



**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 171. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**  
**am 2. Juni 2022**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

1. **Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**  
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10578](#)  
**dazu:** Eingaben 03218/08/18, 03221/08/18, 03250/08/18, 03252/08/18,  
03256/08/18 und 03306/08/18  
*Beratung*..... 5
2. **Investitionsprogramm 2022 für Krankenhausbaumaßnahmen;  
hier: Sondermittel zur Umsetzung zeitkritischer Großprojekte**  
Unterrichtung durch die Landesregierung - [Drs. 18/11247](#)  
*(abgesetzt)* ..... 23
3. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz**  
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/10835](#)  
*(abgesetzt)* ..... 25
4. **Unterrichtung durch die Landesregierung über den Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen SARS-CoV-2-Absonderungsverordnung**  
*(abgesetzt)* ..... 27
5. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus**  
*(abgesetzt)* ..... 29

**6. Beschlussfassung über einen Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung über das Vorgehen und präventive Maßnahmen in Bezug auf das Affenpockenvirus in Niedersachsen und gegebenenfalls Unterrichtung durch die Landesregierung**

*(abgesetzt)*..... 31

**Anwesend:**

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD)
3. Abg. Barbara Beenen (i. V. d. Abg. Hanna Naber) (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
4. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
5. Abg. Karl-Heinz Bley (i. V. d. Abg. Christoph Eilers) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Laura Hopmann (CDU)
7. Abg. Gerda Hövel (i. V. d. Abg. Burkhard Jasper) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Petra Joumaah (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Volker Meyer (CDU)
10. Abg. Dr. Karl-Ludwig von Danwitz (i. V. d. Abg. Gudrun Pieper) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE)
12. Abg. Susanne Victoria Schütz (bis 11.23 Uhr vertreten durch den Abg. Björn Försterling) (FDP) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrat Dr. Oppenborn-Reccius (Mitglied),  
Ministerialrat Dr. Müller-Rüster.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 10.20 Uhr bis 13.34 Uhr.

**Außerhalb der Tagesordnung:***Sitzungstermine*

Der **Ausschuss** kam überein, für Mittwoch, den 08.06.2022, eine zusätzliche Sitzung zur Beratung des Entwurfs eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes anzuberaumen.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 1:

### **Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**

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

*direkt überwiesen am 18.01.2022*

*federführend: AfSGuG*

*mitberatend: AfRuV*

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

**dazu:** Eingaben 03218/08/18, 03221/08/18, 03250/08/18, 03252/08/18, 03256/08/18 und 03306/08/18

*Beratungsgrundlage: Vorlage 38*

### **Beratung**

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) nahm Bezug auf Presseberichte, in denen der Eindruck erweckt worden sei, dass mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes das Land Niedersachsen massenweise Krankenhäuser schließen wolle. Er hob hervor, dass er diese Interpretation für böswillig halte, weil mit der Neufassung des Krankenhausgesetzes genau das Gegenteil erreicht werden solle, nämlich Planungssicherheit und eine flächendeckend ausgewogene Versorgung.

In den letzten 40 Jahren seien in Niedersachsen ungefähr 70 Krankenhäuser geschlossen worden. Von ihnen sei kein einziges durch das Land geschlossen worden; das Land habe überhaupt nicht die Kompetenz dafür. Bisher biete das Gesetz nicht die Möglichkeit, Krankenhäuser seitens des Landes zu schließen. Der Gesetzentwurf sehe allerdings einige Merkmale vor, mit denen dies künftig möglich sein könnte, insbesondere dann, wenn Krankenhäuser ihrem Versorgungsauftrag nicht mehr nachkämen. Damit werde sich der Ausschuss noch im Detail im Rahmen der Gesetzesberatung befassen.

Die 70 Krankenhäuser, die das Land Niedersachsen verloren habe, seien alle unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten vom Netz genommen worden, und zwar in der Regel von den Betreiberinnen und Betreibern. Dies habe auch etwas damit zu tun gehabt, wie sich der Wettbewerb in diesem Bereich entwickelt habe, in dem

nach seiner, Schwarz', Meinung kein Wettbewerb herrschen sollte. Dieser Wettbewerb habe ein Ausmaß angenommen, dass sich die Krankenhäuser gegenseitig die Beschäftigten abwürben und dass sie versuchten, sich gegenseitig sozusagen den Garaus zu machen. Vor diesem Hintergrund ziele der vorliegende Gesetzentwurf darauf, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

Der Abgeordnete fuhr fort, ihm sei sehr an dieser Klarstellung gelegen, weil ihm nicht bekannt sei, weshalb der erwähnte Duktus gezielt gestreut werde. Wenn man dieses Thema emotional betrachten und so dafür Sorge tragen wolle, dass jedes Krankenhaus weiter im Netz bleibe, dann könne man dies durchaus machen. Letztendlich werde aber der Markt auch das regeln.

Mit Erstaunen habe er auch die Pressemitteilung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft vom 1. Juni 2022 zur Kenntnis genommen, zumal der zur Beratung vorliegende Gesetzentwurf weit überwiegend auf den Entscheidungen der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ beruhe, die im Wesentlichen einmütig beschlossen und auch von den Akteuren mitgetragen und teilweise sogar so formuliert worden seien, wie sie sich jetzt im Gesetzentwurf wiederfinden. Manche Akteure seien jetzt wohl wieder in die „Schützengräben“ ihrer Verbandspolitik zurückgekehrt. Dies gelte nicht nur für die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, sondern auch für Teile der kommunalen Vertreter, die ähnlich argumentierten.

