



NEUDRUCK

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

128. Sitzung (öffentlich)

17. November 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:36 Uhr bis 18:30 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Carolin Rosendahl

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

Vor Eintritt in die Tagesordnung

9

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Susanne Schneider (FDP), TOP 3 in der nächsten Sitzung zu behandeln.

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag der Vorsitzenden Heike Gebhard, TOP 16 heute nicht zu behandeln, da zu dem Gesetzentwurf zunächst noch die Verbändeanhörung durchgeführt werden soll.

1 Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes

10

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/14911

– Fachgespräch mit sachverständigen Gästen (s. *Anlage 1*)

3 Teilhabe von Menschen mit Behinderungen neu und innovativ gestalten – Inklusion in Nordrhein-Westfalen weiter voranbringen! 18

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/10632

Entschließungsantrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/10736

Ausschussprotokoll 17/1235

– abschließende Beratung und Abstimmung

– wird nicht behandelt

4 Nach der Katastrophe ist vor der Katastrophe – Seelische Traumata und posttraumatische Belastungsstörungen der Flutopfer müssen schnellstmöglich behandelt werden! 19

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/14949

– abschließende Beratung und Abstimmung

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der AfD-Fraktion ab.

5 Drittes Gesetz zur Änderung des Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetzes 20

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/15289

– abschließende Beratung und Abstimmung

In Verbindung mit:

Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Modellstudiengangsverordnung auf Grundlage des Dritten Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetzes

Unterrichtung
durch den Präsidenten des Landtags
Drucksache 17/15493
Vorlage 17/5931

– abschließende Beratung und Abstimmung

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss stimmt dem Gesetzentwurf mit den Stimmen aller Fraktionen zu.

Der Ausschuss stellt fest, dass er zu dem Verordnungsentwurf angehört wurde.

6 Gesetz zur Neuregelung des Landesreisekostenrechts sowie zur Anpassung einer beihilferechtlichen Regelung im Landesbeamten-gesetz

21

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/14306

Schriftliche Anhörung
des Haushalts- und Finanzausschusses
Stellungnahme 17/4410
Stellungnahme 17/4411
Stellungnahme 17/4412
Stellungnahme 17/4144
Stellungnahme 17/4462
Stellungnahme 17/4463

Änderungsantrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/15616

Änderungsantrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/15651

– abschließende Beratung und Abstimmung
– Votum an den federführenden Ausschuss

– Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt überein, kein Votum abzugeben und seine Befassung mit dem Antrag abzuschließen.

2 Bericht der Landesregierung zum aktuellen Stand zur Ausbreitung des Coronavirus und in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen 23

– mündlicher Bericht der Landesregierung

In Verbindung mit:

21 Was tut die Landesregierung um die Teststruktur in NRW aufrechtzuerhalten? (Bericht beantragt von der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 2])

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5997

– Wortbeiträge

7 Junge Elternschaft fördern – Vereinbarkeit von Familiengründung und Ausbildung in die Tat umsetzen 44

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/13400

Schriftliche Anhörung
des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen
Stellungnahme 17/4298 Neudruck
Stellungnahme 17/4400
Stellungnahme 17/4392
Stellungnahme 17/4396
Stellungnahme 17/4399

– abschließende Beratung und Abstimmung
– Votum an den federführenden Ausschuss

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der AfD-Fraktion ab.

8 Gute Arbeit auf digitalen Plattformen – Keine Chance für Billiglöhne und Sozialdumping! 45

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/13778

Ausschussprotokoll 17/1565 (Gespräch mit sachverst. Gästen vom 23.09.2021)

- abschließende Beratung und Abstimmung
- Votum an den federführenden Ausschuss

- Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ab.

- 9 Staatsvertrag über die Errichtung und den Betrieb des elektronischen Gesundheitsberuferegisters als gemeinsame Stelle der Länder zur Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise sowie zur Herausgabe der Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (eGBR-Staatsvertrag – eGBRStVtr)**

47

Antrag
der Landesregierung
auf Zustimmung gemäß Artikel 66 Satz 2
der Landesverfassung
Drucksache 17/15288

- abschließende Beratung und Abstimmung
- Votum an den federführenden Ausschuss

- keine Wortbeiträge

Der Ausschuss stimmt dem Antrag mit den Stimmen aller Fraktionen zu.

- 10 Aufbau von Muttermilchbanken, um die Gesundheit von Frühgeborenen durch nachhaltige Bereitstellung von Spender-Muttermilch sicherzustellen**

48

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/14071

Ausschussprotokoll 17/1516 (Anhörung vom 27.08.2021)

- Auswertung der Anhörung

- Wortbeiträge

11 Eine bessere Gesundheits- und Pflegeversorgung für Nordrhein-Westfalen: Für einen sozialen Neustart in der Gesundheits- und Pflegepolitik! **50**

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/14076

Ausschussprotokoll 17/1542 (Anhörung vom 15.09.2021)

Stellungnahme 17/4546

– Auswertung der Anhörung

– Wortbeiträge

12 Gesundheitsschutz statt Fake-Klimaschutz – Die Gefahr schwingt in der Luft – Sofortiges Moratorium für Windindustrieanlagen **52**

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/13762

Ausschussprotokoll 17/1521 (Anhörung vom 01.09.2021)

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der AfD-Fraktion ab.

13 Kritische Lage auf den Intensivstationen – Personalmangel als zentrales Problem im Gesundheitswesen. **53**

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/15453

– Verfahrensabsprache

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Dr. Martin Vincentz (AfD), in der nächsten Sitzung über den Antrag abschließend zu beraten und abzustimmen.

14 Angsträume beseitigen, Sicherheit erhöhen – die Verkehrswende braucht attraktive Bahnhöfe und Haltepunkte! 54

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/15462

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt überein, sich nachrichtlich an der vom federführenden Ausschuss geplanten Anhörung zu beteiligen.

15 Entwurf einer Neunten Verordnung zur Änderung der Zuständigkeitsverordnung Heilberufe 55

Unterrichtung
durch den Präsidenten des Landtags
Drucksache 17/15331
Vorlage 17/5831

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss stellt fest, dass er angehört wurde.

16 Entwurf einer Verordnung zur Neuordnung der Zuständigkeiten im Humanarzneimittel-, Tierarzneimittel-, Medizinprodukte-, Apothekerwesen und auf dem Gebiet des Schutzes vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen 56

Unterrichtung
durch den Präsidenten des Landtags
Drucksache 17/15577
Vorlage 17/5984

17 Akuter Grippeimpfstoffmangel in Haus- und Kinderarztpraxen in NRW (Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 3]) 57

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5994

– Wortbeiträge

- 18 Zweiter Bericht: Landesinitiative „Durchstarten in Ausbildung und Arbeit“** **58**
- Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5854
- Wortbeiträge
- 19 Kenntnisstand über das Krankheitsbild Lipödem in Nordrhein-Westfalen (Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 4])** **59**
- Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5996
- Wortbeiträge
- 20 Neuausrichtung des staatlichen Arbeitsschutzes in NRW (Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 5])** **60**
- Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5995
- Wortbeiträge
- 22 Verschiedenes** **61**
- a) **Vereinbarung zur Durchführung der Initiative Abschluss und Anschluss – Bildungsketten bis zum Ausbildungsabschluss**
Vorlage 17/5916 **61**
- b) **Bedarfstermin 2. Februar 2022, 13:30 Uhr bis 17:00 Uhr** **61**

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzende Heike Gebhard informiert, die heutige Ausschusssitzung finde in Anbetracht der Coronalage im Plenarsaal statt. Gemäß gestrigem Beschluss fänden Abstimmungen nun aber auch grundsätzlich wieder in Fraktionsstärke statt.

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Susanne Schneider (FDP), TOP 3 in der nächsten Sitzung zu behandeln.

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag der Vorsitzenden Heike Gebhard, TOP 16 heute nicht zu behandeln, da zu dem Gesetzentwurf zunächst noch die Verbändeanhörung durchgeführt werden soll.

1 **Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes**

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/14911

– Fachgespräch mit sachverständigen Gästen (s. *Anlage 1*)

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich begrüße unsere drei Gäste zum Fachgespräch zum Zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes ganz besonders herzlich.

Uns liegt eine schriftliche Stellungnahme vor, und zwar von der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Darüber hinaus sind heute Christian Brandtner von der Deutschen Stiftung Organtransplantation, für die Ärztekammer Nordrhein Frau Professorin Dr. Schwalen und vom Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, also der Ruhr-Uni, Dr. Thomas Kirchner.

Da es vorhin Probleme mit der Mikrofonanlage hier im Plenarsaal gab, lautet die Frage, ob Ihr Mikrofon funktioniert. – Ich höre, dass die Anlage immer noch nicht funktioniert. Das ist schlecht.

(Serdar Yüksel [SPD]: Vielleicht geht es vom Rednerpult aus!)

– Das könnten wir versuchen. Es ist aber natürlich ein ziemliches Hin und Her, wenn jetzt jeder immer zum Rednerpult laufen muss.

Wir können das Problem wohl lösen. Ich unterbreche die Sitzung kurz. Ihnen steht für die Zwischenzeit eine Minute zur freien Verfügung.

(Kurze Unterbrechung)

Mir wurde inzwischen erläutert, dass sich die Mikrofonanlage, wie es beim PC so schön heißt, aufgehängt hat. Es gibt also keine Möglichkeit, dass jeder selbst sein Mikrofon einschaltet. Ich muss also jeden einzeln freischalten.

Wir machen es – wie bei Anhörungen üblich – so, dass wir direkt in die Fragerunde einsteigen. Nachdem die Fragen an Sie gerichtet wurden, bitte ich Sie nacheinander zu antworten, und zwar immer direkt auf alle Fragen, die an Sie gerichtet wurden.

Wir beginnen mit Frau Kollegin Weng.

Christina Weng (SPD): Zuerst vielen Dank, dass Sie hier sind und für die vorliegende Stellungnahme. – Ich habe drei Fragen, die ich gleichermaßen an Sie drei richte.

Das erste, das mich vertieft interessiert, ist die Qualifikation der Transplantationsbeauftragten. Es heißt dort, sie sollen „innerhalb von drei Jahren nach ihrer Benennung eine curriculäre Fortbildung zum Thema Organspende nachweisen“. Ich finde, das ist ein langer Zeitraum, und frage Sie, ob das die richtige Herangehensweise ist oder ob man das noch verändern sollte.

Meine zweite Frage. Der Hinweis auf einen Transplantationsbeauftragten, eine Transplantationsbeauftragte für mehrere Kliniken – das kann ich mir organisatorisch, aber auch hinsichtlich der Ressourcenzuordnung, der Finanzierung nur als sehr kompliziert vorstellen. Das gleiche gilt vielleicht auch für den Bedarf. Halten Sie das für eine gute Herangehensweise? Sollte man das so machen, weil es effektiv ist, oder sollte man es anders organisieren?

Meine letzte Frage. Ist es eine sinnvolle Herangehensweise, eventuell im Peer-to-peer-Verfahren einem Transplantationsbeauftragten einen Menschen mit einer Transplantationserfahrung zuzuordnen, wenn es darum geht, mit Betroffenen in Kontakt zu treten, weil das noch eine andere Kommunikationsebene darstellen kann?

Susanne Schneider (FDP): Frau Vorsitzende! Werte Kolleginnen und Kollegen! Werte Frau Professorin Schwalen! Geehrte Herren Kirschning und Brandtner Im Namen der FDP-Landtagfraktion sage ich Ihnen herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie zu uns in den Landtag gekommen sind. – Ich habe zwei kurze Fragen an alle drei.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat in ihrer Stellungnahme die Konkretisierung der fachlichen Qualifikation von Transplantationsbeauftragten begrüßt. Wie sehen Sie das?

Welche Auswirkungen erwarten Sie hinsichtlich der Gewinnung von neuen Transplantationsbeauftragten?

Peter Preuß (CDU): Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch von unserer Seite ein herzlicher Dank an die Sachverständigen dafür, dass sie heute hier sind.

Frau Schneider hat schon die entscheidende Frage gestellt, welche Auswirkungen Sie sehen, wenn dieses Transplantationsgesetz im Hinblick auf die Qualifikationen und die Konkretisierung der Aufgaben des Transplantationsbeauftragten gilt. Wir hatten ja einen leichten Anstieg der Organspendezahlen trotz Corona, liegen aber noch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Meine Frage an alle Sachverständigen lautet: Würden die vorgesehenen Änderungen aus Ihrer Sicht eine Verbesserung herbeiführen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende! Werte Kolleginnen und Kollegen! Auch von der Grünenfraktion herzlichen Dank für die Stellungnahmen.

Ich habe eine Frage. In der Stellungnahme ist formuliert, dass die Ärztekammer Westfalen-Lippe wolle gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Pflege die Konzipierung eines Curriculums auf der Basis des Curriculums der Bundesärztekammer mit spezifischen Aspekten für die Pflege erstellen. Welche Vertreterinnen der Pflege würden Sie denn ansprechen? Wir haben ja keine Pflegekammer.

Christian Brandtner (Deutsche Stiftung Organtransplantation): Ich werde versuchen, alle Fragen in einem Zug zu beantworten.

Zur ersten Frage, also der zum Dreijahreszeitraum für die Ausbildung der Transplantationsbeauftragten, muss man sagen, dass wir diesen für realistisch machbar halten. Grundsätzlich wäre es natürlich wünschenswert, wenn eine solche Qualifikation möglichst schnell erworben würde. Angesichts der Tatsache, dass die Kurse einen gewissen Zeitraum brauchen und nur in einem gewissen Umfang – nicht jede Woche – angeboten werden können, ist es aus meiner Sicht realistisch, einen Zwei- bis Dreijahreszeitraum bis zum Abschluss der Qualifikation auszugeben. Andersfalls würde man wahrscheinlich eine gesetzliche Regelung schaffen, die in der Praxis nicht wirklich umsetzbar wäre.

Zum Punkt „ein Transplantationsbeauftragter für mehrere Kliniken“ kann ich aus dem praktischen Bereich berichten, dass wir auch in der Vergangenheit durchaus schon Klinikverbünde hatten, in denen mehrere Krankenhäuser zusammengehörten und in denen Transplantationsbeauftragte als Team für mehrere Krankenhäuser zuständig waren. In der Praxis hat das, wie ich denke, in den meisten Fällen ganz gut funktioniert. Dort gibt es dann eben auch die Möglichkeit, dass sich im Rahmen solcher geteilter Transplantationsbeauftragtenstellen eventuell gegenseitig vertreten wird und dadurch bei einer Organspende möglichst in jedem Fall ein qualifizierter Transplantationsbeauftragter zur Verfügung steht.

Daher würden wir die Möglichkeit des einen Transplantationsbeauftragten für mehrere Kliniken grundsätzlich begrüßen – auch unter dem Aspekt gesehen, dass in dem Gesetzentwurf ja der Ansatz verfolgt wird, das nicht ausufern zu lassen. Die physikalische Präsenz des Transplantationsbeauftragten vor Ort ist durch diese 30-Minuten-Regel einhaltbar.

Die nächste Frage lautete, ob es Sinn mache, möglichst Transplantationsbeauftragte einzusetzen, die eine Erfahrung auf dem Feld der Transplantationsmedizin hätten. Oder habe ich das falsch verstanden?

(Christina Weng [SPD]: Kommunikativ miteinander verbunden, also quasi an die Seite gestellt: einen mit Erfahrung und dann den Transplantationsbeauftragten, wenn es zum Beispiel um den Kontakt zu Angehörigen geht!)

– Ach so, es geht um die Frage, ob ein im Transplantationswesen erfahrener Transplantationsbeauftragter für das Angehörigengespräch zur Seite steht.

Grundsätzlich ist das natürlich hilfreich – auch vor dem Hintergrund, dass man den Angehörigen damit mehr Informationen vermitteln kann. Wir können dieses Angebot ja zumindest zum Teil dadurch erfüllen, dass wir als Koordinierungsstelle den Transplantationsbeauftragten anbieten, dass auch wir uns an den Gesprächen beteiligen und entsprechende Erfahrungen mitbringen. Die Idee befürworten wir also grundsätzlich. Bei der praktischen Umsetzung sehe ich allerdings Schwierigkeiten – abgesehen von der Möglichkeit, den Koordinator der DSO dem Gespräch hinzuzufügen. Das funktioniert in der Praxis natürlich schon. Beispielsweise jeweils jemanden aus einem Transplantationszentrum hinzuzunehmen, halte ich aber für organisatorisch schwierig.

Im Einzelfall muss man das sicherlich auch unter dem Aspekt sehen, dass man natürlich auch keinen Druck im Sinne davon, dass da jemand all die leidenden Menschen sieht, vermeiden, um eine freie Entscheidung möglich zu machen. Ich hoffe, damit ist die Frage hinreichend beantwortet.

Zur fachlichen Qualifikation, also der ärztlichen bzw. der von Pflegefachkräften. Da sind wir als DSO grundsätzlich der Meinung, dass es eine sinnvolle Grundanforderung ist, entsprechende Fachkrankenpfleger oder -ärzte zu fordern und als Mindestvoraussetzung einzuführen, wobei man sagen muss, dass es Situationen gibt ... In der praktischen Umsetzung haben wir im Moment tatsächlich auch Mitarbeiter in diesem Bereich in Kliniken, gerade in Universitätskliniken, die diese formale Qualifikation nicht erfüllen, diese Tätigkeit aber de facto sehr gut ausführen. Insofern ist diese strikte Vorgabe „Fachkrankenpflege Intensivpflege“ oder der ärztlichen Qualifikation in diesen Einzelfällen vielleicht auch kritisch zu betrachten. Vom Grundsatz her ist aber die Mindestqualifikation aus meiner Sicht richtig angesetzt, wobei man über Ausnahmen sprechen können müsste bzw. sollte.

In Bezug auf das Finden neuer Transplantationsbeauftragter mit dieser Mindestqualifikation sollten wir uns aus meiner Sicht – natürlich ist es grundsätzlich immer ein Problem, Fachkräfte für bestimmte Aufgaben zu finden und vielleicht auch, sie für diese Aufgabe zu motivieren und zu qualifizieren – die Mühe machen, zu versuchen, das umzusetzen und nicht schon vor der Schwierigkeit der Rekrutierung zu kapitulieren.

Zur Frage, ob dieses Gesetz per se eine Verbesserung gegenüber der jetzigen Situation darstellt. Ich glaube, man kann das schon so postulieren – vor allem vor allem in Anbetracht des Aspekts, dass die Qualifikation und die Aus- und Weiterbildung der Transplantationsbeauftragten mit diesem Dreijahreszeitraum und dem Auffrischen der Qualifikation klar definiert ist und entsprechende Qualitätsstandards gesetzt werden. Das ist aus meiner Sicht ein wesentlicher Punkt, den man unter dem Aspekt „Verbesserung zur vorherigen Situation“ klar befürworten kann.

Zur Frage nach der spezifischen Ausbildung für transplantationsbeauftragte Pflegekräfte. Wen würden wir da seitens der Pflege ansprechen? Ich muss Ihnen gestehen, dass ich Ihnen darauf ad hoc keine wirklich gute Antwort liefern kann. Wenn es eine Pflegekammer gäbe, wären das natürlich die idealen Ansprechpartner. Ansonsten muss ich in Bezug auf diesen Punkt passen.

