserungswürdig. Wenn man seine Heimversorgung in der Apotheke hat, erreicht man die tagsüber. Aber wenn man nachts den ärztlichen Notdienst im Haus hatte, der ein Rezept ausgestellt hat, dann stellt sich die Frage, aus welcher Apotheke das Medikament nachts ins Pflegeheim kommt. Da gibt es definitiv ein Verbesserungspotenzial.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Gibt es einen Formulierungsvorschlag dazu? - Das sehe ich nicht. Dann bleibt es so, wie es da steht.

- *Geringe Nutzung des Polymedikationsvertrages (AOK Nds.) zur Durchführung von Medikationsanalysen durch Apotheker*innen, auch ohne ärztliche Delegation*

Frank Preugschat: Es ist eine Forderung der Apothekerkammer, dass sie das gerne auch ohne ärztliches Zuspield machen möchte. Aber dieser Punkt ist in dem Polymedikationsvertrag im Kern nicht vorgesehen. Eigentlich soll dadurch gerade die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apotheken gestärkt werden.

Ich schlage vor, diesen Spiegelstrich zu streichen.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Gibt es dagegen Einwände? - Das ist nicht der Fall.

Geringe Nutzung von Potenzialen der Delegation

(keine Anmerkung)

[Lösungsansätze]

5. Verbesserung der Versorgung von Patient*innen durch eine bessere Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen

- a) *Verbesserung der Schnittstelle zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich, z. B.*

durch digitale Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagements, Förderung von Strategien zur Optimierung der Kommunikation und der Patientenübergabe

(keine Anmerkung)

*b) Schaffung eines moderierten, interprofessionellen pharmazeutischen Konsils (also des Austauschs zwischen verordnenden Ärzt*innen und Apotheke, um Gesamtmedikation des Patienten abzusichern und mögliche Probleme von Selbst- oder Multimedikation zu vermeiden)*

Tobias Immenroth: Ich bitte, die Pflegefachpersonen in den interprofessionellen Dialog aufzunehmen. Zum einen, weil sie auch in den Problemlagen angesprochen worden sind, und zum anderen, weil wir das auch bereits oben ergänzt hatten.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich sehe keine Einwände dagegen.

*

Tobias Immenroth: Unter den „Problemlagen“ haben wir unter dem dritten Spiegelstrich die mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Notfallversorgern angesprochen. Unter den „Lösungsansätzen“ haben wir dazu aber bislang nichts geschrieben - zumindest nicht im Abschnitt B.

Allerdings haben wir in Abschnitt A Nr. 4 den Notfallmedikamentenkoffer und die Förderung innovativer Lösungen für Nachtlieferungen in Heime aufgeführt.

Ich schlage vor, Abschnitt A Nr. 4 in Abschnitt B zu verschieben.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich stelle Einverständnis fest.

6. Stärkere Nutzung von Potenzialen der Delegation

a) Durchführung von u. a. Gripeschutzimpfungen in Apotheken im Rahmen der Delegation gemäß der gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene, auch um Durchimpfungsraten, ins-

besondere bei Kindern, zu erhöhen (Niedrigschwelligkeit der Apotheken)

b) Reduktion einer möglichen Impfmüdigkeit durch Beratung im Rahmen des Kundenkontaktes in Apotheken

Mark Barjenbruch: Dieser Punkt rührt an der „Friedenslinie“ zwischen Apothekern und Ärzten und kann durchaus als Kampfansage verstanden werden.

Es gibt inzwischen den § 132 j SGB V, wonach Modellvorhaben durchgeführt werden können. Damit hat der Gesetzgeber eine „Friedenslinie“ aufgezeigt.