Es wäre zu begrüßen, wenn im weiteren Verfahren der Geist der Enquetekommission nicht außer Acht gelassen würde. Über die Pressemitteilung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft sei er, Schwarz, auch deshalb erstaunt, weil von ihr zwischenzeitlich auch Eckpunkte für die nächste Landtagswahl formuliert worden seien, die sich entgegen der jetzigen Pressemitteilung ziemlich stark an den Ergebnissen der Enquetekommission orientierten und denen er, Schwarz, sich zu großen Teilen anschließen könne, weil sie tatsächlich dem Beratungsergebnis der Enquetekommission entsprächen.

In ihrer Pressemitteilung zum Krankenhausgesetz habe die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft auch Regelungen zur Finanzierungsgrundlage und bezüglich einer deutlichen Erhöhung der

Investitionsmittel vermisst. Auch dies sei erstaunlich, weil die Krankenhausinvestitionsmittel und Zuschüsse bekanntlich nicht über das Krankenhausgesetz zur Verfügung gestellt würden, sondern über das Haushaltsgesetz des Landes; das habe insofern nichts mit dem Krankenhausgesetz zu tun.

Hinzuweisen sei in diesem Zusammenhang darauf, dass in der Mittelfristigen Finanzplanung des Landes Niedersachsen 2022 bis 2026, mit der sich der Ausschuss in seiner 165. Sitzung am 21. April 2022 befasst habe, Mittel in einer Größenordnung vorgesehen seien, wie sie ansatzweise auch immer von der Krankenhausgesellschaft und von den kommunalen Spitzenverbänden gefordert worden seien. Die Rede sei zwischenzeitlich von 220 bis 240 Millionen Euro. Von den kommunalen Spitzenverbänden sei mal die Zielmarke von 250 Millionen Euro in den Raum gestellt worden.

Vor diesem Hintergrund und weil solche finanziellen Regelungen nicht in das Krankenhausgesetz gehörten, sollte man nicht „mit Sand streuen“, zumal die Koalitionsfraktionen sehr wohl auf eine Erhöhung der Krankenhausinvestitionsmittel gedrungen hätten.

Auch treffe der von mancher Seite erweckte Eindruck nicht zu, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Strukturen zerstört werden sollten und die Versorgung verschlechtert werden solle. Genau das Gegenteil sei das Ziel des Gesetzentwurfs im guten Einklang mit dem, was auf der Bundesebene an diskutiert werde.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schloss sich den Ausführungen des Abg. Schwarz an. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass zum Teil in gekauften Veröffentlichungen in Anzeigeblätttern falsche Behauptungen aufgestellt würden und z. B. der Landkreis Diepholz fast als Ostfriesland zugehörig dargestellt werde.

Seiner Meinung nach seien in den vergangenen Monaten gemeinsam sehr sachliche Beratungen über die künftige medizinische Versorgung in Niedersachsen geführt worden. Diese sollten nun auch in diesem Sinne gemeinsam zu Ende geführt werden. Zahlreiche Interessierte aus Verbänden sowie vonseiten der Leistungserbringer und Kostenträger nicht nur in Niedersachsen, sondern durchaus auch bundesweit verfolgten diese Beratungen unter dem Blickwinkel, ob es wirklich bei diesem Geist bleibe und dieses Ge-

setzgebungsverfahren erfolgreich zu Ende gebracht werde. In diesem Sinne sei es aller Anstrengungen wert, die zwei Jahre Vorarbeit, die geleistet worden sei, nun gemeinsam zu Ende zu bringen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) legte dar, sie wolle sich jetzt nicht über irgendwelche Pressemitteilungen äußern. Fakt sei aber, dass sich die Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ auf die bekannten Eckpunkte geeinigt habe, auf deren Grundlage nun eine Reform des Krankenhausgesetzes angegangen werde, um vor allem auch dem fortschreitenden großen Problem der stationären medizinischen Versorgung in der Fläche entgegenzuwirken, das der Markt leider nicht selbst regle.

Die Kritik gegenüber dem Gesetzesvorhaben gehe möglicherweise auch auf Äußerungen auf der Pressekonferenz zur Einbringung des Gesetzentwurfs auf die Frage zurück, wie viele Krankenhäuser künftig geschlossen werden sollten. Fakt sei aber, dass das Land kein Krankenhaus schließen werde. Vielmehr solle mit der Gesetzesänderung Klarheit bezüglich der künftigen acht Versorgungsregionen und der Existenz von Krankenhäusern der Maximalversorgung, von Fachkliniken und auch von kleineren Krankenhäusern geschaffen werden, aber werde auch die Tür für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch regionale Gesundheitszentren geöffnet, für die im Gesetzentwurf gewisse Leitplanken für die ambulante und stationäre Versorgung eingezeichnet würden.

Das Thema der Krankenhausinvestitionsmittel stelle sich im Kontext dieses Gesetzentwurfs nicht. Sie, Frau Janssen-Kucz, habe aber bereits deutlich gemacht, dass bei diesem Thema weiter Handlungsbedarf bestehe. Über die Mittelfristige Planung habe sich diesbezüglich schon ein bisschen getan. Das Thema der Investitionsmittel müsse aber noch einmal angegangen werden.

Ziel bleibe es nach wie vor, eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft aufzustellen, aber dabei auch die Qualität nicht aus den Augen zu verlieren und für die nächsten 10 bis 15 Jahre ein qualitativ hochwertiges Angebot zu schaffen. Dies sei der Ansatz der Fraktion der Grünen.