Prof.'in Dr. Susanne Schwalen (Ärztchammer Nordrhein): Sehr geehrte Frau Gerhard! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen.

Ich komme zur ersten Frage. Sie lautete, ob es ausreichend sei, dass innerhalb von drei Jahren das Curriculum nachgewiesen werden könne. Ich denke, das muss man noch mal korrigieren. Es ist ja definitiv so, dass nachgewiesen werden muss, dass innerhalb von einem Jahr das erste Curriculum begonnen wurde. Das macht auch insofern Sinn, als dass man da eine gewisse Zeitspanne vorgibt. Diese Curricula werden ja nicht immer fortlaufend angeboten. Hier in Nordrhein-Westfalen werden sie jährlich

abwechselnd von der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Nordrhein angeboten. Insofern macht dieser Zeitraum von 12 Monaten Sinn.

Zweitens muss dann ja alle drei Jahre eine Auffrischungsschulung gemacht werden. Die erste Schulung geht nach dem Curriculum der Bundesärztekammer und umfasst 40 Unterrichtseinheiten. Bei der zweiten Schulung umfasst die Schulung 8 Unterrichtseinheiten. Sie ist schon vor zwei oder drei Jahren definiert und auch angeboten worden.

Die zweite Frage lautete: Ist es eine gute Idee, Transplantationsbeauftragte über mehrere Kliniken hinweg zu ermöglichen? Diesbezüglich ist ja definiert worden, dass diese innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein müssen. Sie dürfen also nicht ganz weit auseinanderliegen.

Ich denke, dass das eine sehr gute Idee ist. In den Gesprächen mit den Transplantationsbeauftragten habe ich persönlich nämlich gelernt, dass es sozusagen schon auch sehr viel Erfahrung bedeutet, die Fälle vorausschauend zu definieren. Je mehr Erfahrung ein Transplantationsbeauftragter für das Anschauen der Fälle hat, desto sicherer wird er. Ich sehe da also tatsächlich – wenn man zwei oder drei kleine Krankenhäuser hat – sogar die Möglichkeit des Qualitätssprungs. Das würde ich also sehr befürworten.

Eine Peer-to-peer-Beratung ist sicherlich sozusagen einerseits immer gut. Genau wie Herr Brandtner sehe ich es andererseits aber auch so, dass es da möglicherweise organisatorische Probleme gibt. Diese Peer-to-peer-Beratung könnte man vielleicht fakultativ anbieten.

Außerdem wurde danach gefragt, welche Auswirkungen wir hinsichtlich der neuen Vorgaben sähen. Ich sehe es so, dass diese Vorgaben erreichbar sind. Der Facharztstatus ist eben wünschenswert, und mindestens 12 Jahre Erfahrung im Bereich „Intensivmedizin“ sind aus meiner Sicht keine Hürde, die es ausgesprochen erschweren würde. Das Curriculum kann ja, wie gesagt, prospektiv angegangen werden.

Sehen wir durch die Änderungen eine Verbesserung? Das würde ich bejahen, weil jetzt ganz klar definiert ist, welche personellen Qualitätsstandards man voraussetzt und wie man in die verpflichtende Fortbildung hineinkommt.

Zur letzten Frage, also der, wie das Curriculum für die Pflegekräfte, die da ins Spiel kommen können, erstellt werden soll. Es hat da schon eine ganze Reihe von Gesprächen gegeben. Idealtypisch würde man da natürlich die Pflegekammer ins Boot holen. Es hat Gespräche darüber gegeben, ob nicht einfach die Pflege mit in das Curriculum „Transplantationsbeauftragter Arzt“ hineinkommt. Wir haben darüber sehr viel diskutiert und zum Schluss gesagt, dass das ob der Inhalte, die zum Teil ja Bestimmtes voraussetzen, was im Medizinstudium und in der Facharztqualifikation durch Ärzte erworben worden ist, keinen Sinn macht. Da müssen wir mit anderen Voraussetzungen arbeiten.

Zurzeit gibt es da mehrere Ideen. Eine ist, dass man ein Curriculum analog, aber auf der Basis der unterschiedlichen Qualifikationsvoraussetzungen schafft. Die Ärztekammer wäre da behilflich. Es sind aber auch Fachhochschulen für Pflege interessiert, auch eine Universitätsklinik hat da Gespräche geführt. Eine andere Überlegung ist – das wird sozusagen nicht von uns, sondern von Fachhochschulen getrieben –, dass

man das Ganze vielleicht so aufsetzt, dass das mit Credit Points für die Pflegekräfte verbunden ist, dass das auch eine gute Weiterqualifikation darstellt. Das ist im Moment im Fluss. Als Ärztekammer können wir das natürlich nicht wirklich vorantreiben, aber wir begleiten das sehr gerne.

Dr. Thomas Kirschning (Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum): Sehr geehrte Frau Gebhard! Sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses! Zunächst vielen Dank für die Einladung. Ich spreche hier so ein bisschen als Transplantationsbeauftragter eines großen Herztransplantationszentrums in Bad Oeynhausen. Vorher war ich in Baden-Württemberg am Uniklinikum Mannheim Transplantationsbeauftragter und Oberarzt auf der Intensivstation als Geschäftsleiter tätig.

Ich steige bei der ersten Frage, also der nach der Qualifikation innerhalb der ersten drei Jahre, ein. Sicherlich ist es mehr als sinnvoll, den Einstieg im ersten Jahr zu wählen und die Qualifikation dann innerhalb einer Spanne von drei Jahren zu komplettieren. Diese Möglichkeit zu haben ist gewiss realistisch. Der Einstieg im ersten Jahr ist aber sicherlich etwas, das gezwungenermaßen sein sollte, um in diesen Bereich einsteigen zu können.

Zu der zweiten Frage, ob ein Transplantationsbeauftragter für mehrere Kliniken zuständig sein können soll. Ich sehe es ebenfalls so, dass das sehr sinnvoll ist, und zwar weil so in kleineren Häusern, die sehr wenig Erfahrungen mit Organspenden haben – gerade in Häusern, die keine A-Häuser sind, keine große Neurochirurgie oder Neurologie haben, ist das ein seltener Fall – ,Expertise gewissermaßen gebündelt wird, wenn die Voraussetzung ist, dass aber auch alle anderen Krankenhäuser, die in diesem Verantwortungsbereich zuständig sind, Organspendeteams vor Ort haben. Das wäre aus meiner Sicht also auch aus dem Teamgedanken heraus etwas sehr Begrüßenswertes.

Zu den 30 Minuten. Einen Rufdienst gibt es für Transplantationsbeauftragte nicht. Das gilt auch für das eigene Klinikum. Auch nachts muss gewährleistet sein, dass das Thema, wenn der Transplantationsbeauftragte nicht in seinem originären Haus ist, weiter bearbeitet wird. Daher ist der Teamgedanke, dieses Amt auf mehrere Stellenanteile aufzuteilen, die Verantwortlichkeit aber bei einem zu belassen sicherlich sinnvoll.

Zur Peer-to-peer-Beratung. Auch da sehe ich es so, dass es sicherlich wünschenswert wäre. Die größeren Häuser mit Transplantationszentren können eher mal gewährleisten, dass Transplantierte involviert sind. Wobei es da aus meiner Sicht sinnvoller wäre, diese innerhalb der Curricula und der Schulungen – wie es bisher der Fall ist – einzubinden und da die Sicht der Transplantierten auch in Bezug auf Gesprächsführungen, Entscheidungen am Lebensende und Angehörigengespräche stark einzubinden. Vor Ort sehe ich es kritischer.

Zur Konkretisierung der Qualifikationen. Ich hätte den Zweifel, wenn wir unterschiedliche Curricula hätten – gerade deswegen, weil die multiprofessionelle Sichtweise von Pflege und Ärzten auf diese Thematik etwas sein muss, was gemeinsam geschultert wird. Es wäre schade, wenn Pflegenden und Ärzte am Ende unterschiedliche Curricula

hätten bzw. unterschiedliche Fortbildungen besuchen würden. Es müsste also auf jeden Fall eine gemeinsame Veranstaltung sein – gerade weil bei diesen Veranstaltungen und Schulungen der multiprofessionelle, interdisziplinäre Charakter gelebt und diskutiert wird. Wenn wir als Team auftreten – und die Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe –, sollte es aus meiner Sicht wünschenswert sein, dass es gemeinsam gelehrt und erfahren wird.

Zur Gewinnung neuer Transplantationsbeauftragter. Aus der Sicht heraus, wie ich zu der Thematik gekommen bin: über das Curriculum der Bundesärztekammer. Wenn das für alle, also nicht nur für die avisierten TXP, die bestellt werden sollen, offen wäre, wäre da sicherlich für viele ein Einstieg vorhanden, der garantiert, dass die Lust und das Herz für die Thematik „Organspende“ wirklich vorhanden ist. Wenn wir immer erst jemanden in den Häusern suchen, der diese Funktion möglicherweise wahrnehmen kann, und dann qualifizieren, haben wir eventuell auch eher mal Transplantationsbeauftragte, die für diese Aufgabe vorgesehen sind, aber nicht aus ihrem Inneren heraus etwas mit dieser Thematik anfangen können. Das Öffnen der Qualifikation für alle Interessierten wäre also sicherlich wünschenswert, aber hinsichtlich der Machbarkeit wahrscheinlich ... Das wäre jedenfalls etwas, was da ganz wichtig ist.

Zur Frage nach den Auswirkungen. Was würde sich ändern? Aus meiner Sicht ist wesentlich, dass die Aufgaben konkretisiert sind und die Freistellung sichergestellt ist. Damit haben die Transplantationsbeauftragten einen anderen Stellenwert und die Möglichkeit im Haus zu agieren, eigene Ideen zu entwickeln. Das ist es auch, was ich in den bisherigen TXP-Treffen mitbekomme: Durch die Freistellung und die Möglichkeit, eigene Ideen zu entwickeln, kann die Zahl der Organspenden erhöht werden.

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Brandtner. Es hat ja der DSO-Jahreskongress stattgefunden. Mindestens die Hälfte der Transplantationsbeauftragten soll ja an diesem Kongress teilgenommen haben. Das ist ja sehr erfreulich. In der Diskussion soll es auch um die Frage gegangen sein, ob die Freistellung in den Kliniken denn tatsächlich auch gelebt wird, obwohl es die Pflicht ja gibt. Das hängt ein bisschen mit der Zeit und den Ressourcen zusammen. Können Sie uns vielleicht etwas dazu sagen? Im Ärzteblatt stand ein Artikel, in dem es hieß, die Freistellung werde in den Kliniken nicht wirklich gelebt und man müsse die Klinikleitungen in die Pflicht nehmen. Vielleicht kann Herr Kirschning auch aus seiner Erfahrung berichten, inwieweit die Freistellung, die gesetzlich verpflichtend ist, gelebt wird.

Dr. Thomas Kirschning (Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum): Die großen Häuser, also auch die mit Transplantationszentren, haben erfahrungsgemäß immer schon sehr viele Freistellungsmöglichkeiten gehabt, auch ohne den Gesetzentwurf. Je seltener die Organspende in den Häusern wird, je weniger Intensiveinheiten vorhanden sind und je geringer damit der Stellenanteil ist, wird es sicherlich ein bisschen verwaschener.

Meiner Erfahrung nach ist das aber etwas, das der TXP einfordern muss und wobei er sich auch durchsetzen kann, sodass er den Zeitanteil, den er dafür benötigt, gemäß seines Kontingents bekommt.

Christian Brandtner (Deutsche Stiftung Organtransplantation): Vielen Dank für diese Frage. Das ist etwas, das uns tatsächlich ein bisschen umtreibt. Die Frage ist, ob die Transplantationsbeauftragten entsprechend ihrer gesetzlichen und refinanzierten Freistellung die Möglichkeit haben, als Transplantationsbeauftragte zu agieren. Sicherlich ist das keine pauschal leicht zu beantwortende Frage. Für die letzten anderthalb Jahr ist es angesichts der Gesamtlage auf den Intensivstationen etwas schwer beurteilbar, was nun Realität ist oder was vielleicht der aktuellen Situation geschuldet ist.

Wir beobachten, dass die offensichtliche Freistellung besser funktioniert je größer das Klinikum ist. Wenn man jemanden hat, der Vollzeit dafür freigestellt ist, dann macht er nichts anderes und ist nicht woanders involviert. Das geht gut. Wenn man aber natürlich ein kleineres Haus hat, wo eine kleine Freistellung mit 0,1 oder 0,2 Stellen aufgrund der geringeren Intensivbettenzahl vorliegt, ist die praktische Umsetzung einer solchen Freistellung etwas komplizierter, wenn man nicht sagen kann, er sei für einen bestimmten Zeitraum dafür tätig und in einem anderen Zeitraum nicht.

Was von den Transplantationsbeauftragten aber als Rückmeldung kommt, ist, dass durch die Finanzierung und Freistellung die Möglichkeit, sich auch zum Beispiel für Fort- und Weiterbildungen oder für das Curriculum die Zeit freizunehmen, deutlich besser funktioniert, weil sie jetzt den Rückhalt haben, gegenüber der Klinikleitung zu sagen, sie seien für einen gewissen Zeitraum aus dem Klinikalltag raus, weil sie nun eine Aufgabe erfüllten, wie beispielweise das Curriculum oder eine Tagung zu besuchen oder – das wird durch die Transplantationsbeauftragten teils vermehrt gemacht – Öffentlichkeitsarbeit zu machen im Sinne von regionaler Aufklärungsarbeit im eigenen Umfeld. Das funktioniert mit der Freistellung schon deutlich besser als es vorher der Fall war, als es eigentlich immer eine On-top-Tätigkeit war, die nie richtig mit einem Zeitanteil gesegnet war, sodass man sagen konnte, man sei nun für diese Tätigkeit wirklich zuständig.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich sehe keine weiteren Fragen. – Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen dafür, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben. Zu diesem Fachgespräch wird ein Wortprotokoll erstellt. Wenn dieses fertig ist, können Sie es einsehen und dann den weiteren Beratungsverlauf verfolgen.

(Der Ausschuss hat sich entgegen der ursprünglichen Tagesordnung entschieden, zunächst TOP 3 bis TOP 6 zu behandeln.)

(Wird heute nicht behandelt; s. „Vor Eintritt in die Tagesordnung“.)

3 Teilhabe von Menschen mit Behinderungen neu und innovativ gestalten – Inklusion in Nordrhein-Westfalen weiter voranbringen!

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/10632

Entschließungsantrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/10736

Ausschussprotokoll 17/1235

– abschließende Beratung und Abstimmung

4 Nach der Katastrophe ist vor der Katastrophe – Seelische Traumata und posttraumatische Belastungsstörungen der Flutopfer müssen schnellstmöglich behandelt werden!

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/14949

– abschließende Beratung und Abstimmung

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 08.09.2021)

Der Presse lasse sich entnehmen, dass in den Flutgebieten vor allem ehrenamtlich Hilfe – auch durch professionelle Helfer – geleistet werde, durch die eine der Flutkatastrophe folgende humanitäre Katastrophe etwa durch Traumata habe verhindert werden können, führt **Dr. Martin Vincentz (AfD)** aus. Mit dem Antrag werde gefordert, diese Hilfe zu institutionalisieren und mit einer Vergütung zu versehen, da etwa psychotherapeutische Angebote auf Dauer nicht ehrenamtlich geleistet werden könnten. Bisherige Einzelmaßnahmen reichten nicht aus.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der AfD-Fraktion ab.

5 Drittes Gesetz zur Änderung des Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetzes

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/15289

– abschließende Beratung und Abstimmung

In Verbindung mit:

Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Modellstudiengangsverordnung auf Grundlage des Dritten Gesetzes zur Änderung des Gesundheitsfachberufweiterentwicklungsgesetzes

Unterrichtung
durch den Präsidenten des Landtags
Drucksache 17/15493
Vorlage 17/5931

– abschließende Beratung und Abstimmung

(Überweisung des Gesetzentwurfs an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 06.10.2021)

(Zuleitung des Verordnungsentwurfs per Unterrichtung durch den Präsidenten an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 03.11.2021)

Der Ausschuss stimmt dem Gesetzentwurf mit den Stimmen aller Fraktionen zu.

Der Ausschuss stellt fest, dass er zu dem Verordnungsentwurf angehört wurde.

6 Gesetz zur Neuregelung des Landesreisekostenrechts sowie zur Anpassung einer beihilferechtlichen Regelung im Landesbeamtengesetz

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/14306

Schriftliche Anhörung
des Haushalts- und Finanzausschusses
Stellungnahme 17/4410
Stellungnahme 17/4411
Stellungnahme 17/4412
Stellungnahme 17/4144
Stellungnahme 17/4462
Stellungnahme 17/4463

Änderungsantrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/15616

Änderungsantrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/15651

- abschließende Beratung und Abstimmung
- Votum an den federführenden Ausschuss

(Überweisung des Gesetzentwurfs an den Haushalts- und Finanzausschuss – federführend –, an den Unterausschuss Personal des Haushalts- und Finanzausschusses, an den Innenausschuss sowie an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 30.06.2021)

Vorsitzende Heike Gebhard schlägt vor, wegen der kurzfristig zugegangenen Änderungsanträge kein Votum abzugeben und die Befassung mit dem Gesetzentwurf abzuschließen.

Laut **Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE)** kann so verfahren werden. Er unterstreiche jedoch noch einmal, dass sich im Rahmen der umfangreichen Anhörung im Wesentlichen mit den rund 20.000 unbesetzten Stellen in der Landesverwaltung beschäftigt worden sei. Die zu Beginn der Legislaturperiode angekündigte Attraktivitätsoffensive sei ausgeblieben, nun würden in den nächsten Jahren, weil die Ausbildung von Nachwuchs Zeit in Anspruch nehme, Fachkräfte nicht zur Verfügung stehen. Dies halte er für ein großes Versäumnis, das alle Ressorts betreffe und bei dem es nicht um Parteipolitik gehe.

Der Ausschuss kommt überein, kein Votum abzugeben und seine Befassung mit dem Antrag abzuschließen.

(Der Ausschuss hat sich entgegen der ursprünglichen Tagesordnung darauf verständigt, TOP 2 in Verbindung mit TOP 21 zu behandeln.)

2 Bericht der Landesregierung zum aktuellen Stand zur Ausbreitung des Coronavirus und in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen

In Verbindung mit:

21 Was tut die Landesregierung um die Teststruktur in NRW aufrechtzuerhalten? (Bericht beantragt von der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 2])

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5997

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, dass wir heute Morgen im Plenum schon die politische Auseinandersetzung mit dem Thema hatten. Deswegen will ich dazu nichts sagen.

Mein Bericht soll sich jetzt im Wesentlichen mit der Faktenlage, die wir heute haben, beschäftigen. Frau Sennewald wird anschließend ausführlich darstellen, wie wir uns den konkreten Aufbau einer Impfstruktur vorstellen, die die anstehenden Impfungen, die wir vor der Brust haben, abarbeitet.