Ich möchte als Kompromiss vorschlagen, zunächst die Modellvorhaben abzuwarten, sie auswerten und die Erkenntnisse daraus in die Fläche zu tragen, bevor man hier sagt, dass der eine das darf und der andere nicht mehr. Solche Kompromisse haben wir auch schon an anderer Stelle gemacht.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich schlage vor, unter Buchstabe a nach den Worten „auf Bundesebene“ in Klammern das Wort „Modellprojekte“ aufzunehmen und den Rest zu streichen. Denn der weitere Text führt zu ganz anderen Debatten, die hier gar nicht gemeint sind.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Den Buchstaben b würde ich allerdings nicht streichen. In den Apotheken kann man doch durch eine Beratung dazu beitragen, dass die Impfmüdigkeit reduziert wird. Das halte ich sogar für sehr sinnvoll.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich kann mich dem nur anschließen. Damit tun wir weder einem Arzt noch einem Apotheker weh.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich sehe das genauso wie Herr Jasper. Im Übrigen: Eine verantwortungsbewusste Apotheke tut das auch. Insofern finde ich, dass man den Spiegelstrich vielleicht geschmeidiger formulieren kann. Aber die Zielrichtung ist schon in Ordnung.

Dr. Martina Wenker: Dass beim Bezahlen gesagt wird: „Denken Sie an Ihre Impfungen!“, ist in Ordnung. Aber so wie es hier steht, sieht das nach einem strukturierten Impfberatungsprogramm aus. Das wäre noch einmal etwas anderes.

Ich wäre eher für das Streichen; denn das ist mir zu ungenau formuliert.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich finde, wir sollten unter dem Buchstaben a auf § 132 j SGB V verweisen. Wenn wir das täten, könnte eine wirkliche Impfberatung, auch um einer Impfmüdigkeit vorzubeugen, nur im Rahmen eines Modellprojekts erfolgen. Ich würde den Buchstaben a so umformulieren und den Buchstaben b streichen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich sehe das genau Gegenteil. Beim Buchstaben a geht es um Modelle. Damit wird Neuland betreten. Wenn das gelaufen ist, wird man das auszuwerten haben, ob das funktioniert hat oder nicht.

Beim Buchstaben b geht es um ein Routinegeschäft einer verantwortungsbewussten Apotheke. Das hat mit dem Modellprojekt überhaupt nichts zu tun. Deshalb habe ich gesagt, dass man das geschmeidiger formulieren kann.

Es geht auch nicht darum, die medizinische und ärztliche Beratung zu übernehmen, sondern es geht darum, Hinweise zu geben, dass man an Impfungen denken soll. Das kann dann im Ergebnis dazu führen, dass eine Impfmüdigkeit eingedämmt wird.

Man kann von dieser Verquickung auch ganz absehen. Die Beratung in der Apotheke - „Denken Sie an Ihre Impfungen, und sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber!“ - hat überhaupt nichts mit dem Komplex Impfmüdigkeit zu tun. Insofern könnte man meines Erachtens auch schreiben, worum es hier geht, nämlich um eine Beratung durch die Apotheken im Rahmen des Kundenkontakts hinsichtlich möglicher Impfungen.

Frank Preugschat: Das können wir machen, aber das würde für mich nicht mehr richtig zu der Überschrift passen; denn da findet dann ja keine Delegation statt. Deshalb finde ich den Ansatz von Frau Janssen-Kucz gut, den Gesichtspunkt der Modellprojekte in den Buchstaben a zu integrieren. Wenn wir jetzt wirklich sagen, es geht um eine umfassende Impfberatung, dann wäre das etwas Neues, das heute noch nicht stattfindet. Das wäre dann ein Lösungsansatz, der aber dann tatsächlich in ein Modellprojekt hineingehören würde.

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Frau Rataj hat einen Vorschlag an die Wand geworfen: Buchstabe a wird so verändert, wie Herr Schwarz vorgeschlagen hat und Buchstabe b lautet:

„Beratung im Rahmen des Kundenkontaktes in Apotheken zu möglichen Impfungen“

Wer schließt sich dieser Änderung an? - Gibt es dagegen Einwände? - Nein. Enthaltungen? - Drei Enthaltungen. Dann wird das so geändert.

Damit haben wir Abschnitt B - „Intersektorale/interdisziplinäre Zusammenarbeit“ - besprochen.