In dem Gesetzentwurf sei allerdings zum Teil auch eine Überregulierung festzustellen. Manche Regelungen seien auch noch nicht präzise genug. Diese Punkte sozusagen in das richtige Fahrwasser zu bringen, sei Gegenstand der bevorstehenden Gesetzesberatungen.

Abg. **Stephan Bothe** (fraktionslos) führte aus, die Aussage des Abg. Schwarz, dass es bei diesem Gesetzentwurf nicht um die Schließung von Krankenhäusern gehe, passe nicht zu der öffentlichen Diskussion um dieses Gesetzesvorhaben und die in dessen Folge entstehenden „Schließungsorgen“. Diese öffentliche Diskussion hätten die Koalitionsfraktionen auch selbst mit zu verantworten, nachdem der Abg. Meyer etwa im *aerzteblatt* vom 20. Januar 2022 mit dessen Aussage zitiert werde, dass von den derzeit 168 Krankenhäusern im Land in den kommenden zehn Jahren etwa 30 bis 40 wegfallen könnten. Diese Aussage habe im Folgenden natürlich auch zu emotionalen Reaktionen geführt, welche auch durch die Erfahrungen in den letzten zwei Jahren mit den Krankenhaus- und Intensivbehandlungskapazitäten sowie den Freiheitseinschränkungen durch die Corona-Verordnung zu erklären seien.

Vor diesem Hintergrund sollte mit sehr großer Sensibilität an die Änderung des Krankenhausgesetzes herangegangen werden und sei die daran geäußerte Kritik durchaus nachvollziehbar, zumal wenn einerseits bestritten werde, dass es nicht um die Schließung von Krankenhäusern gehe, aber andererseits Schließungen durchaus im Raum ständen und diese selbst von den Koalitionsfraktionen erwähnt würden.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) entgegnete, das Land Niedersachsen habe in der Tat, wie auch der Abg. Schwarz klargestellt habe, keine Krankenhäuser geschlossen. Die Anträge für den Krankenhausplanungsausschuss ließen erkennen, dass durch Zentralisierung, Konzentration und Spezialisierung künftig irgendwann zwangsläufig andere Krankenhäuser nicht mehr Bestandteil des Krankenhausplans sein würden. Dieser Prozess könne gar nicht aufgehalten werden. Mit diesem Gesetzesvorhaben bestehe aber die Chance, diesen Prozess zu steuern und selber mit einzugreifen. Diese Möglichkeit habe bislang nicht bestanden. Hierin liege ein feiner Unterschied.

Der **Ausschuss** begann sodann mit der Beratung der einzelnen Punkte des Gesetzentwurfs auf der Grundlage der **Vorlage 38**.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) trug die Anmerkungen und Änderungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu den einzelnen Punkten des Gesetzentwurfs vor und erläuterte diese im Sinne der Vorlage 38. Darauf wird verwiesen. Eine Aussprache ergab sich zu den folgenden Regelungen des Gesetzentwurfs.

## **Artikel 1 - Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)**

### **Erster Teil - Allgemeine Vorschriften**

#### **§ 1: Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern, Anwendungsbereich**

Zu dem Hinweis des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass es einer rechtspolitischen Entscheidung bedürfe, ob der in eckige Klammern gesetzte Zusatz „durch die Landkreise und kreisfreien Städte“ in den **Satz 3** eingefügt werde oder nicht, warf Abg. **Volker Meyer** (CDU) die Frage auf, ob der Bezug nicht bereits durch **Satz 1** „Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises ... sicherzustellen“ klar sei, sodass der Zusatz entbehrlich sei.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) gab zur Antwort, nach der Rechtsprechung des BGH gelte die Ausnahme vom Beihilfeverbot nur für Krankenhäuser, die die öffentliche Hand selbst aufgrund ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrags betreibe; nur dazu habe der BGH ausdrücklich entschieden, dass es sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse handle. Nach Satz 1 treffe diese Pflicht nur die Landkreise und kreisfreien Städte. Zur Klarstellung könnte in Satz 3 der in Rede stehende Zusatz eingefügt werden. Ohne diesen Zusatz könnte die Regelung möglicherweise so ausgelegt werden, dass jede Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen von dem Beihilfeverbot ausgenommen sei. Dies sei jedoch nicht gemeint. Das Ministerium habe argumentiert, dass es den Kommunen selbst überlassen sei, wie sie die Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicherstellten und ob sie sich z. B. an einem Krankenhaus beteiligten, deshalb könne der Zusatz eventuell eine zu große Einschränkung bewirken.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) hielt die Klarstellung durch den Zusatz in Satz 3 im Hinblick auf manche Debatte, die in der Vergangenheit mit dem

vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst ange-deuteten Duktus geführt worden sei, für hilfreich.

Abg. **Björn Försterling** (FDP) war interessiert zu erfahren, weshalb in dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu Satz 3 das Wort „bedarfsgerecht“ entfallen sei.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) antwor-te, die Anforderung an eine „bedarfsgerechte“ Versorgung mit Krankenhäusern werde noch an anderen Stellen des Gesetzentwurfs im Einzelnen geregelt und sei eher ein krankenhausesplanungs-rechtlicher Aspekt. Im Hinblick auf die Zweifels-fragen, die damit verbunden wären, wenn die Be-darfsgerechtigkeit auch bei den unionsrechtlichen Beihilfavorschriften ein Kriterium wäre und im Einzelnen jeweils mit abgeprüft werden müsste, rate der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst im Einvernehmen mit dem Ministerium dazu, das Wort „bedarfsgerecht“ hier zu streichen.