Sie alle kennen die Infektionslage; sie hat heute Morgen ja ebenfalls schon eine Rolle gespielt. Wir haben Stand heute 60.400 infizierte Menschen in unserem Land. Das ist eine Wocheninzidenz von 183. Der Bund liegt bei 319. Wir sind also immer noch sehr, sehr weiter unter dem Bundesschnitt – Gott sei Dank.

Die Reproduktionszahl liegt zurzeit bei 1,03. Das ist ein Wert, der darauf hindeuten könnte, dass wir in den nächsten Tagen keine ganz großen Sprünge zu erwarten haben.

Wir haben noch zwischen 6.000 und 8.000 Erstimpfungen am Tag. Im Faktenblatt steht auch jeweils der Wochendurchschnitt. In der letzten Woche lag der Durchschnitt bei den Erstimpfungen bei knapp 6.000.

Bei den Auffrischungsimpfungen liegen wir zurzeit bei etwa 35.000 Impfungen, die wir pro Tag mit dem System, das wir jetzt haben, hinbekommen. Dabei darf man eines nicht vergessen, nämlich dass wir immer noch – das ändert sich bald – die Situation haben, dass alle Arztpraxen ihren Impfstoffbedarf zwei Wochen vorher anmelden müssen, weil der Bund die Praxen über das Regelsystem der Apotheken nur alle zwei Wochen beliefert. Das wird jetzt auf eine Woche verkürzt. Das ist in der GMK so beschlossen worden, damit wir ein bisschen mehr Flexibilität hineinbekommen. Man muss aber immer daran denken, dass ja auch der Impfstoff mit Fahrzeugen, die eine Kühlung von – 80 °C haben, in die Regionen gebracht werden muss. Dadurch bekommen wir dann aber mehr Flexibilität.

In der letzten Woche haben wir noch einmal in erheblichem Umfang über das Unternehmen Kühne + Nagel Impfstoff in die kommunalen Strukturen bringen lassen, so dass die über eigene Impfstoffvorräte für ihre Strukturen verfügen.

Bei den Testen sind wir mittlerweile wieder bei den sogenannten Bürgertestungen. Am Montag waren es 168.000 Testungen in unserem Land. Nachdem diese Testungen jetzt wieder für alle Menschen kostenlos angeboten werden, geht die Anzahl natürlich wieder sehr stark nach oben. Die Positivquote liegt bei 1,59. Das ist, wenn man das im Vergleich über eine lange Zeit sieht, eine relativ hohe Positivquote.

Die Situation in den Krankenhäusern ist so, dass wir zurzeit gut 2.000 Leute wegen COVID in unseren Krankenhäusern liegen haben, davon 496 auf Intensivstationen und davon 306 in der Beatmung. Das sind die Zahlen, die, glaube ich, der sensible Punkt in der Versorgungsstruktur sind. Wir sind bei einer Hospitalisierungsinzidenz von 4. In den Fachabteilungen haben wir mal festgelegt, dass wir, wenn wir bei 7 wären, in einer doch schwierigen Situation wären. – Das waren die reinen Zahlen.

Ich bitte nun Frau Sennewald, einmal darzustellen, was wir jetzt alles veranlasst haben, um die Teststruktur nach oben zu bringen. Im Grunde sind es ja zwei Säulen, über die wir zurzeit reden: einmal die Säule des Regelsystems, also der niedergelassenen Arztpraxen, und einmal die Säule, die wir über die kommunale Struktur aufbauen müssen. Wir wissen ja auch, wie vielen Menschen wir vor einem halben Jahr Zweitimpfungen gegeben haben. Das ist ja auch in etwa die Zahl, die wir erreichen müssen – zumindest erst einmal in dem Angebot für die sogenannten Drittimpfungen oder Auffrischungsimpfungen jetzt.

MR'in Cornelia Sennewald (MAGS): Ich möchte kurz den Zeitablauf darstellen, in dem wir in den letzten 14 Tagen gearbeitet haben.

Am 1. November haben wir erfahren, dass es notwendig ist, dass die gesamte Bevölkerung geboostert wird. Die GMK hat das Ganze drei Tage später beschlossen. Parallel haben wir sofort angefangen, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den kommunalen Spitzenverbänden in der ersten Novemberwoche Gespräche zu führen, um die Strukturen hochzufahren, um eine Boosterung der gesamten Bevölkerung hinzubekommen.

Wir haben per Erlass am 9. November die Kommunen aufgefordert, die Strukturen hochzufahren, die Möglichkeiten zu schaffen, sowohl stationäre als auch temporäre Impfstellen auszubauen, und dafür die Ärztezahl mehr als verdoppelt. Vorher gab es die Möglichkeit, für die Koordinierenden Covid-Impfeinheiten täglich 180 Ärzte einzusetzen. Wir haben das auf 400 Ärzte erhöht.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben parallel in mehreren Briefen an die Ärzteschaft und auch in entsprechenden regionalen Gesprächen diese aufgefordert, auch in den Arztpraxen das Impftempo deutlich zu erhöhen. Wir haben in dieser Woche auch schon einen allerersten Erfolg gesehen. Der Minister hat es dargestellt. In der letzten Woche haben wir die Imp fzahlen fast verdoppelt. Uns allen ist aber natürlich klar, dass diese Imp fzahlen, die wir jetzt verdoppelt haben, noch nicht ausreichen; denn wir schieben dadurch, dass wir jetzt die gesamte Bevölkerung boostern müssen,

eine Bugwelle an Personen vor uns her, die vor sechs Monaten und länger zweigepimpft worden sind. Das sind ungefähr 1,9 Millionen Menschen. Rechnerisch haben wir heute knapp 1 Million Menschen geimpft. Fast die Hälfte schieben wir also als Bugwelle vor uns her. Daher müssen wir das Impftempo natürlich noch deutlich erhöhen und die Strukturen entsprechend noch weiter ausbauen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen gehen davon aus, dass sie ab nächster Woche die Impfungen auf wöchentlich fast 600.000 erhöhen können. Wir gehen davon aus, dass wir das Impftempo in den Impfstellen peu à peu – nicht ab nächster Woche, aber in den nächsten zwei Wochen – auf 250.000 Impfungen erhöhen können. Wenn wir es schaffen, dass wir zusammen – die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Koordinierenden Covid-Impfeinheiten – auf 850.000 Impfungen wöchentlich kommen, werden wir diese Bugwelle im Laufe des Dezembers abgebaut haben. Im Dezember und im Januar werden wir allen in NRW, die eine Boosterung benötigen und haben möchten, diese anbieten können.

Dafür haben wir jetzt noch weitere Maßnahmen ergriffen. Wie gesagt, fahren die Arztpraxen noch weiter hoch. Wir haben den Koordinierenden Covid-Impfeinheiten nicht nur diese 400 Ärzte täglich zur Verfügung gestellt, sondern heute mit ihnen auch vereinbart, dass sie weiteres ärztliches Personal, das regional zur Verfügung steht, selbstständig einstellen können. Wir haben ihnen die Möglichkeit eröffnet, auch Dritte auf Kosten des Landes und des Bundes mit den Impfungen zu beauftragen. Diese Ideen werden in einigen Kommunen auch schon umgesetzt, zum Beispiel indem Testzentren, die unter Leitung von Ärzten stehen, nicht nur testen, sondern auch Impfangebote machen.

Wir haben auch die Möglichkeit geschaffen, dass Hilfsorganisationen mit Impfungen beauftragt werden können, und sind in Gesprächen mit der Krankenhausgesellschaft, ob von dort auch Unterstützung in Form des Ausleihens von Impfteams an die Koordinierenden Covid-Impfeinheiten geschehen kann. Die Krankenhausgesellschaft prüft dies gerade.

Um das Ganze auch in Bezug auf die Impfstoffe abzusichern, haben wir, wie der Minister schon gesagt hat, in der letzten Woche beim Bund noch einmal Impfstoff abgeholt, nämlich fast 300.000 Impfdosen, und diesen an die Kommunen verteilt.

Parallel arbeiten wir jetzt mit einem Monitoring, damit wir sehen können, ob die Zahl der Impfungen, die ich genannt habe, vor Ort auch tatsächlich geschafft wird, sodass wir gegebenenfalls regional nachsteuern können.

Darüber hinaus haben wir mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kommunen vereinbart, dass wir ab dem 1. Advent freitags und samstags ein Adventsimpfen in den Arztpraxen und den Koordinierenden Covid-Impfeinheiten anbieten, sodass wir dort noch ergänzende Impfangebote für alle Bürger haben werden.

Außerdem muss man noch darauf hinweisen, dass das BMG über die Impfverordnung die Impfgebühren angepasst hat. Die Ärzte werden zukünftig pro Impfung statt 20 Euro 28 Euro bekommen und am Wochenende einen Zuschlag von weiteren 8 Euro, sodass am Wochenende 36 Euro bezahlt werden. Wir setzen schon eine große Hoffnung da

hinein, dass diese Erhöhung der Impfgeldern dazu führen wird, dass Arztpraxen jetzt vermehrt auch noch am Wochenende Impfungen anbieten werden.

Unser Ziel ist, dass wir im Dezember und im Januar allen, die möchten, eine Boostierung anbieten können. Wir hoffen, dass mit den Maßnahmen, die wir jetzt ergriffen haben und die von Kommunen, den KVen und in den Arztpraxen umgesetzt werden, der Bevölkerung ein ausreichendes Impfangebot zur Verfügung stellen können.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende! Werte Kolleginnen und Kollegen! Ganz herzlichen Dank an den Minister für den doch sehr raschen Bericht – das muss man sagen; wir haben ja erst kurzfristig angefragt – sowie für die Zahlen, die auf den Tisch gelegt worden sind, und den, wie ich finde, sehr sachlichen und etwas Mut machenden, wie ich auch klar sagen will, Bericht. Ich habe nämlich den Eindruck, dass das Ministerium, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sehr wohl wissen, was den Ernst der Lage ausmacht, und dass das hier auch umgesetzt wird. Das will ich an der Stelle sagen und auch ganz herzlichen Dank von unserer Fraktion an all diejenigen richten, die da mitarbeiten. Ich bitte bei den kritischen Sachen, die ich gleich sagen werde, zur Kenntnis zu nehmen, dass Sie nicht ausbaden müssen, was an anderer Stelle politisch falsch oder nicht rechtzeitig entschieden worden ist. Darauf lege ich großen Wert. Ich möchte mich herzlich dafür bedanken, dass Sie sich da so ins Zeug legen. – Das vorweggeschickt.

Nun möchte ich schon sagen, dass Sie in der Chronologie im Prinzip deutlich gemacht haben, dass erst am 1. November der Startschuss gefallen ist und er bis dahin eben nicht gefallen ist. Politisch heißt das für mich sehr deutlich, dass bis zum 1. November weder der Bundesgesundheitsminister noch der Landesgesundheitsminister der Auffassung war, dass da Handlungsbedarf besteht. Das sage ich vor dem Hintergrund, dass wir ab Juni entsprechende Abfragen hier gemacht haben. Nun kann man sagen, im Juni sei alles noch ein bisschen bunter gewesen. Was aber definitiv erkennbar war, ist, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse sehr deutlich gemacht hatten, dass ein Boostern irgendwann erforderlich sein wird. Man kann sich noch streiten, ob wir schon nach 4 oder nach 6 Monaten anfangen. Dass es gemacht werden muss, ist aber unstrittig. Insofern denke ich, dass es nicht vermessen ist, dass wir in unserer Pressemitteilung behauptet haben, dass wir zwei Monate verloren haben. – Erste Bemerkung.

Zweite Bemerkung. Ich finde es sehr gut, dass Sie sehr breit gucken, dass jede helfende Hand – zumindest ist das mein Eindruck – entgegengenommen wird. Deswegen die Frage: Was ist mit Apotheken oder anderen Fakultäten, bei denen es denkbar wäre, dass sie dort mit einsteigen? Vielleicht können Sie das mit beantworten.

Ich werde auch immer wieder von der Pflege angefragt, ob man nicht ... Sie hatten Pflgeteams aus Krankenhäusern angesprochen. Mein Eindruck ist, dass es fachlich vertretbar wäre und ausreichen würde, in größeren Einheiten wie in den Impfzentren oder vergleichbaren Zentren ein oder zwei Ärztinnen mit Notfallkompetenz in diesen Hallen zu haben und Pflegekräfte, MTA oder andere, die durchaus befugt sind, Impfungen vorzunehmen, diese Impfungen durchführen zu lassen.

Geärgert habe ich mich – das sage ich sehr deutlich – über Rückmeldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Vor ungefähr zwei Wochen hatten wir die Rückmeldung gegeben, dass wir nicht der Auffassung sind, dass das Impftempo, das im Moment vorgelegt wird, ausreichen wird, um die Boosterimpfung hinzubekommen. Ich glaube, das hat viel mit Ständesdünkel zu tun. Sie haben die Zahlen jetzt auf den Tisch gelegt. Das sind nicht meine Zahlen; das sind Ihre Zahlen, und das sind auch die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen bedeuten – sie sind hier ja auch dokumentiert –, dass wir in den ersten Wochen rund 50.000 bis 60.000 Boosterimpfungen im kassenärztlichen Bereich hatten; in der zweiten Woche 80.000. Ich habe Ihre Zahlen für den aktuellen Moment, die der Minister genannt hat, mal hochgerechnet: Wenn wir das Tempo beibehielten, wären wir bei 428 Tagen. Wenn wir allerdings auf das Tempo kommen, das Sie durch die entsprechenden Ergänzungsmaßnahmen anpeilen, hoffe ich sehr, dass wir da einen Schritt vorankommen. Das ist insofern von besonderer Bedeutung, als dass jeder Tag zählen kann.

Ich bin weit davon entfernt, Panik schüren zu wollen. Man kann sicherlich auch mit Abstand halten und verschiedenen anderen Maßnahmen weiterkommen, muss es dann aber auch tun. Bis letzte Woche hieß es in Nordrhein-Westfalen, es sei weder 2G erforderlich, noch hätten wir ansonsten Probleme. – Soweit an der Stelle.

Eine Frage noch. Herr Minister, ich will die Debatte von heute Morgen beileibe nicht wiederholen, aber zwei Dinge gehen nicht, nämlich falsche Behauptungen größter Art im Raum stehen zu lassen. Das Golfen am Wochenende interessiert mich nicht, Herr Minister. Mit dem, was Sie da gesagt haben, kann sich die SPD herumschlagen.

Mich interessieren zwei andere Aspekte. Der stellvertretende Ministerpräsident hat heute in einem Interview gegenüber dem Westdeutschen Rundfunk mindestens zwei – aus meiner Sicht waren vier enthalten – Ungeheuerlichkeiten vorgetragen, die aus meiner Sicht klargestellt werden müssen.

Die erste Ungeheuerlichkeit ist, dass er dem wissenschaftlichen Leiter des Intensivregisters von Nordrhein-Westfalen, Herr Karagiannidis, vorgeworfen hat, das Intensivregister sei daran schuld, dass die Plätze in der Intensivmedizin – im Wesentlichen die Pflegekräfte – zurückgegangen seien. Das ist sozusagen eine Opfer-Täter-Umkehrung. Ich will mich da gar nicht rausreden. Jede Partei hat möglicherweise ihre Verantwortung dafür, dass die Situation in der Pflege und in der Medizin so aussieht, wie sie jetzt aussieht. Ausgerechnet die Pflegekräfte und die Medizinerinnen und Mediziner auf den Intensivstationen dafür verantwortlich zu machen, dass die Anzahl der Plätze zurückgegangen ist, ist ungeheuerlich. Er hat es in dieser Plenarsitzung noch einmal wiederholt. Ich kann nur sagen: Das kann nicht die Meinung der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen zu diesem Thema sein.

(Beifall von Josef Neumann [SPD])

Zweite Bemerkung in dem Zusammenhang; in Bezug auf das RKI. Allein die Zulassung des Impfstoffs beruhte auf Prognosen, Erkenntnissen und Studien der Herstellerinnen und Hersteller, die besagten, man gehe von einer Wirksamkeit von 90 %, im besten Fall von 95 % aus. Allein daran kann man ja schon, ohne studiert oder eine höhere Schule besucht zu haben, feststellen, dass ein Teil nicht erreicht wird, und zwar schon

bei der Erstimmunisierung. Das heißt: Schon bei der Erstimmunisierung kann es zu Ansteckungen kommen – unabhängig von der Frage, ob geimpfte Personen ansteckend sind oder nicht. Insofern ist es auch eine Ungeheuerlichkeit schon aus sich heraus, diese Feststellung zu machen, das RKI habe dort keine gute Rolle gespielt.

Natürlich ist das RKI weder heilig noch göttlich noch unfehlbar und hat auch ... Zum Beispiel haben ja auch wir hier durchaus über den Impfstoff von AstraZeneca diskutiert und andere Einschätzungen gehabt. Klar ist aber, dass das RKI und unsere staatlichen Institutionen in dieser schwierigen Situation eine sehr schwierige Rolle haben und uns immer unterstützt haben, obwohl auch die Landesregierungen, an denen Grüne beteiligt sind, nicht immer ihrem Rat gefolgt sind. Trotzdem wurde immer wieder versucht, Beratungen zu machen. Deswegen kann ich nur sagen: Auch das ist aus unserer Sicht ein absolut ungeheuerlicher Vorgang, der eine Klarstellung des Ministerpräsidenten oder vielleicht des Gesundheitsministers – so würde ich es mir wünschen – erfordert.

Zurück zu den Aspekten, die vielleicht noch kurzfristig zu beantworten sind. Wie gesagt, bedanke ich mich herzlich für die Beantwortung der auf die Impfungen bezogenen Fragen.

Wenn Sie die Fachfragen noch beantworten könnten.

Eine zweite Frage haben wir noch aus der letzten Woche. Der Minister hatte ja zu den Möglichkeiten, abzufragen, wer von den Beschäftigten geimpft ist und wer nicht, vortragen. Wenn Sie den Sachverhalt noch einmal darstellen könnten? Er ist ja insofern wichtig, als dass sich zunehmend die Frage stellt, ob ungeimpftes Personal gerade im Bereich der Krankenhäuser, der Pflegeheime und in anderen Bereichen zumindest aus den sensiblen Bereichen – in Führungszeilen – abgezogen und anderen Bereichen zugeteilt werden kann. Auf welche Berufsgruppen verteilt sich das? Sind das nur die Krankenhäuser? Welcher Bereich ist gemeint? Ist das auch im Niedergelassenen-Bereich einschlägig? Ist das vielleicht auch bei den Therapeutinnen und Therapeuten einschlägig? Wenn Sie das heute nicht beantworten können, habe ich absolutes Verständnis dafür und wäre dankbar, wenn Sie das nachreichen könnten.

Josef Neumann (SPD): Herr Minister und Frau Sennewald, vielen Dank für den Bericht. – Wenn ich mir vor Augen führe, was Sie hier noch vor kurzer Zeit erzählt haben, wie toll die Lage in Nordrhein-Westfalen doch sei, kann ich nur sagen: Spätestens mit diesen Aussagen ist das Kartenhaus ziemlich zusammengebrochen. – Ich muss sagen, dass das ja fast schon ein Offenbarungseid ist in Bezug auf das, was hier in den letzten zwei bis vier Wochen kommuniziert wurde. Seit Ende September hören wir: Die Lage ist super, wir haben alles im Griff, alles ist toll.