Ich lasse jetzt insgesamt darüber abstimmen. Wer stimmt Abschnitt B mit allen hier vorgestellten Änderungen zu? - Gibt es Gegenstimmen? - Gibt es Enthaltungen? - Ich sehe zwei Enthaltungen.

C. Personal

[Problemlagen]

Nachwuchsproblematik

- Herausforderungen der Nachwuchssicherung (Apotheker*innen und PTA)
- Herausforderungen in der finanziellen Planungssicherheit der Apotheker*innen in der Fläche

(keine Anmerkung)

[Lösungsansätze]

7. Einsatz von Maßnahmen zur Nachwuchssicherung

- a) Sicherstellung der Attraktivität pharmazeutischer Berufe, unter anderem durch gesteigerte Verantwortung im Rahmen von Delegation
- b) Verbesserung der Rahmenbedingungen für Nachwuchs (z. B. Novellierung der Approbationsordnung, Stärkung der klinischen Pharmazie und des Medikationsmanagements bereits während des Studiums)
- c) Erhöhung der Praxisanteile in einer Apotheke und Vermittlung betriebswirtschaftlichen Grundwissens während des Studiums

(keine Anmerkung)

Vors. Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Damit haben wir Abschnitt C - „Personal“ - besprochen.

Ich lasse jetzt insgesamt darüber abstimmen. Wer Abschnitt C zustimmt, den bitte ich um das Handzeichen. - Gibt es Gegenstimmen? - Keine. Gibt es Enthaltungen? - Zwei Enthaltungen.

Damit haben wir unser vorläufiges Votum zur Arzneimittelversorgung abgegeben.

(Endfassung: siehe Vorlage 142)

Tagesordnungspunkt 3:

Erörterung von Verfahrensfragen, Terminplanung

Hierzu ergab sich keine Wortmeldung.

Tagesordnungspunkt 4:

Anmerkungen der wissenschaftlichen Begleitung

Hierzu ergab sich keine Wortmeldung.

Tagesordnungspunkt 5:

Verschiedenes

Hierzu ergab sich keine Wortmeldung.

Vorläufige Ergebniszusammenfassung | Arzneimittelversorgung

Beratungsvorlage

Problemlagen	Lösungsansätze
<p>A. <u>Qualität und Sicherheit</u></p> <p>Herausforderungen im Bereich der Infrastruktur und Prozesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkonsequente Nutzung des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes (BMP oder eMedikationsplan) durch Ärzt*innen und Apotheker*innen - Liefer- und Versorgungsengpässe bei Medikamenten <p>Ausbaufähigkeit der Patientensicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geringe Apothekenbindung - Unzureichende Patientensicherheit hinsichtlich des unkoordinierten Zugangs zu Medikamenten über verschiedene Ärzt*innen und Apotheken, u.a. bei Schlafmitteln <p>Ausbaufähiges Leistungsspektrum der Apotheken (bspw. Präventionsaktivitäten) bei gleichzeitiger Wahrung des aktuellen Leistungsangebots (v.a. Arzneimittellogistik und pharmakologische Beratung)</p>	<p>1. Optimierung der Infrastruktur und Prozesse im Bereich der Arzneimittelversorgung</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ergreifen von Maßnahmen zur Sicherstellung der Grundversorgung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, u.a. durch gesetzliche Maßnahmen und Verstärkung der Kooperationen und Produktionsstätten innerhalb der EU b) Verbesserung des Managements der gesamten Arzneimittelversorgung pflegebedürftiger Patient*innen (inkl. Rezeptmanagement und Belieferung nach Hause) c) Stärkung von Möglichkeiten zur Entlastung der anderen Berufsgruppen (z. B. Entlastung von Ärzt*innen durch gesetzlich geregelte Wiederholungsrezepte) bei ständiger Kontrolle des Medikationsplanes, weil Medikationen zu selten überprüft werden d) Optimierung des Managements bei Lieferengpässen (z. B. Empfehlung von Ausweichmedikationen, Berechnung von Äquivalenzdosen) e) Aufbau eines Zentralregisters in Verantwortung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) f) Meldung von Daten zu Lieferengpässen oder Nicht-Lieferbarkeit seitens der Hersteller <p>2. Stärkung der Patientensicherheit</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Reduzierung der Polymedikation durch effektivere Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern zur Nutzung des Medikationsplans