Abg. **Björn Försterling** (FDP) war der Auffas-sung, dass dann, wenn eine Kommune aus be-stimmten Gründen bei einer über den Bedarf hin-ausgehenden Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen einen Defizitenausgleich vornehmen würde, eigentlich nicht eine Ausnah-me vom unionsrechtlichen Beihilfeverbot gerecht-fertigt wäre. - ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) erläuterte, der BGH habe in seiner Recht-sprechung auf den Aspekt der Bedarfsgerechtig-keit nicht abgestellt. Nach seiner Rechtsprechung sei alles, was den gesetzlichen Sicherstellungs-auftrag umfasse und danach notwendig sei, eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse. Insofern sei aus der Sicht des Gesetz-gebungs- und Beratungsdienstes das Merkmal „bedarfsgerecht“ an dieser Stelle nicht zwingend geboten.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) erklärte sich mit dem Formulierungsvorschlag des Gesetzge-bungs- und Beratungsdienstes einverstanden, das Wort „bedarfsgerecht“ zu streichen.

Die Abgeordnete war der Auffassung, dass bei der Versorgung der Bevölkerung mit Kranken-hausleistungen nicht allein auf das allgemeine wirtschaftliche Interesse abgestellt werden sollte, weil dadurch der Fokus wieder sehr stark auf den Markt und rein wirtschaftliche Interessen gerichtet würde, sondern auch die gesamtgesellschaftliche Verantwortung im Sinne der Daseinsvorsorge hervorgehoben werden sollte

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) stimmte der Vertreterin der Fraktion der Grünen zu. Die Krankenhausver-sorgung sei ein Kern der Daseinsvorsorge und sollte insofern nicht allein unter fiskalischen bzw. wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet wer-den.

Den Begriff der „bedarfsgerechten“ Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen hielt der Abgeordnete für zu schwammig. Diese For-mulierung hätte möglicherweise auch zur Folge, dass der Kostenträger die Kostenübernahme verweigern würde. Insofern sollte das Wort „be-darfsgerechten“, wie vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst vorgeschlagen, gestrichen wer-den.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) regte an, in Satz 1 hinter den Worten „Die Landkreise und kreisfreien Städte haben“ die Worte „im Rahmen der Daseinsvorsorge“ einzufügen. Aus systemati-schen Gründen wäre diese Einfügung dort pas-sender als in der eher technischen Regelung, die sich auf das Beihilferecht beziehe.

Der **Ausschuss** war mit diesem Formulierungs-vorschlag ebenso wie mit den anderen Formulie-rungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Be-ratungsdienstes zu Absatz 1 einschließlich des Ein-schubs „durch die Landkreise und kreisfreien Städte“ einverstanden.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) plädierte dafür, den vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auf Seite 6 der Vorlage 38 vorge-schlagenen **neuen Satz 2/1** einzufügen:

„Bei der Sicherstellung der Krankenhausver-sorgung durch die Landkreise und kreisfreien Städte sollen eine gebietsübergreifende Zu-sammenarbeit angestrebt und die Kranken-hausversorgung aufeinander abgestimmt wer-den.“

Durch diese Regelung, die auch schon der Praxis entspreche, werde klargestellt, dass ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt nicht verpflichtet sei, im Rahmen der Daseinsvorsorge in seinem bzw. ih-rem Gebiet ein Krankenhaus einzurichten, wenn es dort keines gebe, sondern auch eine Koopera-tion mit einer anderen Gebietskörperschaft zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags ein-gehen könne, wenn z. B. in 30 km Entfernung - wie im Fall des Landkreises Northeim - ein oder zwei Krankenhäuser der Maximalversorgung existierten.



Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, den neuen Satz 2/1 zu übernehmen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) war der Auffassung, dass es zwingend notwendig sei, den **Absatz 2** „Dieses Gesetz gilt für alle Krankenhäuser im Sinne des § 3 Nr. 1“ um die Worte „sowie regionale Gesundheitszentren im Sinne des § 3 Nr. 12“ zu ergänzen. Denn nach der gegenwärtigen Gesetzeslage hätten die regionalen Gesundheitszentren eine Zwischenstellung: Sie seien weder ein Krankenhaus noch ein Ärztehaus, sondern eine Einrichtung dazwischen. Der Bund fördere aktuell mit seinem Innovationsfonds ähnliche Modelle, die allerdings als Krankenhaus bzw. Minikrankenhaus bezeichnet würden. Insofern stelle sich die Frage, ob ohne diese Einfügung Umsetzungsschwierigkeiten im Hinblick auf die regionalen Gesundheitszentren entstünden.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) führte aus, nach der im Entwurf angelegten Konstruktion sei ein regionales Gesundheitszentrum kein Krankenhaus. Nach dem vom Sozialministerium nunmehr vorgeschlagenen Konzept könne ein regionales Gesundheitszentrum auch als kleines Krankenhaus geführt werden oder mit einem solchen zusammenhängen; dabei könne es aber auch Überschneidungen geben. Mit der vorgeschlagenen Einfügung würden alle Fallkonstellationen abgedeckt. So werde auch in den nachfolgenden Regelungen vorgeschlagen, das regionale Gesundheitszentrum nicht abschließend so zu definieren, dass es nur eine Art der Konstruktion gebe, sondern einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, der verschiedenste Ausgestaltungen ermögliche, und zwar dann auch solche, die dazu führten, dass es ein kleines Krankenhaus sei oder mit einem Krankenhaus in Verbindung stehe.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) rief in Erinnerung, dass in der Enquetekommission bei der Diskussion über diese zentrale Frage der künftigen Struktur im Land Niedersachsen von interessierter Seite argumentiert worden sei, dass regionale Gesundheitszentren weder das eine noch das andere, also gar nichts seien verbunden mit unklaren Zuständigkeitsfragen. Insofern bitte er um eine Stellungnahme seitens des Ministeriums, ob die vorgeschlagene Ergänzung ausreiche.