Jeder, der in der letzten Sitzung bei den Aussagen zu den Impfungen in den Praxen hochgerechnet hat, konnte auf die Zahl vier Impfungen pro Praxis kommen. Jetzt haben wir natürlich ein bisschen mehr und liegen da jetzt bei zehn pro Praxis. Liebe Leute, es war aber klar, dass das nicht ausreichen wird.

Ich kann nur wiederholen, was schon seit Wochen gesagt wird: Es war ein Fehler, die Impfzentren zu schließen, die Sie jetzt mit Erlass vom 9. November wieder aufgefordert haben, irgendeine Struktur neu zu schaffen. Das hätte man sich sicher sparen

können. Diese Strukturen lagen vor, man hätte sie unverzüglich haben können. Einige Städte haben es ja auch so gemacht. Die Impfzentren sind nämlich einer der Schlüssel dafür, dass es funktioniert.

Das Kritische, was Kollege Mostofizadeh zu den Aussagen der KVen gesagt hat, will ich nicht wiederholen. Wenn man als Abgeordnete dann noch einen Brief der KVen bekommt mit dem Hinweis, sie könnten es uns gerne erklären, wenn wir es nicht verstehen, kann ich das erst recht nicht verstehen. Wir sind zwar keine Mathematiker, aber das Einmaleins beherrschen wir wohl durchaus.

Insofern ist die Lage, wie sie ist. Man muss aber einfach feststellen, dass sie nicht so ist, wie Sie, Herr Minister, sie wochenlang geschildert haben. Die Lage ist dramatisch, und Sie hatten sie nicht im Griff und haben ständig erklärt, alles laufe, sei im Griff und funktioniere. Wir stellen fest, dass dies nicht der Fall ist.

Dass die Booster kommen würden, war eigentlich so klar wie das Amen in der Kirche. Jedem, der sich damit beschäftigt hat, muss das klar gewesen sein. Und jedem war klar, dass wir Strukturen werden haben müssen, um das Ganze vernünftig zu erledigen und auf den Weg zu bringen. Das wird nur gelingen, wenn Impfzentren und nicht nur Ärzte und Krankenhäuser, sondern auch viele andere in dem System mitmachen. Dann würden wir relativ schnell zu einer Schlagzahl kommen, die ausreicht, diese Pandemie im Griff zu behalten.

Ich habe noch zwei Nachfragen.

In der letzten AGS-Sitzung wurde ja schon über die guten Quoten, die wir im Bereich der Altenpflege haben, gesprochen. Ich weiß nicht, ob Frau Sennewald oder jemand anderes sagen kann, wie hoch die Boosterimpfungsquote in den Einrichtungen der Altenpflege aktuell ist.

Der zweite Aspekt. Wie sieht es aktuell mit der Umsetzung bei anderen Gruppen, etwa in der Eingliederungshilfe, aus? Wie sieht es in den Heimen der Eingliederungshilfe aus? Wie sieht es in den Werkstätten der Eingliederungshilfe aus? Da interessiert mich auch, mit welchem Impfstoff die dritte Impfung dort durchgeführt wird. Ist es nach wie vor Moderna, wie es bei den Erst- und Zweitimpfungen ja teilweise der Fall war? Oder ist es zwischenzeitlich auch so, dass in diesem Bereich wesentlich mehr Impfstoff von BioNTech eingesetzt wird?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch von meiner Seite zunächst ein Dank für den Bericht. – Bevor die Kritik an dem System der Niedergelassenen allzu groß wird: Teil der Wahrheit ist ja auch, dass es sich bei diesen Impfungen nicht um eine Tetanus- oder die normale Gripeschutzimpfung handelt. Wir haben ja durchaus sehr gute und etablierte Impfstraßen in Deutschland, die mit den Gripeschutzimpfungen, Impfungen vor Reisen etc. in jedem Jahr gut klargekommen sind. Das sind nun einmal unsere Praxen. Teil der Wahrheit ist aber ja, dass es rund um die aktuellen Impfungen auch einen extremen Papierkrieg und eine unfassbare Bürokratie gibt. Das wäre aus meiner Sicht auch eine Aufgabe, um es den niedergelassenen Kollegen viel einfacher zu machen. Wenn man sich dem annähme, würde das sicherlich mit diesen Impfungen auch

leichter klappen – vergleichbar mit den Gripeschutzimpfungen, die ja jedes Jahr vorgenommen werden.

Ich habe einige Fragen an das Ministerium.

Gelernt aus der Vergangenheit habe ich ja jetzt, dass, wenn man ein Impfangebot bekommt, es wie in diesen US-amerikanischen Filmen über italienische Berufsgruppen ist und es ein Angebot ist, das man besser annehmen sollte – zumindest, wenn man zu der Personengruppe gehört, die sich gerne noch irgendwie auf die Straße begeben möchte oder am öffentlichen Leben teilnehmen will.

Daher meine Frage, da es jetzt ja auch gute Studien unter anderem aus Schweden dazu gibt, dass der Impfschutz beispielsweise bei dem AstraZeneca-Impfstoff sehr früh, schon nach wenigen Wochen, nachlässt. Bisher gilt jemand als geimpft zwei Wochen, nachdem er seine zweite Impfung mit dem Impfstoff von Moderna, AstraZeneca oder wem auch immer bekommen hat. Hält dieses Label „geimpft“ denn weiterhin an oder ist geplant, den Leuten den Zugang, den Sie ja jetzt in den 2G-Regelungen daran geknüpft haben, wieder zu entziehen und unter Bedingungen – zum Beispiel eine Booster-Impfung – zu stellen?

Heute Morgen hatte ich ja ausgeführt, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass die Zoonose, das aktuelle Coronavirus, jetzt über den Winter verschwinden wird – ähnlich wie bei der Grippe –, sodass wir uns wahrscheinlich längerfristig mit der Idee auseinandersetzen müssen – ich weiß, dass die Politik aktuell eher von Tag zu Tag, von Woche zu Woche plant –, wie es mit dem Coronavirus weitergehen soll. Was ist da vorgesehen? Welche Booster-Intervalle gibt es? Muss man jetzt einplanen, sich jedes halbe Jahr boostern zu lassen, um weiter am öffentlichen Leben teilnehmen zu können? Mich interessiert die diesbezügliche Planung.

Ein dritter Aspekt. In den vergangenen Wellen hat man von der Inzidenz einigermaßen grob auf die Hospitalisierungsquote schauen können. Man hat immer gesagt: Wenn die Inzidenz ansteigt, schlägt sich das rund zwei Wochen später bei der Hospitalisierung nieder. Das ist jetzt aufgrund verschiedener Faktoren bei dieser Welle ja durchaus ein bisschen schwieriger. Einer der entscheidenden Faktoren ist ja, dass wir das Testregime mal wieder völlig über den Haufen geworfen haben, und die alten Inzidenzen dementsprechend kaum mit den aktuellen vergleichen können. Aktuell testen wir außerdem besonders viel an gewissen Stellen, beispielsweise in Schulen. Diese Inzidenzen führen aber nicht dazu, dass wir anschließend eine hohe Hospitalisierungsrate haben, da Kinder bekannterweise sehr selten schwer an dem aktuellen Coronavirus erkranken.

Meine Frage lautet – ich habe sie in diesem Jahr schon häufiger gestellt –, ob ähnlich, wie es in Großbritannien der Fall ist, geplant ist, sich eine Teststrategie zu überlegen, um stichprobenartig, randomisiert und kontrolliert eine Gruppe regelmäßig zu testen, damit wir einen Einblick haben, wie das tatsächliche Infektionsgeschehen aussieht oder ob wir uns weiter von rein zufällig laufenden Testungen abhängig machen, die Bürger entweder wahrnehmen oder vielleicht auch nicht, die gesetzliche Rahmen vorgeben oder vielleicht auch nicht. Ist das geplant oder nicht?

Susanne Schneider (FDP): Wir haben jetzt ja schon ausgesprochen viel gehört. Ich bin nicht dafür bekannt, dass ich hier Panik verbreite. Das überlasse ich anderen. Ich denke, wir haben einige Hausaufgaben ganz gut erledigt, anderes läuft nicht so gut. Ich finde es dann immer spannend – das haben wir auch heute Morgen wieder gehört –, wenn wir gute Ratschläge aus Bayern bekommen, wo man hinsichtlich der Infektionen ganz vorne, mit den Impfungen dafür auf Platz 12 liegt und Nordrhein-Westfalen oder den anderen Bundesländern sagen will, was sie zu tun haben. Aber sei's drum.

Wichtig ist auf jeden Fall die Impferei. Da sind wir, wie gesagt, ganz gut aufgestellt. Gerade haben wir gehört, dass die Arztpraxen und die koordinierenden Stellen der Kommunen das weiter machen sollen. Das finde ich natürlich gut.

Die Frage, die sich mir stellt: Sind auch weitere Pop-up-Impfzentren geplant, wie ich sie jetzt mal nenne? Es geht um Supermärkte, Fußballstadien, Fußgängerzonen, wie auch immer. Neben Weihnachtsmärkten ist das gerade ganz aktuell.

Eine zweite Frage. Mich persönlich hat ein bisschen irritiert, dass sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung als auch Herr Spahn sich recht unterschiedlich zur Boostergeschichte geäußert haben: Sechs Monate, doch nicht sechs Monate, weniger, mehr. – Ich wüsste gerne die Position des MAGS dazu.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Ich versuche, mir den allgemeinen Teil zu sparen, weil ich denke, dass dazu genug gesagt worden ist.

Ich habe zwei konkrete Fragen.

Zum einen. Ich bin angesprochen worden bzw. habe E-Mails bekommen von Bürgerinnen und Bürgern, die mitteilten, ihre Warn-App sei rot ausgeschlagen, sie hätten aber Probleme, an einen PCR-Test zu kommen, weil Arztpraxen schlicht nicht erreichbar seien, beim Gesundheitsamt der Anrufbeantworter rangehe oder Sonstiges. Sie sagten, ein Schnelltest reiche dann ja nicht. Ist das ein Problem, das nur mich erreicht hat, oder kommt das vermehrt vor?

Die zweite Frage. Seit ca. drei Wochen gibt es in den USA die Zulassung des Impfstoffs von BioNTech auch für 5- bis 11-Jährige. Hier wird das geprüft. Machen wir uns – ich hoffe, dass das der Fall ist – schon Gedanken darüber, wie denn dann Kinder, wenn sie es wollen, geimpft werden und welche Optionen es da gibt? Da ist der derzeitige Stand ja, dass die Kinderarztpraxen voll und mehr als gut beschäftigt sind und sicherlich keine Masse an Kindern zwischendurch geimpft werden kann.

Jochen Klenner (CDU): Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Kollege Neumann, Ihre Wortmeldung hat mich dazu gebracht, mich doch noch zu melden. Weil wir heute Morgen Plenum hatten, hatte ich eigentlich die Hoffnung, dass der Wahlkampf dort stattgefunden hat und die Ausschusssitzung heute sachlich ist. Das haben alle aus allen Fraktionen jetzt ja auch geschafft. Ich bin dem Kollegen Mostofizadeh dankbar, denn er hat gezeigt, dass man kritische Fragen stellen kann, ohne so undifferenziert Kritik zu äußern, wie Sie es gemacht haben. Sie haben die Mitarbeiter ausdrücklich nicht ausgenommen und einfach undifferenziert gesagt, alles sei falsch. Es ist wirklich schade, dass Sie das hier im Fachausschuss nicht anders schaffen und

dass Sie einfach nicht zur Kenntnis nehmen, dass die Impfquoten in Nordrhein-Westfalen besonders hoch sind, wir den Menschen in Nordrhein-Westfalen dankbar sein können, dass sie das so gemacht haben, und deshalb unsere Zahlen niedriger sind. Es ist also absoluter Unsinn und nicht belegbar, was Sie hier sagen.

Wir haben doch in der letzten Sitzung schon versucht, Ihnen die Situation in Bezug auf die Impfzentren zu erklären. Es wird ja nicht besser, indem Sie das immer wieder falsch behaupten. Die Impfzentren waren zu einem bestimmten Zeitpunkt der Pandemie richtig und wichtig, und es kann auch sein, dass sie bei den Booster-Impfungen wieder richtig und wichtig werden. Wir hatten die Situation, dass die Impfwilligen mit ihren Impfungen weitestgehend durch waren und es dann darum ging und immer noch geht, die Impfunwilligen zu erreichen. Da macht es einfach keinen Sinn, die Ressourcen zu verschwenden, indem Ärzte in einem Impfzentrum sitzen, in das niemand geht. Vielmehr muss man mobil vor Ort sein.

Sagen Sie das bitte mal Ihrer stellvertretenden Landesvorsitzenden, die bei mir in Mönchengladbach Gesundheitsdezernentin ist und jetzt allen Ernstes die mobilen Impfungen in Mönchengladbach streicht und sagt: Wir gehen wieder ins Impfzentrum. – Das ist ja wohl das Gegenteil von dem, was wir gerade brauchen. Sie sagt, die Warteschlangen letzten Samstag seien zu lang gewesen. Gott sei Dank waren Menschen da! Klären Sie bitte mal parteiintern, was da gemacht wird.

Im Übrigen habe ich eine weitere Bitte. Fragen Sie mal die Kommunen. Wir sollten sehr genau schauen, dass wir auch bei den Boosterimpfungen Prioritäten setzen und das einhalten. Wir haben sechs Monate zwischen den Impfungen. Die Tabelle ist ja eben vorgelegt worden. Ersparen Sie den Kolleginnen und Kollegen vor Ort bitte, dass es dort dann Menschen gibt, denen das wegen Ihrer undifferenzierten Kritik, die Sie eben leider wieder vorgetragen haben – andere Kollegen von Ihnen haben das besser gemacht; ich wünsche mir, dass Sie das beim nächsten Mal vielleicht auch so hinbekommen – erklärt werden muss.

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ein paar allgemeine Aspekte ansprechen, die in den Fragen enthalten waren. Die Detailfragen werden die Fachabteilungen dann nach bestem Wissen und Gewissen beantworten.

Zur Rolle des RKI und der Ständigen Impfkommission. Ich will hier ganz klar sagen, dass sich das MAGS während der gesamten Pandemie an den RKI-Richtlinien orientiert hat. Wir haben vor, uns auch weiter an den RKI-Richtlinien zu orientieren. Es gibt viele Interviews von mir, in denen ich gesagt habe, dass das RKI für mich in dieser Pandemie eine ganz wichtige Institution ist, weil das einfach gute Fachleute sind und weil es sich um eine Institution handelt, die seit Jahrzehnten weltweit Pandemien beobachtet und über große Erfahrung verfügt.

Mit der STIKO ist es ja so, dass deren Empfehlungen den politischen Erwartungen immer ein wenig hinterherlaufen – unabhängig von den Parteien, denen Gesundheitsminister angehören –, weil die STIKO immer auf Grundlage einer Datenbasis entscheidet und von der Politik erwartet wird, wie ich einmal sage, vor der Lage zu sein. Wenn

wir in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel erst dann angefangen hätten, die Auffrischungsimpfungen in den Altenheimen anzubieten, als wir dafür eine Empfehlung der STIKO hatten, dann hätten wir drei bis vier Wochen verloren. Das ist einfach die Wahrheit. Da haben wir einfach mal gesagt: Es kommt ganz sicher, und wir machen das jetzt. – Das haben im Übrigen auch die niedergelassenen Praxen gut gemacht, weil wir von den Heimen nie etwas von großen Problemen gehört haben, dass sie keine Praxen gefunden hätten, die dieses Impfangebot in den Heimen gemacht hätten. Ich bin natürlich davon ausgegangen, dass, wenn ich nichts höre, alles gut läuft und die Sache in Ordnung ist.

Dass wir jetzt sagen können, dass es in 90 % der Heime ein ganz konkretes Angebot gegeben hat und Menschen dort waren, die die Menschen geimpft haben, die dort arbeiten oder wohnen, ist nun einmal Fakt.

Hätten wir auf die STIKO gewartet, wären wir jetzt, wie ich nur einmal sagen möchte, bei einem sehr viel geringen prozentualen Anteil, weil die STIKO erst dann entschieden hat.

Im Übrigen ist es ja auch so, dass es zurzeit nur eine STIKO-Empfehlung dafür gibt, im Wesentlichen Menschen über 70 Jahre und mit bestimmten Vorerkrankungen zu impfen. Das ist die jetzt gültige STIKO-Empfehlung.

Dass wir erwarten, dass die STIKO bald sagen wird, dass die Menschen im Regelfall nach sechs Monaten – als, wie ich mal sage, eine Richtschnur – eine Auffrischungsimpfung haben sollen, halten wir für sehr wahrscheinlich, und das wird auch so kommen. Die jetzige STIKO-Empfehlung gilt aber für Ü70. Deswegen haben wir auch nur Ü70 angeschrieben. Ich gebe auch zu, dass ich gesagt habe, dass wir die Ü70-Jährigen erst anschreiben, wenn es die STIKO-Empfehlung gibt. Wie soll man als Gesundheitsminister sonst rechtfertigen, dass man Millionen Leute mit einem Briefkopf der Landesregierung anschreibt und ihnen sagt, sie sollten sich eine Auffrischungsimpfung geben lassen, wenn ich nicht einmal eine STIKO-Empfehlung dazu habe?

Dass die STIKO langsamer ist als das, was von uns politisch erwartet wird, habe ich erklärt: Weil von der Politik „vor der Lage“ erwartet wird und man, wenn man faktenbasierte Entscheidungen trifft, immer hinter der Lage ist, weil man eine Datenbasis braucht. Das ist wahrscheinlich gar nicht aufzulösen.

Dadurch ist Folgendes entstanden, worunter momentan wahrscheinlich jeder Gesundheitsminister leidet – mir geht es auf jeden Fall so –: Es werden immer Erwartungshorizonte in den Zeitungen, in den Medien veröffentlicht durch die Politik, die von der STIKO nicht gedeckt sind. Die Ärzte sagen aber zum Teil: Für uns ist das, was die STIKO sagt, das Evangelium, also die entscheidende Größe, an der wir uns orientieren. – Dann kommt es zu der Situation, dass wir Briefe dazu bekommen, in denen Menschen, die unter 70 Jahre alt sind, in Arztpraxen abgewiesen worden sind, weil in diesen Fällen Ärzte gesagt haben, sie hielten sich an die STIKO-Empfehlung. Aus meiner Sicht kann man das den Ärzten noch nicht einmal übel nehmen, weil ihnen das Behandeln nach einer STIKO-Richtlinie einen erheblichen Schutz vor Haftungsfragen gibt. Deswegen kann ich das erst einmal verstehen. Unsere Erwartung – wahrscheinlich auch Ihre Erwartung – ist so, dass die Ärzte das anders machen. Wir haben bis

heute keine andere STIKO-Empfehlung. Das kritisiere ich gar nicht, weil die STIKO immer erst entscheiden kann, wenn sie eine bestimmte Datenlage hat.