	<p>b) Verbesserung der Medikamenteneinnahme (Adhärenz) (z. B. Erinnerungsfunktion bei Wiederholungsverordnungen)</p> <p>c) Stärkung von interprofessionellen Projekten zur Arzneimittelsicherheit (z.B. ATHINA)</p> <p>d) Keine Verschreibung potenzieller Suchtmittel ohne Vorlage eines umfassenden Medikamentenplanes</p> <p>3. Optimierung des Leistungsspektrums der Apotheken</p> <p>a) Ausbau hausinterner Angebote (z. B. Risikocheck von Blutdruck, Blutzucker, BMI)</p> <p>b) Stärkung der Vermittlung von Präventionsangeboten (z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung)</p> <p>4. Optimierung der Arzneimittelversorgung in Heimen unter Verantwortung einer lokalen Apotheke</p> <p>a) Einführung von Notfallmedikamentenkoffern in Heimen (inkl. Evaluation entsprechender Pilotprojekte)</p> <p>b) Förderung innovativer Lösungen für Nachtlieferungen in Heime (derzeit meist durch Taxis gelöst)</p>
<p>B. <u>Intersektorale/interdisziplinäre Zusammenarbeit</u></p> <p>Ausbaufähige Vernetzung der Apotheken mit anderen Akteuren der medizinischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweise Schwachstellen in der Überleitung von stationärem zu ambulantem Bereich und umgekehrt, einschließlich des pharmazeutischen Entlassmanagements - Optimierbare Vernetzung der Apotheken mit Pflegediensten 	<p>5. Verbesserung der Versorgung von Patient*innen durch eine bessere Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen</p> <p>a) Verbesserung der Schnittstelle zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich, z. B. durch digitale Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagement, Förderung von Strategien zur Optimierung der Kommunikation und der Patientenübergabe</p> <p>b) Schaffung eines moderierten, interprofessionellen pharmazeutischen Konsils (also des Austauschs zwischen verordnenden Ärzt*innen und Apotheke, um Gesamtmedikation</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Notfallversorgern führt z.T. zu unzureichender Medikamentenverfügbarkeit (z. B. nachts) - Geringe Nutzung des Polymedikationsvertrages (AOK Nds.) zur Durchführung von Medikationsanalysen durch Apotheker*innen, auch ohne ärztliche Delegation <p>Geringe Nutzung von Potenzialen der Delegation</p>	<p>des Patienten abzusichern und mögliche Probleme von Selbst- oder Multimedikation zu vermeiden)</p> <p>6. Stärkere Nutzung von Potenzialen der Delegation</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Durchführung von u.a. Gripeschutzimpfungen in Apotheken im Rahmen der Delegation gemäß der gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene, auch um Durchimpfungsraten, insbesondere bei Kindern, zu erhöhen (Niedrigschwelligkeit der Apotheken) b) Reduktion einer möglichen Impfmüdigkeit durch Beratung im Rahmen des Kundenkontaktes in Apotheken
<p>C. <u>Personal</u></p> <p>Nachwuchsproblematik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen der Nachwuchssicherung (Apotheker*innen und PTA) - Herausforderungen in der finanziellen Planungssicherheit der Apotheker*innen in der Fläche 	<p>7. Einsatz von Maßnahmen zur Nachwuchssicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sicherstellung der Attraktivität pharmazeutischer Berufe, unter anderem durch gesteigerte Verantwortung im Rahmen von Delegation b) Verbesserung der Rahmenbedingungen für Nachwuchs (z. B. Novellierung der Approbationsordnung, Stärkung der klinischen Pharmazie und des Medikationsmanagements bereits während des Studiums) c) Erhöhung der Praxisanteile in einer Apotheke und Vermittlung betriebswirtschaftlichen Grundwissens während des Studiums