RefL **Dr. Robbers** (MS) legte dar, aus der Sicht des Ministeriums sei es sehr sinnvoll, Modelle für regionale Gesundheitszentren zu entwickeln. Dies stelle allerdings eine große Herausforderung dar, weil die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen

für eine sektorenübergreifende Planung und Zusammenarbeit noch nicht in dem wünschenswerten Maße ausgeprägt seien. Solange noch die rechtlichen Rahmenbedingungen insbesondere für die Abrechnung von kurzstationären Leistungen bzw. stationären krankenhaushnahen Pflegeleistungen fehlten und Vergütungsmodelle für solche Zwischenformen der Versorgung fehlten, sei es sehr wahrscheinlich, dass die regionalen Gesundheitszentren in der nächsten Zeit noch zwingend zu einem Teil noch Krankenhaus seien; denn nur so könne eine Abrechnung der Behandlungsfälle gewährleistet werden. Auch vonseiten der Träger werde darauf hingewiesen, dass sie die Krankenhaus-IK benötigten, solange bundesrechtlich keine anderen Abrechnungsmöglichkeiten beständen. Insofern werde es in der nächsten Zeit nur regionale Gesundheitszentren mit einem Krankenhaus-Standbein geben und halte er, Dr. Robbers, die vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst vorgeschlagene Ergänzung für richtig, aber auch für ausreichend.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) wies noch auf den vom Ministerium vorgeschlagenen **neuen Satz 6** in **§ 5 Abs. 3** zur Konzeption der regionalen Gesundheitszentren hin (s. S. 43 der Vorlage 38):

„Abweichend von Satz 3 kann ein bestehendes Allgemeinkrankenhaus zur kurzstationären Versorgung mit einer in der Verordnung ... festzulegenden maximalen Bettenzahl als regionales Gesundheitszentrum oder in Zusammenhang mit einem solchen in den Krankenhausplan ohne Zuordnung zu einer Versorgungsstufe aufgenommen werden.“

Das Grundproblem sei: Das Land könne die Einrichtung von regionalen Gesundheitszentren regeln. Diese stellten zunächst einmal eine organisatorische Hülle dar. Noch offen seien aber die Fragen, ob deren Leistungen gegenüber der GKV abrechnungsfähig seien und ob diese Einrichtungen über den Krankenhausplan gefördert werden könnten. Diesbezüglich fehlten noch entsprechende bundesrechtliche Regelungen. Daher müsse man sich mit der vorgesehenen Konstruktion behelfen.

Der **Ausschuss** übernahm den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu Absatz 2.

## § 2: Ziele

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schloss sich dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes an, in **Absatz 1 Satz 1** das Wort „insbesondere“ zu streichen, weil jeder Mensch Anspruch auf eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung habe.

Ferner sprach sich der Abgeordnete dafür aus, der Anregung des Ministeriums bzw. der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen zu folgen, auch „Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen“ aufzuführen und die Worte „demenziell Erkrankter“ durchgängig durch die Worte „Menschen mit Demenz“ zu ersetzen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) plädierte ebenfalls für die Formulierung „Menschen mit Demenz“. Die Abgeordnete äußerte aber Bedenken gegen den Begriff „Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen“. Sie gab zu überlegen, stattdessen die Formulierung „Menschen mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen“ zu verwenden.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) merkte an, Patienten mit Demenz, die insbesondere wegen einer anderen Erkrankung im Krankenhaus behandelt würden, könnten dort bislang nur in den seltensten Fällen ausreichend betreut werden. Daher sollten sie an dieser Stelle des Gesetzentwurfs besonders herausgehoben werden, wie dies schon in einer alten Entschließung des Landtags gefordert werde, die nach wie vor aktuell sei. Die Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen habe hierzu seiner, Schwarz', Auffassung nach zu Recht darauf hingewiesen, dass an dieser Stelle eine einzige Personengruppe explizit herausgegriffen werde, und durchaus nachvollziehbar vorgeschlagen, ausdrücklich auch „Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen“ aufzuführen. Der Formulierungsvorschlag der Abg. Janssen-Kucz, stattdessen auf „Menschen mit körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen“ abzuheben, werfe jedoch die rechtliche Frage auf, wie die Begriffe „Behinderungen“ und „Beeinträchtigungen“ definiert seien. Seiner, Schwarz', Einschätzung nach gehe der Begriff „Beeinträchtigungen“ weiter; denn eine Person, die z. B. mit ihrem Fuß umknicke, sei daraufhin möglicherweise in ihren Bewegungen beeinträchtigt, aber nicht behindert. Insofern neige er dazu, an der Formulierung „Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen“ festzuhalten.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) verwies darauf, dass der Begriff „Behinderung“ im Behindertengleichstellungsgesetz und in der UN-Behindertenrechtskonvention definiert sei. Wenn über die Behinderung hinaus noch weitere Aspekte berücksichtigt werden sollten, sei dies eine rechtspolitische Entscheidung. Eine rechtliche Notwendigkeit hierzu bestehe aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes nicht.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) sprach sich daraufhin dafür aus, die Formulierung „Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen“ zu übernehmen.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, die Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes in der Vorlage 38 zu Satz 1 zu übernehmen.