Lieber Kollege Neumann, jetzt noch einmal zu der Frage nach den Impfzentren. Dazu will ich erstens sagen, dass es die Entscheidung des Bundes, der Bundesregierung gab, aus der Finanzierung der großen Impfzentren auszusteigen – mit einem von der Bundesregierung verkündeten Termin, wann sie aus der Finanzierung der Impfzentren aussteigt. Die Bundesregierung hat ja nicht nur aus einer Partei bestanden. Die Impfzentren haben bei uns jede Woche 91 Millionen Euro gekostet. Da hat der Bund gesagt: Wenn da nichts mehr los ist, steigen wir aus der Finanzierung aus.

Ich glaube, dass die Wahrheit in Bezug auf die Impfzentren auch lautet: Wenn wir im Oktober, November 2020, als diese Impfzentren geplant und installiert worden sind, über den BioNTech-Impfstoff gewusst hätten, wie man ihn transportieren muss, was wir heute wissen, wären diese gewaltigen Impfzentren mit weiten Entfernungen für die Bevölkerung nicht entstanden. Dann wäre schon damals eine dezentralere Struktur entstanden.

Was wir jetzt mit den KoCIs machen, ist im Grunde genommen, dass eine bunte dezentrale Struktur entsteht. Mein Heimatkreis hat sich zum Beispiel entschieden, drei stationäre Impfzentren einzurichten. Vorher hatten wir eins. Mein Heimatkreis hat etwa die Fläche des Saarlandes. Das ist wesentlich bürgernäher als das, was wir vorher hatten.

Ich kann mich auch an die Reden dazu erinnern, wie schlimm das mit den zentralen Impfzentren und das Hinkommen der Leute zu diesen sei. Entschuldigung, ich will nur sagen, dass es dann doch richtig ist, jetzt diese Dezentralität zu machen und nicht zu glauben – das sage ich in die Richtung von Herrn Neumann –, die alten Impfzentren mit diesen riesigen Dingen seien die richtige Antwort.

(Josef Neumann [SPD]: Das hat niemand gefordert!)

– Entschuldigung, dann habe ich Sie falsch verstanden. Dann müssen wir demnächst Wortprotokolle anschauen. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie gesagt haben, es sei ein Fehler gewesen, die Impfzentren aufzugeben.

(Josef Neumann [SPD]: Und einen Ersatz zu schaffen, den wir gefordert haben, den der Minister abgelehnt hat!)

– Ja, also, was heißt das denn? Ist ja gut, den Ersatz schaffen wir ja.

Also: Bitte sich an das halten, was gesagt worden ist. Immer wieder sagt Ihre Partei, das Abschaffen, das Schließen der Impfzentren sei falsch gewesen.

Ich habe Ihnen heute gesagt: Hätten wir in Bezug auf BioNTech damals schon gewusst, was wir heute wissen, hätten wir sie nie geschaffen. Die Dezentralität ist bürgernäher. – Ich sage noch dazu: Eine Bundesregierung hat entschieden, die Impfzentren nicht zu finanzieren, und der Finanzminister der Bundesregierung, die das entschieden hat, ist Ihr Parteifreund.

Man kann nicht einmal so, einmal so – das möchte ich hier auch zu dieser Frage einmal sagen.

(Beifall von der CDU und der FDP)

Ich lasse mir da nicht alles in die Schuhe schieben.

Wir hatten auch die Situation, dass die, die das Personal für die Impfzentren stellen mussten – das hat ja der Regelbereich getan –, auch gesagt haben, sie seien nicht mehr bereit, das Personal für die Impfstellen zu stellen, wenn es dort den ganzen Tag herumsteht und nichts zu tun hat.

Es kamen außerdem viele Kommunen hinzu, die Druck gemacht haben, weil sie die Gebäude, in denen sich die Impfzentren befinden, wieder der ursprünglichen Nutzung zuführen und nicht wollten, dass die Impfzentren dort bleiben. Das ist unabhängig davon, wie Kommunen regiert werden, so gewesen. Dass wir zu regionalen Strukturen kommen, ist aus meiner Sicht bürgernah.

Wie ich zugebe, besteht da aber das Risiko, dass wir die notwendige Schlagzahl, also die Anzahl der Impfungen, nicht so hinbekommen, dass die Bugwelle nicht zu groß wird. Das ist der Aspekt, an dem sich am Ende entscheiden wird, ob die Strategie erfolgreich ist oder nicht. Ich weiß es nicht; auch ich stecke da nicht drin. Ich weiß nur, dass es dieses Mal so ist, dass die Personalressource und nicht der Impfstoff das Begrenzende ist. Im Übrigen bin ich der Meinung, dass die Personalressource „nicht-ärztliche Menschen“, die man zum Impfen braucht, ebenso schwierig ist wie die Personalressource „ärztliches Personal“, das man zum Impfen braucht.

Nun zu den 5- bis 11-Jährigen. Es scheint ja ziemlich sicher zu sein, dass der Impfstoff von der EMA für diese Altersgruppe zugelassen wird. Dann ist er von der EMA zugelassen. Das heißt noch nicht, dass wir in Deutschland damit impfen. Wir brauchen nämlich auch die STIKO-Empfehlung. Bei einem so sensiblen Thema wie das Impfen von kleinen Kindern – bei 5- bis 11-Jährigen redet man ja hoffentlich von Kindern – würde ich als Minister, als Staat nicht – anordnen kann ich es ohnehin nicht, denn es ist ja eine Elternentscheidung – dazu aufrufen, die Kinder zu impfen, ohne dafür die Empfehlung der Ständigen Impfkommission zu haben. Ich glaube, das würde kein Minister anders machen. Ich werde es jedenfalls so machen.

Das heißt natürlich nicht, dass wir uns nicht Gedanken darüber machen, wie wir das machen, wenn es denn soweit ist. Dazu muss man eines wissen: Es ist wahrscheinlich, dass wir erst im Dezember, vielleicht auch erst Ende Dezember, überhaupt Impfstoff für 5- bis 11-Jährige haben werden. – Wir hören nämlich aus der Industrie, dass der Impfstoff wahrscheinlich gar nicht eher zur Verfügung stehen wird.

(RB'r Gerhard Herrmann [Abteilungsleiter MAGS]: 2. Dezember!)

– Anfang Dezember also.

Jetzt müssen wir eine Lösung zu folgender Frage entwickeln: Wo soll das Impfangebot für die Kinder gemacht werden? Es läge auf der Hand, weil es sich um kleine Kinder handelt, deren medizinische Schwerpunktversorgung in den Kinderarztpraxen stattfindet, zu sagen, dass auch das Impfen in den Kinderarztpraxen stattfindet. Die Rednerinnen in der Plenardebatte heute Morgen und Frau Kapteinat eben hatten recht: Kinderarztpraxen sind im Winter, auch in diesem, stark besucht. Wo also die Kapazitäten hernehmen? Andersherum ist es aber wohl auch nicht so einfach, ein Impfangebot für

diese Klientel ohne Kinderärzte zu machen. Genau in diesem Kreis, zu schauen, ob wir nicht auch über die kommunalen Strukturen ein Angebot machen können, bei dem die Ressource Kinderarzt und Kinderärztin möglichst effektiv eingesetzt wird, um beides miteinander zu verbinden, bewegen wir uns zurzeit in der Fachabteilung. Wir sind momentan dabei, auch zusammen mit den Kommunen sowie mit den Kinderärzten über Konzepte nachzudenken, um dann eine entsprechende Struktur zu haben, die in dem Bereich ein Angebot machen kann, wie es zahlenmäßig von den Eltern nachgefragt wird. Wir sind da also dran. Die Antworten sind da aber nicht so ganz einfach, weil man die Ressourcen aus den jetzigen Berufen der Kinderärztinnen und Kinderärzte für diese Aufgabe gewinnen muss. Da gibt es keine zusätzlichen Strukturen.

Die anderen Fragen zu den Statistiken und nach dem Impfstatus der Beschäftigten beantworten Herr Leßmann, Herr Herrmann und Frau Sennewald.

MDgt Markus Leßmann (MAGS): Frau Vorsitzende! Meinen Damen und Herren! Vorweggeschickt: Die Antwort auf die Frage von Herrn Mostofizadeh wird sich durch die Änderungsanträge, die die Regierungsfractionen zu ihrem eigenen Gesetzentwurf gestellt haben, ändern. Es ist geplant, dass künftig generell die 3G-Vorgabe für die gesamte Arbeitswelt gibt. Das ist auch mit einer entsprechenden Berechtigung für die Arbeitgeber, die Daten über den Impfstatus zu verarbeiten, verbunden. Demnächst wird das also eine eher umfassende Regelung sein.

Sie hatten aber ja nach den aktuellen Rechtsgrundlagen gefragt. Diese sind leider wie vieles im Infektionsschutzgesetz nicht so ganz übersichtlich und mit vielen Verweisketten verbunden. Einmal gibt es die Regelung in § 23a des Infektionsschutzgesetzes. Dieser betrifft die, wie ich einmal sage, ärztlichen Bereiche, die in § 23 Abs. 3 genannt sind. Ich könnte sie aufzählen. Dazu gehören Krankenhäuser, aber auch Arztpraxen und Zahnarztpraxen, also all die Bereiche, die grundsätzlich auch, wie ich einmal sage, viel mit Infektionsschutz zu tun haben. Dort besteht schon jetzt die Berechtigung, den Impfstatus zu verarbeiten, also auch den Impfstatus zu erfragen.

Seit einiger Zeit gibt es im Infektionsschutzgesetz neu die Regelung in § 36 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz. Demnach besteht diese Möglichkeit auch für die, wie ich einmal sage, sozial mit einem engen Kontakt verbundenen Einrichtungen. Das sind Kindertageseinrichtungen, Kinderhort, Kindertagespflege, Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager usw. Dies findet sich in § 36 Abs. 3 in Verbindung mit den Einrichtungen, die in Abs. 1 und Abs. 2 genannt werden.

Das ist also, wie gesagt, eine immer etwas schwierige Verweiskette, wird sich nach den aktuellen Zeitplänen, die uns vorliegen, aber ja zum nächsten Mittwoch verändern. Unsere Informationslage ist so, dass das neue Infektionsschutzgesetz, wenn es morgen im Bundestag und am Freitag im Bundesrat beschlossen wird, am nächsten Dienstag veröffentlicht werden und am Mittwoch in Kraft treten soll. Dann wäre es eine allgemeine Auskunftspflicht und eine allgemeine Ermächtigung zur Verarbeitung dieser Daten.

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Ich fange an, Frau Sennewald wird noch den einen oder anderen Aspekt ergänzen.

Noch einmal zum System. Wir hatten heute wieder unsere Runde mit den Kommunen. Die Kommunen und wir sind uns mit den KVen einig, dass wir das System sehr breit aufstellen müssen, um alle Angebote wirklich hinzubekommen. Das heißt: Wir wollen alle Schritte gehen und nicht auf ein System setzen. Es geht also um die Niedergelassenen, mit denen die zahlenmäßige Größenordnung verabredet worden ist, die Frau Sennewald vorhin genannt hat, sowie weiterhin aber auch um dezentrale Impfstellen, wobei wir den Kommunen durchaus auch ermöglichen, in dezentralen Impfstellen mehrere Impfstellen zu implementieren. Sie können dort also natürlich auch Mengen leisten.

Darüber wollen wir selbstverständlich das System der aufsuchenden Impfungen aufrechterhalten, das wir momentan in den Pflegeeinrichtungen, in der Eingliederungshilfe, aber auch an anderen Standorten haben.

Des Weiteren werden wir das System von Pop-up-Impfungen, Impfbussen oder Impfungen an bestimmten Standorten, die für ein paar Stunden oder einen Tag geöffnet werden und dann wieder an einer anderen Stelle weitergeführt werden, beibehalten.

Die Kommunen haben auch sehr darum gebeten haben, ihnen diese Flexibilität zu ermöglichen. Das haben wir jetzt getan. Wir müssen das eine oder andere vielleicht noch im Erlass sozusagen nachbauen. Grundsätzlich besteht darüber aber Einigkeit.

Es ist nicht so, dass wir aus der fachlichen Sicht einen Offenbarungseid leisten müssen. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir im bundesweiten Impfquotenmonitoring bei den Auffrischungsimpfungen im Ländervergleich immer noch recht gut dastehen und bei der heutigen Auswertung im Vergleich zum Vortag 90.000 zusätzliche Impfungen im Auffrischungsimpfungsbereich haben. Da tut sich also etwas.

Die Kommunen haben uns in der heutigen Videokonferenz auch darum gebeten, einmal deutlich zu machen, dass es ein paar Tage dauert, bis solche Systeme aufgebaut sind und man das Personal findet. Wie der Minister eben gesagt hat, ist das Personal im Moment die Engstelle, um die Angebote so auf die Straße zu bringen.

Nach der heutigen Runde sind wir aber guten Mutes, dass das in den nächsten Tagen deutlich anziehen wird. Wir sind uns alle einig – dazu stehen wir auch –, dass das in den letzten Wochen nicht so gelungen ist, wie es wünschenswert gewesen ist. Aber wir sind guten Mutes, dass das in den nächsten Tagen passieren wird.

Zu der Fragestellung, was gelaufen ist, gehört auch die Fragestellung, die Herr Mostofizadeh angesprochen hat, nämlich die nach dem Boostern. Noch im Sommer – ich kann mich gut an die GMK-Schalten erinnern, bei denen ich zuhören darf – wurde von einer Boosterung nach acht bis neun Monaten ausgegangen. Das sind Zahlen, die dort von den Fachleuten genannt worden sind. Es war also nicht so ohne Weiteres klar, dass all das nach sechs Monaten laufen muss. Vielmehr waren da auch im wissenschaftlichen Bereich noch sehr große Unsicherheiten festzustellen.

Das Gleiche gilt auch für die jetzige Situation. Ab wann ist denn die Wirkung der Impfung weg? Diese schwedische Studie ist ja nur eine Studie. Es gibt daneben jede Menge andere. Wir können das nicht beurteilen, sondern müssen uns darauf verlassen – das tun wir ja auch –, was die STIKO empfiehlt. Das sind für uns die wichtigen

Parameter. Natürlich nehmen wir diese schwedische Studie zur Kenntnis und werten sie auch für uns aus. Ich müsste die Kolleginnen fragen, welche Erkenntnisse daraus zu ziehen sind.

Zur Frage danach, wie lange das Label „geimpft“ gilt. Nach meinem Kenntnisstand ist das auf der Bundesebene noch nicht zu Ende diskutiert. Auch das ist in der GMK-Schalte angesprochen worden.

Der Zusammenhang der 7-Tage-Inzidenz mit der Hospitalisierung ist – Herr Dr. Vincentz, Sie hatten danach gefragt – im Zeitverlauf praktisch so geblieben. Wenn ich mir die Auswertungen anschau, folgt der Steigerung der 7-Tage-Inzidenz die Hospitalisierungsinzidenz mit einem für mich manchmal überraschend geringen Zeitverzug. Hinsichtlich der Intensivauslastung haben wir tatsächlich diesen deutlichen 10- bis 14-Tage-Verzug, bis das auch bei den Intensivkapazitäten ankommt. Wir können aber auch feststellen, dass bei dieser Welle die Hospitalisierungsinzidenz deutlich geringer steigt als bei den ersten Wellen. Das hängt natürlich mit den Impfungen zusammen.

Bezüglich der 5- bis 11-Jährigen ist es, wie der Minister gesagt hat. Wir gehen davon aus, dass die EMA am 25.11. – das ist das Datum, das ich mir während der GMK-Schalte aufgeschrieben habe – darüber entscheidet. In der zweiten Dezemberhälfte wird der Bund, so wurde es gesagt, 2,4 Millionen Impfdosen erhalten, die, da es sich um eine andere Zusammensetzung bzw. kleinere Gebinde handelt, nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt werden sollen, weil das nicht für alle Kinder reicht. Der weitere Impfstoff wird im neuen Jahr kommen.

Nun noch zu den Problemen mit der PCR-Testung und der knappen Menge. Von meiner Seite aus kann ich das nicht bestätigen; das ist mir nicht bekannt. Die Anzahl der PCR-Tests ist insgesamt deutlich gestiegen. Inzwischen haben wir ja auch wieder eine deutlich gestiegene Quote positiver PCR-Tests von, wie ich meine, 9,8 %.

Nach unserer Auswertung, die wir regelmäßig vorliegen haben, ist bei den Laboren noch eine Menge Luft nach oben. Sie könnten noch deutlich mehr Tests auswerten.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herr Herrmann, es war noch die Frage offen, mit welchem Impfstoff geboostert wird und ob man bei dem 6-Monats-Abstand unterscheidet, welcher Impfstoff zuerst geimpft worden ist, also ob es bei AstraZeneca vor den 6 Monaten gemacht wird und bei den anderen nach 6 Monaten. Wird also unterschieden, welcher Impfstoff zuerst verabreicht wurde?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Im Moment wird bei den Booster-Impfungen hauptsächlich der BioNTech-Impfstoff verimpft. Der Bund hat deutlich gemacht, dass er noch einen Haufen Impfdosen von Moderna liegen hat. Moderna wird nicht so stark nachgefragt wie BioNTech, so muss man es wohl sagen. Das hängt natürlich auch mit der Empfehlung für die Impfung unter 30-Jähriger zusammen. Bei AstraZeneca lässt der Impfschutz früher nach als bei einer mRNA-Doppelimpfung; das ist, glaube ich, bekannt. Daher sagen wir ja auch immer, wenn wir mit den Impfstellen und den Kommunen sprechen, dass, wenn jemand zur Impfstelle kommt und erst vor 5 Monaten und zwei Wochen geimpft wurde, auch geimpft wird.

Vorsitzende Heike Gebhard: Frau Sennewald, Sie wollten jetzt insbesondere zu Senioreneinrichtungen und zur Eingliederungshilfe etwas sagen. Weil der Minister es gerade so positiv dargestellt hat, wie es in den Senioreneinrichtungen läuft: Bei mir kommen auch Informationen an, dass die Senioreneinrichtungen große Schwierigkeiten haben, weil sie nicht einen Arzt finden, der das macht, sondern darauf verwiesen wird, dass jeder seinen Hausarzt in Anspruch nehmen muss. Sie müssen also für jeden einzelnen Bewohner und jede einzelne Bewohnerin einen Arzt besorgen. Das macht die Sache im Gegensatz zum Frühjahr natürlich total kompliziert. Ist das bei Ihnen auch angekommen und könnte man da Hilfestellung leisten? Vielleicht können Sie auch dazu etwas sagen.

MR'in Cornelia Sennewald (MAGS): Ja, sehr gerne. – Das Bild ist wie immer bunt. Zunächst ist es so, dass die Rückmeldungen von den Pflegeverbänden lauten, dass es in vielen Pflegeeinrichtungen ausgesprochen gut gelaufen ist und wir dort eine sehr hohe Durchimpfungsquote haben.