Zu **Satz 2** bat Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) um eine Stellungnahme des Ministeriums zu der Anregung des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, vor dem Wort „Krankenhausplanung“ die Worte „bedarforientierten und an Versorgungsstufen orientierten prospektiven“ zu streichen, um die Regelung in der Zielbestimmung des Gesetzes nicht zu überfrachten. Der Abgeordnete rief in diesem Zusammenhang in Erinnerung, dass bei den Beratungen in der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ die künftige Krankenhausplanung eine große Rolle gespielt habe. Der Aspekt einer am Bedarf orientierten und prospektiven Krankenhausplanung sei aus einer Vielzahl von Vorschlägen, was in die zukünftige Krankenhausplanung einfließen solle, in den Gesetzentwurf übernommen worden. Wenn diese Worte nun gestrichen würden, würde es sozusagen bei der alten Formulierung bleiben und der Aspekt fehlen, dass die zukünftige Krankenhausplanung nach bestimmten Kriterien weiterentwickelt werden solle.

MDgt'in **Schröder** (MS) legte dar, nicht nur in der Enquetekommission, sondern auch in den Überlegungen der Landesregierung habe eine Rolle gespielt, dass bei der Zulassung von Krankenhäusern und auch schon bei der Zielbestimmung in § 2 deutlich werden solle, dass sie an einer künftigen Versorgungsstruktur interessiert sei, die sich auch an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausrichte. Insofern sollte auch in § 2 sehr deutlich zum Ausdruck kommen, dass es primär darum gehe, eine an Patientenbedürfnis-

sen ausgerichtete und orientierte Versorgung zu beplanen. Dieser neue Schwerpunkt sollte auch ausdrücklich aufgeführt werden. Insofern würde es die Landesregierung begrüßen, wenn die Worte „bedarfsorientierten und an Versorgungsstufen orientierten prospektiven“ nicht gestrichen würden.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, diese Worte nicht zu streichen und den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, die Worte „Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen“ durch das Wort „Qualitätsvorgaben“ zu ersetzen, zu übernehmen.

Zu **Satz 3** „Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten, sofern die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist“ gab Abg. **Oliver Lottke** (SPD) zu überlegen, das Wort „gleichwertig“ durch das Wort „vergleichbar“ zu ersetzen, um den Qualitätsaspekt an dieser Stelle nicht völlig außer Acht zu lassen.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) führte aus, diese Regelung berühre die Frage, inwieweit private Krankenhäuser gegenüber Krankenhäusern öffentlicher oder freigemeinnütziger Träger gleichgestellt oder vergleichbar seien und Erstere eventuell Vorteile oder die privaten Träger einen Anspruch auf Gleichbehandlung hätten. Der Grundsatz der Trägervielfalt im ersten Halbsatz, der sich auch im Krankenhausgesetz wiederfinde, entspreche auch der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

Wie in der Vorlage 38 näher ausgeführt, sei es allerdings rechtlich durchaus heikel, bei der Gleichbehandlung der unterschiedlichen Trägerformen Qualitätsvorgaben zu machen. Aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sollte an dieser Stelle nicht der Eindruck erweckt werden, dass mit dem zweiten Halbsatz über die Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes hinausgegangen werde und dass bestimmte Krankenhäuser schon bei der Zielbestimmung auf Nachrang gesetzt würden. Die rechtlichen Probleme könnten vermieden werden, wenn der zweite Halbsatz gestrichen würde.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) verwies darauf, dass die Qualitätssicherung, die Versorgungsstufen, die Versorgungsaufträge usw. in nachfolgenden Paragraphen im Einzelnen geregelt würden. Insofern erübrige sich seiner Meinung nach eine solche explizite Aussage zur Qualität der erbrachten

Leistungen in den Zielbestimmungen des Gesetzes.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) stimmte dem Abg. Meyer zu. Wenn die Qualitätsvorgaben an anderer Stelle präzisiert würden, stelle sich in der Tat die Frage, ob eine solche Aussage in § 2 zu den Zielen des Gesetzes notwendig sei. Allerdings sollte die Formulierung „Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten“ in eine Sollvorschrift geändert werden. Der Hintergrund der Regelung des Gesetzesentwurfs sei, dass auch in den Beratungen der Enquetekommission deutlich geworden sei, dass die bestehende Trägervielfalt nicht abgeschafft werden solle und könne, aber dass die Trägervielfalt auch beinhalten müsse, dass vergleichbare Leistungsangebote gemacht würden. Diese Aussage sei aus der Diskussion entstanden, wie sich die Trägerlandschaft in Niedersachsen entwickelt habe und ob diese Entwicklung dazu geführt habe, dass sich bestimmte Träger um ein breites Angebot und gute Qualität bemühten und mit einer schwarzen Null zufrieden seien und andere Träger ihre Qualitätsgesichtspunkte nach der Höhe der Gewinnmarge für die Ausschüttungen ausrichteten. Diese sehr lange Debatte in der Enquetekommission finde sich zusammengefasst in diesem Satz 3 wieder. Wenn entsprechende Regelungen hierzu in nachfolgenden Paragraphen getroffen würden, könne der zweite Halbsatz gestrichen werden; anderenfalls sollte er beibehalten werden.