Es gibt aber auch einige Regionen, in denen es nicht so gut gelaufen ist. Daher haben wir mit dem letzten Erlass die Koordinierenden Covid-Impfeinheiten noch einmal aufgefordert, jede Pflegeeinrichtung anzurufen und zu fragen, ob es noch einmal ein Impfangebot geben soll. Wenn das erforderlich ist, soll dort sofort mit einem Arzt hingegangen werden und allen Beschäftigten und Bewohnern ein Impfangebot gemacht werden. Das ist heute von den Kommunen auch begrüßt worden, sodass wir hoffen, dass wir bei den Pflegeeinrichtungen, in denen es Probleme gab, über diese Maßnahme die Impfangebote dort abschließen können.

Vor dem Hintergrund haben wir den Koordinierenden Covid-Impfeinheiten und den Ansprechpartnern, die sie von den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort haben, in Bezug auf die Eingliederungshilfe aufgegeben, dass sie mit einem Arzt in die Werkstätten und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe gehen, damit es nicht noch einmal zu der Situation kommt, die Sie geschildert haben, dass also mehrere Ärzte in Einrichtungen gehen und der Bewohner bzw. Nutzer zuschaut, wie die Nachbarn geimpft werden, ohne dass er selbst das Impfangebot bekommt. Es soll also jetzt so sein, dass ein Arzt mit seinem Team dort hingehet und die Werkstatt oder die Wohneinheit für Menschen mit Behinderungen durchimpft.

Wir haben die Rückmeldung von den Kommunen, dass jetzt weit über 92 % der Pflegeeinrichtungen ein Impfangebot bekommen haben. Ich denke, man kann sagen, dass es bei 92 % gut gelaufen ist, wir aber eben 8 % haben, bei denen es nicht so gut gelaufen ist. Bei diesen wird jetzt nachgebessert.

Es war noch die Frage, ob wir geprüft haben, ob Apotheken das Impfen übernehmen können, offen. Das haben wir geprüft. Es ist allerdings so, dass es derzeit im Bereich „Apotheken“ rechtliche Hindernisse gibt. Das Impfen ist den Apotheken sowohl über das Beruferecht als auch über das SGB V im Bereich der Coronaimpfungen nicht erlaubt. Bis man all das geändert hat, wäre so viel Zeit ins Land gegangen, dass die Apotheken da keine Hilfe wären. Viele Apotheken hätten auch nicht die Räumlichkeiten, um ein solches Impfangebot umzusetzen. Daher haben wir davon wieder Abstand genommen.

Um der Frage danach vorzubeugen: Wir haben auch geprüft, ob die Zahnärzte mit impfen können. Bei den Zahnärzten ist aber wie bei den Apotheken, dass sie keine Impfung durchführen dürfen und die Änderung der Vorschriften im Moment zu viel Zeit benötigen würde, als dass wir sie dann umsetzen könnten.

Vorsitzende Heike Gebhard: Es gab noch die Frage von Herrn Dr. Vincentz zur Teststrategie, ob das randomisiert gemacht werden soll. Ich weiß nicht, wer diese beantworten wollte.

MR'in Cornelia Sennewald (MAGS): Weil die Frage, ob wir Erkenntnisse darüber haben, wie viele Bewohner und wie viele Beschäftigte geimpft sind, noch nicht beantwortet wurde, habe ich noch eine Ergänzung. Dieses Monitoring haben wir letzte Woche gestartet. Es dauert aber natürlich, bis wir die Rückmeldungen haben und diese ausgewertet haben, sodass wir die Ergebnisse vermutlich Ende nächster Woche vorliegen haben.

Vorsitzende Heike Gebhard: War die Antwort zur Frage nach der Teststrategie nun schon klar oder ist Ihre Frage noch nicht beantwortet, Herr Dr. Vincentz?

(Dr. Martin Vincentz [AfD]: Doch, ist sie! Alles gut!)

Dann kommen wir zur nächsten Fragerunde.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Vielen Dank für die Antworten. – Offensichtlich ist es so, dass die Landesregierung, wenn es in den ministeriellen Bereich geht, die Sachlage dann doch politisiert. Das will ich an der Stelle noch einmal sagen, Herr Minister. Sie haben selbst – das ist nämlich in der Begründung der aktuell geltenden Coronaschutzverordnung nachzulesen – bei der Gesundheitsministerkonferenz am 9. August dieses Jahres beschlossen, dass es eine Impfempfehlung nach sechs Monaten geben soll, und zwar für alle. – Das ist die erste Bemerkung.

Insofern ist das mit dem Vorlauf so ein bisschen erstaunlich.

Der zweite Punkt. Das ist auch in Bezug auf das, was Dr. Stamp gesagt hat, wichtig. Sie haben das jetzt nicht relativiert. Das wird in diesem Ausschuss auch nicht funktionieren. Das nehme ich zur Kenntnis, und das ist auch klar.

Ich will Ihnen aber noch sagen, dass er in diesem Interview, das ich heute Morgen vorgetragen habe, auch geäußert hat, für das Impfen sei der Bund zuständig. Das ist eine schlichte Falschinformation. Die Länder sind für das Impfen zuständig, und im Zweifel sogar die Kommunen – je nachdem, wie das aufgeteilt wird. Das ist einfach ein Problem; das darf nicht passieren.

Ich habe ja Verständnis dafür, dass man Dinge klarstellen muss.

Weil das jetzt in Richtung der Kollegen der SPD noch einmal gesagt worden ist: Natürlich sind wir vergleichsweise gut beim Impfen. Das bestreitet doch keiner. Das kann auch niemand bestreiten, der Tabellen lesen kann. Ich kann auch nur alle, die das mit Zustande gebracht haben, loben. Wenn man das sachverständig einordnet, führt das

trotzdem dazu, dass wir, wenn die Intensivstationen in Sachsen, Thüringen und Bayern voll sind und wir kein asoziales Land sind – was wir nicht sind und auch nicht sein wollen –, möglicherweise von dort Patientinnen und Patienten übernehmen und es hier sukzessive – auch weil hier Infektionen aufgetreten sind; auch die sind nicht zu bestreiten – zu Hospitalisierungen kommen wird. Denjenigen, die letzte Woche auf der Gesundheitskonferenz waren, hat Herr Professor Schaade vom RKI die Faustformel genannt, dass von den 50.000 Menschen, die sich pro Tag infizieren, täglich 350 auf den Intensivstationen landen werden – täglich! –, und das natürlich nicht morgen, sondern erst in vier Wochen. Deswegen führt die Einordnung dessen, was wir wissen, dazu, dass die Situation ist, wie sie ist, obwohl Nordrhein-Westfalen vergleichsweise sogar sehr gut – ich würde mir sogar herausnehmen, das so zu sagen; denn natürlich ist es eine größere Leistung, wenn ein Flächenland auf Platz 5 liegt, als wenn ein Stadtstaat auf Platz 1 oder 2 liegt; das ist auch nicht zu bestreiten – dasteht – ohne zu dramatisieren. Damit ist schlichtweg zu rechnen. Insofern wäre es notwendig, das klarzustellen.

Herr Minister, deswegen stimmt nicht so ganz, was Sie eben gesagt haben, nämlich dass es mit den Auffrischungsimpfungen unklar sei. Das haben Sie zumindest selbst empfohlen, wie ich es eben gesagt habe.

Die Rechtslage ist im Moment nicht so, wie Sie eben zumindest suggeriert haben, dass sie ist. Es ist nicht nur für die vulnerablen Gruppen, die über 70-Jährigen, vielmehr hat der Bund in der jetzigen Coronaschutzverordnung festgelegt – das ist auch auf der Webseite [bundesregierung.de](https://www.bundesregierung.de) abrufbar –, dass über die Empfehlung für die über 70-Jährigen hinaus jeder ab 12 Jahren 6 Monate nach der zweiten Impfung eine Auffrischungsimpfung bekommt. Das hat Herr Herrmann eben ja auch geschildert. Das haben die Gesundheitsminister von Bund und Ländern beschlossen. Das RKI und die STIKO sind Institute und keine Gesetzgebungsorgane. Insofern entscheidet immer noch der Bundesgesetzgeber und im Zweifel per Verordnung auch der Bundesgesundheitsminister. Das ist die Sachlage.

Nun möchte ich noch zwei Nachfragen stellen. Vielen Dank noch für die rechtliche Einordnung eben.

Ich würde gerne auch noch wissen, ob die ungeimpften Personen Stand jetzt bzw. auch nach der neuen Rechtslage gehalten sind, FFP2-Masken zu tragen oder ob medizinische Masken ausreichen.

Das Zweite. Sind in den Krankenhäusern und Institutionen, die – in Anführungszeichen – im Zugriff des Landes liegen, entsprechende Abfragen gemacht worden bzw. Entscheidungen getroffen werden, dass ungeimpfte Menschen vielleicht aus den sensiblen Bereichen in andere Bereiche verlagert werden? Ganz konkret: Müssen in den Unikliniken ungeimpfte Personen konsequent FFP2-Masken tragen oder nicht mehr, wenn sie im intensivmedizinischen Bereich sind? Können Sie das noch beantworten?

Vielen Dank für die sehr sachdienlichen Hinweise, die gegeben worden sind. Wobei wir, wie ich angesichts des Vorlaufs und der Bereitschaft derjenigen, die dort einspringen müssen, finde, abwarten müssen, wann die 250.000 Impfungen, die Sie avisiert

haben, Herr Herrmann, operativ zustande kommen. Ich würde mich freuen, wenn Sie sehr schnell recht haben.

Josef Neumann (SPD): Frau Sennewald, eine Nachfrage zu den von Ihnen genannten 92 %. Sie haben gesagt, 92 % hätten ein Impfangebot bekommen. Heißt das, dass sie schon geimpft sind oder noch geimpft werden? „Impfangebot“ heißt schließlich, dass das irgendwann passieren wird. Und: Auf wen bezieht sich das? Auf die Altenpflege oder auf die Eingliederungshilfe? Bezieht sich außerdem das Monitoring auf beide Bereiche oder nur auf einen davon?

Weil es ja nicht uninteressant ist, frage ich außerdem, ob das Ministerium das, wenn ihm vielleicht im Laufe der nächsten oder übernächsten Woche die Zahlen vorliegen, dem Ausschuss zur Verfügung stellen könnte.

MR'in Cornelia Sennewald (MAGS): Die 92 % bezogen sich auf Pflegeeinrichtungen, weil wir mit der Boosterung von Pflegeeinrichtungen angefangen haben. Die Eingliederungshilfe beginnt jetzt erst, weil dort ja auch erst später die Zweitimpfungen gemacht worden sind.

„Impfangebot“ bedeutet, dass jeder in der Einrichtung – also sowohl Beschäftigte als auch Bewohner – die Möglichkeit hatte, dieses Impfangebot, das die Ärzte gemacht haben, anzunehmen. Ob es tatsächlich angenommen wurde, können wir derzeit nicht feststellen. Deswegen haben wir ja eine weitere Abfrage laufen, im Rahmen derer wir die Durchimpfungsquoten abfragen.

Wenn der Ausschuss um die Zahlen bittet, dann gehe ich davon aus, dass wir diese dann auch zur Verfügung stellen werden.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dafür sage ich dann schon einmal recht herzlichen Dank. Ich denke, das wird gerne entgegengenommen.

Nun beantwortet noch Herr Leßmann die Fragen von Herrn Mostofizadeh.

MDgt Markus Leßmann (MAGS): Ich gebe zu, dass die Fragen auch schriftlich vorlagen. Ich habe sie eben allerdings vergessen.

Das Maskentragen ergibt sich ebenfalls auf der Basis verschiedener Rechtsgrundlagen. Einmal ist es der Arbeitsschutz. Dort gibt es eine inzwischen nicht mehr so ganz eindeutige, sondern auch noch von der Gefährdungsbeurteilung der jeweiligen Arbeitgeber ausgehende Regelung. Es gibt dort aber eine Arbeitsschutzregel, die Arbeitgeber bei ihren Gefährdungsbeurteilungen berücksichtigen müssen. Dort ist unter anderem vorgesehen, dass, wenn der Mindestabstand zwischen Beschäftigten – das betrifft nicht nur die gesundheitlichen Bereiche, sondern alle Berufsbereiche – nicht eingehalten werden kann, zunächst einmal grundsätzlich die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske gilt. Inzwischen kann im gesamten Bereich des Arbeitsschutzes dabei der Impfstatus berücksichtigt werden. Arbeitgeber können also sagen, dass man auf das Tragen einer Maske auch bei Unterschreitung des Mindestabstands verzichten kann, wenn nur Geimpfte im Raum sind. So sieht es ja auch unsere Coronaschutz-

verordnung vor. Wenn aber Ungeimpfte im Raum sind, gilt die Maskenpflicht aber relativ zwingend; das betrifft medizinische Masken.

Für den Bereich der Pflegeeinrichtungen und Eingliederungseinrichtungen haben wir, wie Sie wissen, eine eigene Allgemeinverfügung. In dieser ist ausdrücklich geregelt, dass sich Maskenpflichten generell nach den Arbeitsschutzbestimmungen richten, ungeimpfte Beschäftigte bei konkreten pflegerischen Tätigkeiten, also direktem Kontakt, aber FFP2-Masken tragen müssen. Das ist also für den Bereich der Pflegeeinrichtungen und der Eingliederungshilfe eindeutig festgelegt.

Für den Bereich der Krankenhäuser gibt es die Verpflichtung, generell Hygienekonzepte aufzustellen. Da folgen Maskenpflichten unabhängig von Corona ja aus ganz vielen Rechtsvorschriften. Die Krankenhäuser haben schlicht die Konzepte für die verschiedenen Bereiche, in denen das geregelt ist. Ich glaube, die regeln das im Moment, ehrlich gesagt, sehr unabhängig vom Impfstatus auch für geimpfte Personen, weil sie auch weit vor Corona schon wegen ganz anderer hygienischer Erfordernisse in diesen Bereichen Maskenpflichten hatten.

Ich habe gerade mit Herrn Abteilungsleiter Watzlawik gesprochen. Uns ist nicht bekannt, dass Kliniken schon auf Grundlage des Impfstatus Beschäftigte bewusst aus bestimmten Bereichen abziehen. Dazu liegen uns jedenfalls keine Erkenntnisse vor. Sie haben das Recht, den Impfstatus abzufragen, und können auch arbeitsschutzrechtlich darauf reagieren. Ob sie aber bewusst Leute abziehen? Ich meine, wir kennen auch die Personalsituation. Eine FFP2-Maske und eine noch gesteigerte Testanforderung – es müssen in diesen Bereichen sowieso alle regelmäßig getestet werden – wären wohl das Mittel der Wahl – und natürlich, die Motivation zum Impfen zu steigern.

7 Junge Elternschaft fördern – Vereinbarkeit von Familiengründung und Ausbildung in die Tat umsetzen

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/13400

Schriftliche Anhörung
des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen
Stellungnahme 17/4298 Neudruck
Stellungnahme 17/4400
Stellungnahme 17/4392
Stellungnahme 17/4396
Stellungnahme 17/4399

- abschließende Beratung und Abstimmung
- Votum an den federführenden Ausschuss

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Gleichstellung und Frauen – federführend – sowie an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 28.04.2021)

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der AfD-Fraktion ab.

8 Gute Arbeit auf digitalen Plattformen – Keine Chance für Billiglöhne und Sozialdumping!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/13778

Ausschussprotokoll 17/1565 (Gespräch mit sachverst. Gästen vom 23.09.2021)

- abschließende Beratung und Abstimmung
- Votum an den federführenden Ausschuss

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Digitalisierung und Innovation – federführend –, an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie an den Ausschuss für Europa und Internationales am 19.05.2021)

Viele Menschen in Nordrhein-Westfalen arbeiteten auf digitalen Plattformen – eine neue ökonomische Arbeitsweise –, leitet **Josef Neumann (SPD)** seinen Redebeitrag ein. Der Antrag fokussiere eine gesetzliche Mindestentgeltsicherung für diese Arbeit und die Verhinderung von Sozialdumping für die vielen in diesem Bereich tätigen Freelancer.

Plattformökonomie sehe er als richtig und wichtig an. Sie werde sicherlich künftig noch zunehmen, brauche aber eine Struktur und Regelungen im Sinne aller Beteiligten.

Er halte das Thema für im AGS richtig verortet, da es im Antrag nicht primär um Digitalisierung, sondern um deren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt gehe, hält **Peter Preuß (CDU)** fest.

Dem Umgang mit diesen Plattformen müsse man sich insbesondere auf Bundesebene in der Arbeitsmarktpolitik widmen, sowohl in der Landes- als auch in der Bundesregierung habe man das Thema aber bereits im Blick, um eine Anpassung im Arbeits- und Sozialrecht für die auf diesen Plattformen Arbeitenden zu erreichen.

Der vorliegende Antrag, der lediglich Risiken beschreibe, umfasse nicht alle Aspekte des Umgangs mit digitaler Beschäftigung, weshalb die CDU-Fraktion ihn ablehnen werde. Mit den Plattformen würden neue Arbeitsmöglichkeiten geschaffen. Ohne hohe Zugangshürden könnten Aufträge erlangt werden, und ein großer Teil der Crowdworker übe die entsprechenden Tätigkeiten, die keinesfalls grundsätzlich schlecht bezahlt würden, zudem nur nebenberuflich aus.

Susanne Schneider (FDP) bedauert die Missachtung der im Rahmen der Enquete-kommission „Digitale Transformation der Arbeitswelt“ gewonnen Erkenntnisse im vorliegenden Antrag. Sie halte Crowdfunding insbesondere wegen der unglaublichen Flexibilität für attraktiv und in der heutigen Zeit für nicht wegdenkbar.

Der Antrag enthalte zu viel Regulierungswut, die vor allem für die Soloselbstständigen eine zusätzliche Belastung darstelle. Aus diesem Grund werde ihre Fraktion dem Antrag nicht zustimmen.

Im Grunde habe Peter Preuß (CDU) alle Argumente für eine Zustimmung zu diesem Antrag genannt, greift **Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE)** auf. Die Arbeit auf Plattformen weise ein hohes Wachstum und Attraktivität für einen gewissen Bereich auf. Trotzdem handele es sich vielfach um prekäre Beschäftigung. In anderen Bereichen stellten viele über Jahre selbstständig Beschäftigte im mittleren Alter irgendwann fest, dass sie bislang nicht über ausreichenden Versicherungsschutz verfügten und nun keinen Zugang mehr zu den entsprechenden Sicherungssystemen hätten. Die Politik müsse dieses Problemfeld bearbeiten und unter anderem eine Altersvorsorgepflicht einführen. Dies werde im Antrag richtigerweise gefordert.

Ohne Frage gingen mit den Chancen, die diese Art der Beschäftigung biete, auch Probleme einher, äußert **Dr. Martin Vincentz (AfD)**. Die dafür im Antrag vorgeschlagenen Lösungsansätze hätten die sachverständigen Gäste im Rahmen des Fachgesprächs jedoch nicht unterstützt, da sie sie entweder für nicht umsetzbar oder nicht zielführend hielten. Daher lehne seine Fraktion den Antrag ab.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ab.