Der Abgeordnete bat um eine Stellungnahme seitens des Ministeriums zu dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) erläuterte, die Qualitätsvorgaben, die jedes Krankenhaus unabhängig von der Art der Trägerschaft erfüllen müsse, seien vor allem in § 5 des Gesetzesentwurfs geregelt. Zu der Frage, ob zwischen Krankenhäusern hinsichtlich ihrer Trägerschaft durch private und freigemeinnützige Träger einerseits und öffentliche Träger andererseits differenziert werden könne, sei darauf hinzuweisen, dass das Landesgesetz auch an die Vorgaben in § 1 Abs. 2 KHG gebunden sei:

„Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung

freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.“

Danach müssten nicht nur Krankenhäuser öffentlicher Träger, sondern auch freigemeinnütziger und privater Träger wirtschaftlich gesichert sein. Dementsprechend sei es auch ein Ziel des Gesetzentwurfs, die Förderung und die Krankenhausplanung so zu gestalten, dass die wirtschaftliche Sicherung aller Krankenhäuser gewährleistet sei. Daher rege der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst an, an dieser Stelle des Gesetzentwurfs die Qualitätsmaßstäbe und Vergleichbarkeit in der Qualität eher nicht in den Vordergrund zu stellen, um etwaige Abgrenzungsschwierigkeiten zu § 1 Abs. 2 KHG zu vermeiden.

RefL **Dr. Robbers** (MS) führte aus, aus der Sicht des Ministeriums wäre es wünschenswert, wenn im Hinblick auf die Beratungen in der Enquetekommission nicht in einem der nachfolgenden Paragraphen, sondern bereits an der sehr prominenten Stelle der Zielbestimmung des Gesetzes eine Aussage zur Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen getroffen würde. Problematisch wäre es jedoch, wenn der Duktus entstünde, dass die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten sei, sofern ein privater Träger überhaupt die gleiche Leistung erbringe, und wenn unterstellt würde, dass Leistungen privater Träger möglicherweise schlechter seien als diejenigen kommunaler oder freigemeinnütziger Träger. Vor diesem Hintergrund sei das Ministerium im Hinblick auf die bundesgesetzlichen Regelungen und die Rechtsprechung sowie auf mögliche rechtliche Auslegungsprobleme aus rein rechtlichen Gründen, aber nicht aus inhaltlichen Gründen mit der Streichung des zweiten Halbsatzes einverstanden.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) wies darauf hin, dass der Satz 2 bereits Aussagen zur Behandlungsqualität und zu den Qualitätsvorgaben enthalte. Insofern sollte seiner Meinung nach der zweite Halbsatz des Satzes 3 aus den dargestellten rechtlichen Gründen gestrichen werden.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) hob hervor, dass die Trägervielfalt nicht infrage gestellt werde. Er bat den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, über einen Formulierungsvorschlag nachzudenken, durch den der Aspekt der Qualität nicht komplett entfalle. - ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) sagte dies zu.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) erklärte, dass er den Formulierungsvorschlag des Ministeriums zu **Ab-satz 2** (S. 16 der Vorlage 38), gegen den der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken geäußert habe, grundsätzlich gut finde. Seiner Meinung nach sollte diese Regelung aber nicht so absolut formuliert werden: „... sollen an geeigneten Standorten, an denen ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht besteht, regionale Gesundheitszentren gefördert werden.“ Denn möglicherweise würde damit ein Anspruch geschaffen, an Standorten, an denen es bislang kein Krankenhaus gegeben, die Versorgung aber funktioniert habe, regionale Gesundheitszentren einzurichten. Auch in der Enquetekommission seien lange Diskussionen darüber geführt worden, dass nicht jeder Standort, der seitens eines Krankenhausträgers aufgegeben werde, zugleich auch ein Standort für ein regionales Gesundheitszentrum sei. Nach langen Kämpfen um die Zuständigkeit für die Standortfindung sei nun mangels eines anderen Gremiums vorgesehen, dass der Krankenhausplanungsausschuss Standorte für ein regionales Gesundheitszentrum benennen solle. Dem trage der in Rede stehende Formulierungsvorschlag aber noch nicht hinreichend Rechnung. Insofern sollte er dahin gehend modifiziert werden, dass an geeigneten Standorten, an denen ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht oder nicht mehr bestehe, regionale Gesundheitszentren gefördert werden sollten, wenn sie zur Versorgung notwendig seien. Vermieden werden sollten bei der Versorgung aber weiße Flecken, wie sie etwa in Dänemark existierten.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) sprach sich dafür aus, den Formulierungsvorschlag des Ministeriums zu übernehmen und gegebenenfalls noch eine Regelung anzufügen, nach der die Standortfindung über den Krankenhausplanungsausschuss abgesichert werden solle.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) erläuterte, Voraussetzung für die Förderung sei, dass es sich um einen „geeigneten“ Standort handle und dass an diesem Standort - als ausschließendes Merkmal - kein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bestehe. Diese Regelung sei insofern nicht so zu verstehen, dass überall dort, wo kein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung existiere, ein geeigneter Standort vorhanden sei. Entscheidend sei das Merkmal „geeignet“. Wie diese Regelung ausgefüllt werde und welche Institution zu beurteilen habe, ob ein

Standort geeignet sei, lasse diese Regelung noch offen.