9 Staatsvertrag über die Errichtung und den Betrieb des elektronischen Gesundheitsberuferegisters als gemeinsame Stelle der Länder zur Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise sowie zur Herausgabe der Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (eGBR-Staatsvertrag – eGBRStVtr)

Antrag
der Landesregierung
auf Zustimmung gemäß Artikel 66 Satz 2
der Landesverfassung
Drucksache 17/15288

- abschließende Beratung und Abstimmung
- Votum an den federführenden Ausschuss

(Überweisung des Antrags an den Hauptausschuss – federführend – sowie an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 06.10.2021)

Der Ausschuss stimmt dem Antrag mit den Stimmen aller Fraktionen zu.

10 Aufbau von Muttermilchbanken, um die Gesundheit von Frühgeborenen durch nachhaltige Bereitstellung von Spender-Muttermilch sicherzustellen

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/14071

Ausschussprotokoll 17/1516 (Anhörung vom 27.08.2021)

– Auswertung der Anhörung

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend – sowie an den Ausschuss für Gleichstellung und Frauen am 17.06.2021)

Aus der Anhörung gehe eindeutig hervor, dass die Muttermilchbanken grundsätzlich positiv gesehen würden, allerdings noch Unklarheiten hinsichtlich der Pasteurisierung der Milch, der Kostenträger und des weiteren Ausbaus bestünden, fasst **Susanne Schneider (FDP)** zusammen. Sie begrüße die Befassung mit dem Thema am heutigen Weltfrühchentag, denn gerade für viele Frühchen komme den Muttermilchbanken eine hohe Bedeutung zu.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) greift drei Hausaufgaben auf, die aus seiner Sicht aus der Anhörung hervorgingen. Erstens gebe es etwa in Niedersachsen mehr finanzielle Mittel zum Aufbau neuer Muttermilchbanken. Dazu stellten die Koalitionsfraktionen sicher einen Haushaltsänderungsantrag.

Zweitens bestünden bei der Auslegung Probleme etwa hinsichtlich der Deklaration als Lebensmittel und der Zuständigkeit. Eine offensivere Auslegung, wie es sie in anderen Bundesländern gebe, löste wohl einige Probleme.

Außerdem sei in der Anhörung geäußert worden, dass eine Muttermilchbank perspektivisch zur Grundausstattung jeder Frühchenstation gehören könnte.

Angela Lück (SPD) bekräftigt die drei von Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) thematisierten Nachbesserungsbedarfe. Nehme man den Rat der Experten ernst, müssten diese Veränderungen herbeigeführt werden.

Muttermilchbanken trügen dazu bei, Frühgeborenen einen guten Start ins Leben zu ermöglichen, leitet **Katharina Gebauer (CDU)** ihren Redebeitrag ein. Für interessant halte sie den im Rahmen der Anhörung thematisierten Aspekt, dass mit einer Muttermilchbank immer auch ein Konzept für eine Stillberatung und Stillförderung einhergehe.

Die bereits existierenden Muttermilchbanken verfügten zudem über Leitlinien. Die potenziellen Spenderinnen würden genau gescannt. Künftig müssten Standards unter anderem dafür definiert werden, welche Qualität zugrunde gelegt werde.

Der Antrag werde allgemein befürwortet, und die Sachverständigen begrüßten zudem, dass Muttermilchbanken mit diesem auch in den Fokus gerückt würden.

**11 Eine bessere Gesundheits- und Pflegeversorgung für Nordrhein-Westfalen:
Für einen sozialen Neustart in der Gesundheits- und Pflegepolitik!**

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/14076

Ausschussprotokoll 17/1542 (Anhörung vom 15.09.2021)

Stellungnahme 17/4546

– Auswertung der Anhörung

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17.06.2021)

Spätestens die Coronapandemie mache deutlich, dass es in Bezug auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung in Nordrhein-Westfalen eines Neustarts bedürfe, weil die Strukturen nicht funktionierten bzw. überlastet seien und Menschen nicht zueinander fänden, bemerkt **Josef Neumann (SPD)** einleitend.

Der demografische Wandel und die abnehmende Anzahl an Ärztinnen und Ärzten in den nächsten Jahren erschweren eine ausreichende, zwingend notwendige flächendeckende Versorgung durch Krankenhäuser. Da der demografische Wandel außerdem zu mehr Pflegebedürftigen führen werde, müssten außerdem auch neue Strukturen geschaffen werden, um einen Zugang zur Pflegeversorgung sicherzustellen.

Die Fallpauschalen reichten in einigen Bereichen – etwa in der Kinder- und Jugendmedizin – nicht, um die Kosten zu decken. Daher stellten Träger ihre Versorgung in diesen Bereichen ein. Die Fallpauschalen müssten also dringend überarbeitet, neu gedacht werden.

Wie beim heutigen Symposium des Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften Nordrhein-Westfalen deutlich geworden stelle auch die Datenlage ein Problem dar. Darauf wiesen auch die Kommunen hin.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) unterstreicht Aussagen von Dr. Katharina Böhm im Rahmen der Anhörung. So müsse gesundheitsfördernde Politik in den Kommunen etwa auch mit einer Stadtplanung einhergehen, bei der Wert auf die Gesundheitsverträglichkeit etwa für Kinder und Jugendliche oder Ältere gelegt werde.

Gesundheitsfördernde Politik müsse generell in allen öffentlichen Institutionen betrieben werden. Dazu gehörten gesunde Ernährung und Bewegungsmöglichkeiten in Schulen und Kitas. In den Institutionen gebe es eigentlich entsprechend fähiges Personal, weshalb die unterschiedliche Qualität verwundere. Die Beschäftigten müssten also entsprechend befähigt werden.

Ein potenzielles Community Health Nursing System könne auch von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

In einigen Bereichen gebe es gute Beispiele in Hessen, weshalb sich ein Blick dorthin lohne.

Peter Preuß (CDU) erklärt, Josef Neumanns (SPD) Wortbeitrag verdeutliche das Problem des Antrags. Er enthalte viele Problembeschreibungen und auch Anregungen, gehöre aber eher in ein Wahlprogramm, denn konkrete Vorschläge, über die abgestimmt werden könne, fehlten. Auch in der Anhörung seien vor allem Probleme beschrieben worden, ohne Lösungen zu diskutieren.

So würden etwa bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege gefordert. Wie dieses Ziel erreicht werden solle, bleibe aber offen, weshalb anhand des Antrags keine konkrete Entscheidung getroffen werden könne.

Gleiches gelte für den Bürokratieabbau. Dieser werde befürwortet, Konkretes, wozu eine Entscheidung getroffen werden könnte, finde sich im Antrag jedoch nicht.

Kostenträger sollten in die Verantwortung genommen werden, es fehle aber Genaueres dazu, was durch die Politik zu tun sei.

Ähnliches gelte in Bezug auf die Forderung nach einer besseren Bezahlung für die Pflegenden. Dazu fänden sich keine Erläuterungen, ob beispielsweise der Gesetzgeber einen Mindestlohn für den Bereich festlegen solle oder die Tarifpartner das Problem lösen sollten.

Die ebenfalls geforderte flächendeckende medizinische Versorgung werde mit dem neuen Krankenhausplan bereits angestrebt. Entgegen vielfach geäußelter Behauptungen, es handele sich um einen Schließungsplan für Krankenhäuser, ziele er darauf ab, die Versorgungsstrukturen im Land zu verbessern.

Für Interessant halte er den Hinweis auf die DRG. Es bleibe offen, ob diese von der von Gerhard Schröder geführten Bundesregierung unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführten Fallpauschalen abgeschafft oder reformiert werden sollten. Konkrete Vorschläge für eine alternative Finanzierung fänden sich im Antrag jedenfalls nicht.

Susanne Schneider (FDP) greift als erstes Thema die im Antrag geforderte Einführung einer Bürgerversicherung heraus. Die FDP befürworte diese bekanntermaßen nicht. Gerade in der Pandemie habe sich das duale System bewährt; dieses stehe auf guten Füßen.

Der Antragsteller wehre sich zudem stets gegen Zeitarbeit. Aus der Anhörung gehe jedoch hervor, dass eine Versorgung ohne Zeitarbeit gar nicht möglich sei und sie eine sinnvolle Ergänzung darstelle.

Der Hausärzterverband Westfalen-Lippe habe eine Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Akteuren gefordert. Dieses Ansinnen unterstütze ihre Fraktion ebenso wie dessen Forderung nach mehr Digitalisierung und weniger Bürokratie.

12 Gesundheitsschutz statt Fake-Klimaschutz – Die Gefahr schwingt in der Luft – Sofortiges Moratorium für Windindustrieanlagen

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/13762

Ausschussprotokoll 17/1521 (Anhörung vom 01.09.2021)

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Wirtschaft, Energie und Landesplanung – federführend –, an den Ausschuss für Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz sowie an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 21.05.2021)

Vorsitzende Heike Gebhard erklärt, neben der Auswertung der Anhörung müsse der Ausschuss heute auch seine Befassung mit dem Antrag abschließen, da der federführende Ausschuss vor der nächsten AGS-Sitzung abschließend beraten und abstimmen werde.

Aus der Anhörung gehe insbesondere hervor, dass die Wirkung von Infraschall auf den Menschen nicht wirklich gut untersucht sei und somit die Gesundheitsgefahr nicht vernünftig eingeschätzt werden könne, greift **Dr. Martin Vincentz (AfD)** auf.

Ein französisches Gericht habe einem auf dem Land lebenden Ehepaar in einem Verfahren zu gesundheitlichen Einschränkungen durch in der Nähe gebaute Windräder eine Summe zugesprochen. Im Verfahren habe sich gezeigt, dass eine solche Gesundheitsgefahr durchaus bestehen könnte.

Interessenverbände in der Bundesrepublik wollten diesen Zusammenhang nicht gerne sehen, weil dies ihrer politischen Agenda widerspreche. Dennoch müsse man die Gefahr ernst nehmen und untersuchen. Daher werbe er für Zustimmung zu dem Antrag.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der AfD-Fraktion ab.

13 Kritische Lage auf den Intensivstationen – Personalmangel als zentrales Problem im Gesundheitswesen.

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/15453

– Verfahrensabsprache

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 03.11.2021)

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Dr. Martin Vincentz (AfD), in der nächsten Sitzung über den Antrag abschließend zu beraten und abzustimmen.

14 Angsträume beseitigen, Sicherheit erhöhen – die Verkehrswende braucht attraktive Bahnhöfe und Haltepunkte!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/15462

(Überweisung des Antrags an den Innenausschuss – federführend –, an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales, an den Ausschuss für Heimat, Kommunales, Bauen und Wohnen sowie an den Verkehrsausschuss am 03.11.2021)

Der Ausschuss kommt überein, sich nachrichtlich an der vom federführenden Ausschuss geplanten Anhörung zu beteiligen.

15 Entwurf einer Neunten Verordnung zur Änderung der Zuständigkeitsverordnung Heilberufe

Unterrichtung
durch den Präsidenten des Landtags
Drucksache 17/15331
Vorlage 17/5831

(Zuleitung des Verordnungsentwurfs per Unterrichtung durch den Präsidenten des Landtags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 07.10.2021)

Der Ausschuss stellt fest, dass er angehört wurde.

(Wird nicht behandelt; s. „Vor Eintritt in die Tagesordnung“)

16 Entwurf einer Verordnung zur Neuordnung der Zuständigkeiten im Humanarzneimittel-, Tierarzneimittel-, Medizinprodukte-, Apothekerwesen und auf dem Gebiet des Schutzes vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen

Unterrichtung

durch den Präsidenten des Landtags

Drucksache 17/15577

Vorlage 17/5984

17 Akuter Grippeimpfstoffmangel in Haus- und Kinderarztpraxen in NRW (*Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 3]*)

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5994

Serdar Yüksel (SPD) verweist auf die Berichterstattung – auch der KV Nordrhein – zu Lieferschwierigkeiten bei Impfdosen zur Grippeimpfung in Arztpraxen und Apotheken. Im Zusammenhang mit der Coronapandemie gebe es wohl eine größere Nachfrage nach der Gripeschutzimpfung. Laut Ministerium würden Ende November weitere Impfdosen erwartet. Seine Fraktion werde das Thema also in den nächsten Tagen und Wochen weiter im Auge behalten.

18 Zweiter Bericht: Landesinitiative „Durchstarten in Ausbildung und Arbeit“

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5854

Josef Neumann (SPD) erkundigt sich wegen des Hinweises auf viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dem Programm, die die deutsche Sprache nur schlecht beherrschten, wie in diesen Fällen das Wissen vermittelt werde.

Zudem werde von Endgeräten berichtet, die für die Teilnahme benötigt würden. Daher wolle er erfahren, ob diese zur Verfügung gestellt würden oder ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst über diese verfügen müssten.

MDgt Stefan Kulozik (MAGS) erläutert, ein Großteil der Projekte beziehe sich auf Teilhabemanagement und Coaching. Dies werde mit Dolmetschern angeboten. Die unmittelbaren individuellen Angebote funktionierten natürlich nur gut, wenn die Sprachbarriere überwunden werde. Die Vermittlung von Sprachkenntnissen sei zudem Teil dessen, was geflüchteten jungen Menschen angeboten werde.

Wegen der Sprachhemmnisse gestalte es sich jedoch auch schwieriger, die Menschen zu erreichen. Zu dem Bericht gehörten umfangreiche Tabellen. Diesen lasse sich entnehmen, dass es sich bei 25 % der Teilnehmenden um Frauen handele – wahrscheinlich zu wenig. Gerade diese Zielgruppe erreiche man nur schwer. Allerdings liege der Frauenanteil in der Zielgruppe ebenfalls bei 25 %.

Derzeit würden Projekte geplant, um den geflüchteten Menschen Endgeräte zur Verfügung zu stellen, um auch auf diese Weise Barrieren zu verringern.

19 Kenntnisstand über das Krankheitsbild Lipödem in Nordrhein-Westfalen
(Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 4])

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5996

Den im Bericht dargestellten Kenntnisstand der Landesregierung finde sie etwas deprimierend, insbesondere weil es am Ende des Berichts heiße, Nordrhein-Westfalen nehme bei der Forschung zum Krankheitsbild Lipödem eine Spitzenposition ein und sei besonders fortschrittlich, erklärt **Britta Altenkamp (SPD)**. Er lasse nicht erkennen, was die Landesregierung in dem vom G-BA festgelegten Zeitraum für die Erprobungsstudie zur Liposuktion Weiteres plane.

Ein Problem stellten die im Bericht thematisierten Fehldiagnosen dar, da das Krankheitsbild häufig mit Adipositas verwechselt werde. Es gebe unter den Ärzten nur wenige auf die Diagnose und Behandlung von Lipödemen spezialisierte, weshalb die betroffenen Frauen und sehr wenigen betroffenen Männer bis zur korrekten Diagnose oft einen langen Leidensweg hinter sich hätten.

Die Ursache der Erkrankung sei nicht bekannt. Oft werde den Betroffenen wegen der Verwechslung mit Adipositas allerdings eine Verantwortung für das Krankheitsbild unterstellt, weshalb sie oft Scham empfänden.

Eine Fettabsaugung werde häufig erst in Aussicht gestellt, wenn die Betroffenen einen gewissen Body-Mass-Index erreichten, was ein Problem darstelle, wenn nicht gleichzeitig eine Adipositas vorliege. So werde oft Zeit verloren.

Die von der Erkrankung betroffenen Frauen müssten in vielen Fällen 1.000 Euro bis 2.000 Euro für die Bestrumpfung aufbringen, wovon die Krankenkassen aber nur bis zu 1.000 Euro übernähmen. Da man natürlich nicht jeden Tag dasselbe Paar Strümpfe tragen wolle, schafften viele Frauen auf eigene Kosten selbst weitere Strümpfe an, was ein erhebliches finanzielles Problem darstelle – insbesondere, wenn der Beruf wegen der Erkrankung nicht mehr ausgeübt werden könne. Eine Liposuktion könne in vielen Fällen also auch als ökonomisch sinnvolle Lösung angesehen werden.

Gegebenenfalls drücke das Fett irgendwann auch auf die Organe, was viele Operationen unmöglich mache.

20 Neuausrichtung des staatlichen Arbeitsschutzes in NRW *(Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 5])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 17/5995

Die weiteren Fragen zu dem Bericht würden angesichts der fortgeschrittenen Zeit schriftlich an das Ministerium gestellt, kündigt **Serdar Yüksel (SPD)** an.

22 Verschiedenes

- a) **Vereinbarung zur Durchführung der Initiative Abschluss und Anschluss – Bildungsketten bis zum Ausbildungsabschluss Vorlage 17/5916**

Nach der Zuleitung der Vereinbarung durch den Präsidenten des Landtags an den Ausschuss für Schule und Bildung – federführend – und den Ausschuss für Arbeit und Gesundheit – Drucksache 17/15498 – sei bei den Obleuten abgefragt worden, ob dazu Beratungsbedarf bestehe, informiert **Vorsitzende Heike Gebhard**. Solchen gebe es nicht, weshalb dies dem federführenden Ausschuss nun so mitgeteilt werde.

- b) **Bedarfstermin 2. Februar 2022, 13:30 Uhr bis 17:00 Uhr**

Vorsitzende Heike Gebhard teilt mit, sie habe für den 2. Februar vorsorglich einen Raum reserviert, falls an diesem Tag Beratungsbedarf bestehe.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

5 Anlagen

14.04.2022/04.05.2022

15

Fachgespräch
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des
Transplantationsgesetzes**

Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/14911

am Mittwoch, dem 17. November 2021
15.30 Uhr, Plenarsaal

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) Dr. med. Ulrike Wirges Geschäftsführende Ärztin Region Nordrhein-Westfalen Essen	Christian Brandtner	-/-
Ärztekammer Nordrhein Düsseldorf	Prof. Dr. Susanne Schwalen	-/-
Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen Uni.- Professor Dr. med. Jan Gummert Direktor der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie Bad Oeynhausen	Dr. Thomas Kirschning	-/-

Absagen eingeladener Sachverständiger / Institutionen	
Ärztekammer Westfalen-Lippe Münster	17/4512

**Mehrdad Mostofizadeh MdL**

Sprecher für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Sprecher für Kommunalpolitik

Parlamentarischer Geschäftsführer GRÜNE Fraktion

Landtag NRW • Mehrdad Mostofizadeh • Postfach 10 11 43 • 40002 Düsseldorf

An die
Vorsitzende des Ausschusses für
Arbeit, Gesundheit und Soziales
Heike Gebhard MdL

Platz des Landtags 1
D-40221 Düsseldorf
Telefon: (0211) 884-2037
Fax: (0211) 884-3520
E-Mail: mehrdad.mostofizadeh
@landtag.nrw.de
Düsseldorf, 04.11.2021

Berichts-anforderung

Was tut die Landesregierung um die Teststruktur in NRW aufrechtzuerhalten?

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

für die nächste Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17. November 2021 beantrage ich einen schriftlichen Bericht zum Thema

„Was tut die Landesregierung um die Teststruktur in NRW aufrechtzuerhalten?“

Seit dem Ende der kostenlosen Bürgertestungen bzw. Schnelltests für alle am 11.10.21 lassen sich immer weniger Menschen in den Testzentren testen. So wurden nach den Angaben der Landesregierung (Dashboard) z.B. in Mai 2021 zwischen 2,8 und 4,3 Millionen Bürgertestungen durchgeführt. Nach der Impfung großer Teile der Bevölkerung (ab Mitte August) lag die Zahl der Testungen in NRW mindestens bei 1.450 Mio. Durchschnittlich wurden vom Mitte September bis zum 11.10.21 ca. 1,6-1,7 Millionen Schnelltests durchgeführt.

Nach den im Dashboard der Landesregierung veröffentlichten Angaben betrug die Zahl der Bürgertestungen in der 41. Kalenderwoche (11.10.-17.10.21) noch ca. 630.000 Testungen und in der 42. Kalenderwoche ca. 760.000 Testungen.

Dies ist umso bemerkenswerter, weil laut einer dpa Meldung vom 24.10.21 in den Herbstferien deutlich mehr Kinder und Jugendliche in die Testzentren als in den Wochen zuvor gekommen sein sollen, weil die Tests in den Schulen während der Ferien ausgefallen sind und einige Freizeitanbieter wie Schwimmbäder oder Kinos von den Kindern Testnachweise verlangt haben sollen. Tatsächlich ist die Zahl der Bürgertestungen in der Woche nach der Herbstferien (KW 43), nach Angaben der Landesregierung, deutlich weiter gesunken und lag lediglich bei ca. 264.000 Testungen. Unmittelbar nach Beendigung der kostenlosen Schnelltests sind die Inzidenzzahlen deutlich gestiegen und die Hospitalisierungsinzidenz dementsprechend auch. Dies entspricht trotz fortgeschrittener Impfungen einem saisonalen Effekt, der auch im letzten deutlich erkennbar war.

Korrelierend mit dem deutlich Kundenrückgang sollen laut eines Berichts des Internetportals Web.de vom 30.10.21 dem Landesgesundheitsministerium Ende Oktober nur noch knapp 7.100 Teststellen gemeldet worden sein, nachdem die Zahl im Juli 2021 noch knapp 9400 betragen haben soll¹. Der noch deutlichere Rückgang der Bürgertestungen in den letzten 3 Wochen lässt den Schluss zu, dass es künftig mit weiteren Schließungen von Testzentren zu rechnen ist, was für die Bekämpfung der Pandemie gerade im Hinblick auf die tendenziell steigenden Zahlen schwere Folgen haben könnte. Schon jetzt sollen viele Bürgerinnen und Bürger Schwierigkeiten haben Testzentren insbesondere im ländlichen Raum zu erreichen.

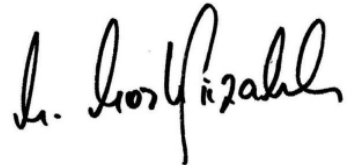
Vor diesem Hintergrund bitte ich die Landesregierung um einen schriftlichen Bericht, in dem besonders auf die folgenden Fragen eingegangen wird:

1. Wie viele Testzentren waren dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales am Ende jeden Monats im Jahr 2021 gemeldet? Bei wie vielen der im jeweiligen Monat gemeldeten Testzentren konnten schnelle Bürgertestungen gemacht werden und bei wie vielen PCR-Tests? Für den Monat November wird um Angabe der aktuellen Zahlen bei Verfassung des Berichts gebeten.
2. Wie viele Testzentren im ländlichen Raum sind aktuell bzw. zur Zeit der Verfassung des Berichts noch dem Ministerium gemeldet? Bei wie vielen davon ist die Durchführung von PCR-Tests möglich?
3. Welche konkreten Pläne hat die Landesregierung, um einen Überblick über die Dynamik der Pandemie zu behalten? Ist eine erweiterte Test-Strategie geplant, die sich aus Testungen in Schulen, Kitas, Universitäten und anderen Bildungseinrichtungen sowie Testungen am Arbeitsplatz sowie in verschiedenen Freizeitbereichen zusammensetzt? Wie sieht diese im Einzelnen aus? Werden in diesem Zusammenhang systematisch auch geimpfte Personen getestet? Plant die Landesregierung auch public health Studien nach britischem Vorbild, um einen Überblick über die Dynamik der Pandemie zu erhalten? Plant die Landesregierung Tests für Besucherinnen und Besuchern in Pflegeheimen sowie der dort Beschäftigten – unabhängig vom Impfstatus? Welche Teststrukturen will sie dafür unterstützen?
4. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, bzw. wird sie ergreifen, um eine leistungsfähige Teststruktur im gesamten Land aufrechtzuerhalten bzw. welche Pläne hat die die Landesregierung, weitere Schließungen von Testzentren zu begegnen? Und wie will die Landesregierung gewährleisten, dass die Testungen, sowohl Schnelltests wie auch PCR-Tests, für breite Teile der Bevölkerung sicher und ohne großen Aufwand zugänglich bleiben?

¹ <https://web.de/magazine/news/coronavirus/kostenlosen-buergertests-bilanz-testzentrum-36299662>

Ich bitte um einen schriftlichen Bericht und einen Berichtspunkt mit der Möglichkeit zur mündlichen Erläuterung der Landesregierung und zur Beratung durch den Ausschuss vorzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. Grottel". The signature is written in a cursive style with a large, prominent initial "G".



SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An die Vorsitzende
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

JOSEF NEUMANN MdL
Sprecher für Arbeit, Gesund und Soziales

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

T 0211.884-45 61
F 0211.884-36 40
josef.neumann@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion-nrw.de

15.10.2021

Akuter Grippeimpfstoffmangel in Haus- und Kinderarztpraxen in NRW – Bitte um einen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17.11.2021.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
ausweislich aktueller Medienberichte gibt es einen akuten Mangel an Grippeimpfstoff in den Hausarztpraxen in Nordrhein-Westfalen:

https://www.wz.de/nrw/hausaeerzte-beklagen-engpass-bei-grippe-impfstoff_aid-63524237

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und der Chef des RKI, Lothar Wieler rufen die Bevölkerung dazu auf, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Besonders für diejenigen, die sich noch nicht gegen eine Corona-Infektion impfen lassen können, ist eine Gripeschutzimpfung sinnvoll. Bis zum 10.10.2021 hat das Paul-Ehrlich-Institut bereits 25 Millionen Impfstoffdosen nach erfolgreicher Chargenprüfung freigegeben. Insgesamt stehen in diesem Jahr bundesweit 27 Millionen Impfstoffdosen zur Verfügung. Es müsste also jetzt genügend Impfstoff da sein. Die Haus- und Kinderarztpraxen in Nordrhein-Westfalen klagen jedoch über Lieferengpässe. Obwohl die Praxen schon im Frühjahr aufgrund einer zu erwartenden Nachfragesteigerung deutlich mehr Mengen an Grippeimpfstoff bestellt hatten, müssen sie Patientinnen und Patienten vertrösten.

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.



Aufgrund der Bedeutung des Themas bittet die SPD-Fraktion die Landesregierung daher um einen Bericht für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17. November 2021. Der Bericht soll u.a. folgende Fragen beantworten:

1. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung vor, wie viele Hausarzt- und Kinderarztpraxen in NRW mit zu wenig Impfstoff für den Gripeschutz ausgestattet sind?
2. Warum werden diese Hausarztpraxen nicht mit ausreichend Impfstoffdosen beliefert, die sie vorausschauend bereits im Frühjahr bestellt hatten?
3. Wie viele Gripeschutzimpfdosen stehen für NRW für die Monate Oktober bis Dezember 2021 insgesamt zur Verfügung?
4. Wie und zu welchen Mengen werden die Gripeschutzimpfdosen in den Hausarztpraxen in NRW aufgeteilt?
5. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung darüber vor, wie viel Gripeschutzimpfdosen wie lange in den Apotheken in NRW gelagert werden? Gibt es ungenutzte Reserven?
6. Welche Maßnahmen will die Landesregierung ergreifen, damit der Grippeimpfstoffmangel in den Praxen in NRW schnellstmöglich behoben wird?

Mit freundlichen Grüßen

Josef Neumann MdL



SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An die Vorsitzende
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

JOSEF NEUMANN MdL
Sprecher für Arbeit, Gesund und Soziales

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

T 0211.884-45 61
F 0211.884-36 40
josef.neumann@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion-nrw.de

28.10.2021

Kenntnisstand über das Krankheitsbild Lipödem in Nordrhein-Westfalen – Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17.11.2021.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

das Lipödem ist ein fast ausschließlich bei Frauen vorkommendes Krankheitsbild. Durch eine Fettverteilungsstörung sind vor allem Oberschenkel, Gesäß und auch Arme der Betroffenen ungewöhnlich voluminös. Diese Körperstellen sind dabei häufig empfindlich, weshalb betroffene Personen unter großen Schmerzen leiden, häufig schon bei leichten Stößen blaue Flecken haben und in der Bewegung stark eingeschränkt sind. Die Krankheit tritt oft schubweise auf, etwa nach Schwangerschaften oder in der Menopause. Neben den gesundheitlichen Problemen hat das Krankheitsbild auch eine soziale Dimension. Betroffene berichten oft von sozialer Ausgrenzung und mangelndem Verständnis, denn vielfach wird die Krankheit mit „normalem“ Übergewicht verwechselt. Es folgen dann mehr oder weniger gut gemeinte Ratschläge wie „mach mal eine Diät“ oder „Treibe mehr Sport“. Sport und Ernährung haben jedoch keine Auswirkungen auf die Symptome. Die soziale Ausgrenzung bis hin zu Mobbing der betroffenen Frauen, aber auch ihrer Familienmitglieder, haben teils gravierende Auswirkungen auf das soziale Leben der an Lipödem leidenden Personen.

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.



Die Behandlung erfolgt meist durch das Tragen von Kompressionskleidung. Jedoch wird nur eine begrenzte Zahl von Kleidungsstücken pro Jahr finanziert. Erst ab dem fortgeschrittenen Stadium 3 wird auch eine Liposuktion durch die Krankenkassen gezahlt. In früheren Stadien müsste eine Liposuktion selbst bezahlt werden. Daher setzen sich Betroffenenverbände und Selbsthilfegruppen für die Belange der an Lipödem leidenden Menschen ein und treten sowohl für mehr Aufmerksamkeit und damit eine Steigerung der Bekanntheit der Erkrankung sowie bessere Behandlungsmöglichkeiten ein.

Unklar ist, wie stark das Krankheitsbild verbreitet ist. Viele Betroffene wissen nichts von der Krankheit bzw. die Diagnose wird erst nach langer Zeit gestellt, da zuerst von Übergewicht durch falsche Ernährung und zu wenig Bewegung ausgegangen wird. Nach Aussagen vieler Betroffener, aber auch von Fachärzten, liegt dies in der geringen Bekanntheit der Krankheit und auch der Tatsache begründet, dass das Krankheitsbild kaum Lehrinhalt im Medizinstudium ist. Daher ist es wichtig mehr über die Situation des Krankheitsbildes Lipödem in Nordrhein-Westfalen in Erfahrung zu bringen.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung des Themas, bittet die SPD-Fraktion die Landesregierung daher um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über das Krankheitsbild Lipödem?
2. Wie hoch schätzt die Landesregierung den Anteil an betroffenen Frauen in Nordrhein-Westfalen ein?
3. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über die Situation der Betroffenen, sowohl physisch, psychisch als auch im direkten sozialen und familiären Umfeld?
4. Welche Folgen hat die Erkrankung auf die Erwerbstätigkeit der Betroffenen?
5. Welche medizinischen Fachdisziplinen befassen sich mit dem Krankheitsbild Lipödem?
6. Welche Behandlungsmöglichkeiten sind bekannt? Welche Behandlungsmöglichkeiten werden in Nordrhein-Westfalen angewendet?
7. Welche Kosten der Lipödembehandlungen werden durch die Krankenkassen übernommen?
8. Wie viele Betroffene in den Stadien 1 bis 3 des Krankheitsbildes Lipödem sind in Nordrhein-Westfalen bekannt bzw. diagnostiziert? Wie viele dieser Betroffenen werden tatsächlich operativ behandelt?



9. Wie hoch ist der Anteil an Betroffenen, denen durch eine Liposektion geholfen wird?
10. Welche Erkenntnisse gibt es über die Dunkelziffer bei Lipödemerkrankten?
11. Welche Relevanz hat das Lipödem bei der medizinischen Ausbildung an nordrhein-westfälischen Hochschulen?
12. Welche Ziele verfolgt die Landesregierung im Umgang mit dem Krankheitsbild Lipödem sowohl bei der Diagnostik, Behandlung als auch mit Blick auf die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern?

Mit freundlichen Grüßen

Josef Neumann MdL



SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An die Vorsitzende
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Heike Gebhard MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

JOSEF NEUMANN MdL
Sprecher für Arbeit, Gesund und Soziales

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

T 0211.884-445 61
F 0211.884-336 40
josef.neumann@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion-nrw.de

03.11.2021

Neuausrichtung des staatlichen Arbeitsschutzes in NRW- Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 7. November 2021

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

bekanntermaßen beabsichtigt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) in einem sehr engen zeitlichen Rahmen den staatlichen Arbeitsschutz neu zu organisieren. Zu Fragen der „Zukünftigen Ausrichtung der Arbeitsschutzverwaltung NRW“ hat Minister Karl-Josef Laumann in seinem Bericht für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 23.10.2020 Stellung bezogen. Grundlage war ein Schreiben der Fraktion der SPD. Inzwischen wurde hierzu ein Eckpunktepapier „Stärkung des staatlichen Arbeitsschutzes in Nordrhein-Westfalen“ entwickelt. Zur Umsetzung des Eckpunktepapiers und zur „Stärkung und Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes in Nordrhein-Westfalen“ hat die Landesregierung konkrete Maßnahmen beschlossen. So sollen bis Mai 2022 u. a. folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Umstellung vom Fachaufgabenkonzept auf eine Branchenorientierung,

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.



- Ausbau und Aufwertung der zuständigen Organisationseinheiten in den Bezirksregierungen durch drei Dezernate (55, 56 & 57),
- Zentralisierung von Aufgaben in einer Bezirksregierung oder im LIA,
- Reorganisation des LIA zu einer zentralen Beratungs- und Unterstützungseinrichtung für die Arbeitsschutzverwaltung,
- Personalaufbau der Arbeitsschutzverwaltung um 100 Planstellen (und um 15 Stellen der allgemeinen inneren Verwaltung).

Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen zu stärken, indem u.a. die Überwachung der Betriebe durch die Arbeitsschutzaufsicht gesteigert wird. Die SPD-Fraktion bittet die Landesregierung daher um einen schriftlichen Bericht zur Neuausrichtung des staatlichen Arbeitsschutzes in NRW zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17. November 2021 und um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Welche Ergebnisse zur Neuausrichtung liegen seit dem Bericht: „Zukünftige Ausrichtung der Arbeitsschutzverwaltung NRW“ vom 23.10.2020 vor?

- Wie wurden die Erfahrungen bei Kontrollen während der Coronapandemie, den Vorgängen in der Fleischindustrie sowie die Bekämpfung prekärer Arbeitsverhältnisse bei der zukünftigen Ausrichtung der Arbeitsschutzverwaltung NRW eingearbeitet?

2. Welchen Stand haben die Planungen zur Aufstockung des Personals?

- Welches Personal wurde im Jahr 2021 zur Erfüllung der Aufgaben bisher eingestellt?



- Wieviel Abgänge sind zu verzeichnen und wie wurden bzw. werden diese ersetzt?
- Gibt es genügend Bewerber für den Ausgleich der Abgänge der Einstelljahre 1985-1991 in der Arbeitsschutzverwaltung und für die von der Bundesregierung ermittelten, zusätzlich, erforderlichen Stellen?
- Wie und wo sollen die laut dem Eckpunktepapier „Stärkung des staatlichen Arbeitsschutzes in Nordrhein-Westfalen“ in der Arbeitsschutzverwaltung neu vorgesehenen Beschäftigten in den 100 Planstellen für Ihre künftige Tätigkeit qualifiziert werden?
- Welche Maßnahmen wurden bisher getroffen, um das bestehende Personal in der Arbeitsschutzverwaltung zu binden?
- Wie werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine klassische „Duale Ausbildung“ haben, also z.B. die Ausbildung zum Meister oder zum staatlich geprüften Techniker und deren Berufserfahrungen für die wichtige Aufsichtstätigkeit in der Arbeitsschutzverwaltung gewonnen?
- Was sieht der Minister vor, dass diese „Duale Ausbildungen“ – die den beruflichen Qualifikationsstufen des Niveau 2 (Operative Professionals) entsprechen –, bei der Besoldung und der Eingruppierung in die Erfahrungsstufen berücksichtigt werden?

3. Welche konkreten Ergebnisse liegen zu der im Rahmen der Reform beabsichtigten landesweit einheitlicheren Aufgabewahrnehmung innerhalb der Arbeitsschutzverwaltung vor?

- Was wurde bisher zusätzlich unternommen, um die Arbeitsschutzverwaltung schnell bei Beschwerden bei den Beschäftigten oder der Untersuchung von Arbeitsunfällen und Schadensfällen, sowie für mehr Kontrollen in den Unternehmen, „auf die Straße zu bringen“?



- Werden möglicherweise durch die Überwachungsintensität bedingte Belastungen der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsschutzverwaltung bei Umsetzung der geplanten Änderungen ermittelt? Gibt Überlegungen zu Maßnahmen die bei Überlastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getroffen werden?

4. Laut dem Bericht vom 23.10.2020 ist explizit nicht geplant, Standorte der Arbeitsschutzverwaltung zu schließen oder zu verlegen, da eine Zusammenlegung von Standorten oder eine Zentralisierung dem Ziel widersprechen würde, durch eine Erhöhung der Kontrolldichte den Arbeitsschutz zu stärken. Allerdings werden lokal begrenzte Veränderungen in Bezug auf einzelne Dienstgebäude möglicherweise nicht ausgeschlossen.

- Welche konkreten Maßnahmen wurden bisher getroffen, um die Beschäftigten der Arbeitsschutzverwaltung mehr in die Fläche zu bringen, damit diese mehr in den Betrieben präsent sein können?
- Für eine effiziente Überwachung sind „kurze Wege“ zu den Betrieben vor Ort eine wichtige Voraussetzung. Inwieweit finden Interessen der Beschäftigten bei der Umsetzung der Ziele zur Neuausrichtung der Arbeitsschutzverwaltung Berücksichtigung?
- Gibt es Planungen in den Bezirksregierungen, dass Dezernate aus den Außenstandorten zum Sitz der jeweiligen Bezirksregierung verlegt werden? Wenn ja, dann stehen diese Maßnahmen im Widerspruch zu der Aussage in dem Bericht vom 23.10.2020, dass „eine Zusammenlegung von Standorten oder eine Zentralisierung dem Ziel widersprechen, durch eine Erhöhung der Kontrolldichte den Arbeitsschutz zu stärken“.



- Welche Vorgaben des MAGS gäbe es dann, auch im Falle der Verlagerung, sicherzustellen, dass „die Beschäftigten der Arbeitsschutzverwaltung mehr in der Fläche und in den Betrieben präsent sein können“?

Mit freundlichen Grüßen

gez. Josef Neumann MdL