RefL **Dr. Robbers** (MS) stimmte dem Abg. Schwarz darin zu, dass der in Rede stehende Formulierungsvorschlag auch so ausgelegt oder falsch interpretiert werden könnte, dass jeder Standort, an dem ein Krankenhaus geschlossen worden sei, für ein regionales Gesundheitszentrum geeignet sei. Auf diesen Gedanken sei er just auch am heutigen Morgen gekommen, nachdem er eine Mail aus Dissen gelesen habe, wo vor acht Jahren das Krankenhaus geschlossen worden sei und nun möglicherweise Forderungen auf Einrichtung eines regionalen Gesundheitszentrums erhoben würden. Eine Lösung bestünde möglicherweise darin, die Formulierung „an denen ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht besteht“, durch die Formulierung „an denen ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht mehr weiterbetrieben werden kann“ zu ersetzen. Mit dieser Regelung sollten nicht Fälle aus der Vergangenheit, sondern zukünftige Fälle erfasst werden, in denen ein Krankenhaus wirtschaftlich nicht mehr qualitativ hochwertig weiterbetrieben werden könne und dann, wenn dies erforderlich sei und der Standort geeignet sei, ein regionales Gesundheitszentrum gegründet werden könne.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) bat den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst um einen Formulierungsvorschlag für eine Regelung, aus der kein Anspruch auf Einrichtung eines regionalen Gesundheitszentrums abgeleitet werden könne.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) führte an, dass die Regelung etwa in dem Sinne modifiziert werden könnte, dass zur Stärkung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen wohnortnahen sektorenübergreifenden Versorgung an geeigneten Standorten regionale Gesundheitszentren gefördert werden sollten und dass ein Standort geeignet sein könne, wenn dort ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht oder nicht mehr betrieben werden könne.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) hob hervor, dass regionale Gesundheitszentren im Sinne des Gesetzes ein Alternativangebot an den Standorten sein sollten, an denen ein Krankenhaus keine Zukunftsperspektive mehr habe, um so auch die erwähnten weißen Flecken zu vermeiden. In manchen Fällen, in denen die Einrichtung eines regionalen Gesundheitszentrums gefordert werde, sei

tatsächlich häufig ein Ärztehaus gemeint und nicht ein regionales Gesundheitszentrum, das die Anforderungen erfülle, die in § 3 Nr. 12 definiert seien, und den erwähnten Charakter einer Zwischenstellung habe. Die in Rede stehende Regelung richte sich auch nicht gegen die Aktivitäten großer Unternehmen, die Krankenhäuser aufkaufen und im Kern die Einrichtung eines medizinischen Versorgungszentrums vor Augen hätten. Vor diesem Hintergrund müsse eine Regelung gefunden werden, mit der Grenzfälle vermieden würden und klar geregelt werde, was gemeint sei, nämlich eine Auffanglösung für wegfallende Krankenhäuser.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) kündigte zu Absatz 2 einen entsprechenden Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes für die weiteren Beratungen an.

Mit dem Formulierungsvorschlag zu **Absatz 3** einschließlich der in eckige Klammern gesetzten Worte „sowie ein Entlassmanagement und regionale Versorgungs- und Weiterbehandlungsnetzwerke“ war der **Ausschuss** einverstanden, ebenso mit den Formulierungsvorschlägen zu **Absatz 4** einschließlich der in eckige Klammern gesetzten Worte.

### § 3 - Begriffsbestimmungen

Der **Ausschuss** übernahm die Formulierungsvorschläge in der Vorlage 38 zu den **Nrn. 1, 2, 3, 4** und **5**.

Zu der **Nr. 6** plädierte Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) dafür, den Inhalt der beiden eckigen Klammern zu übernehmen. Insbesondere die Einfügung „oder bei einem Wechsel der anteiligen Eigentumsverhältnisse oder einem Mehrheitswechsel bei den Gesellschaftsanteilen eines Krankenhausträgers“, die im Rahmen der Anhörung auch von der GKV gefordert worden sei, halte er im Hinblick auf Fälle aus der Vergangenheit für eine sehr wichtige Verbesserung, in denen aus Gründen der Gewinnmaximierung für die Anleger mehrere jeweils mit einem Konkurs verbundene Betreiberwechsel bei einem Krankenhaus, aber kein Wechsel in den Mehrheitsverhältnissen vorgenommen worden sei, um der Bedarfsprüfung aus dem Wege zu gehen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) sprach sich ebenfalls dafür aus, die beiden Einfügungen zu übernehmen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) begrüßte ebenfalls die Ergänzung. Dabei handele es sich um einen der Kernpunkte im Rahmen der schriftlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf, bei der auch Befürchtungen geäußert worden seien, dass es letztendlich zu einer kalten Enteignung kommen könnte. Das zu verhindern und auch die Anregung der GKV aufzunehmen, halte er für wichtig, weil dies zu großer Akzeptanz bei den Betroffenen für diese Gesetzesänderung führe und auch Anwendungssicherheit biete.

Der **Ausschuss** übernahm die Formulierungsvorschläge in der Vorlage 38 zu den **Nrn. 6, 7, 8** und **9**.

Zu **Nr. 10** „Versorgungsstufe“ plädierte Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) dafür, die Formulierungsvorschläge in der Vorlage 38 mit der Definition der Versorgungsstufen I, II und III zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang führte der Abgeordnete an, dass insbesondere im Gesundheitsbereich häufig sehr erfinderische Lösungen konstruiert würden, die nicht unbedingt dem Willen des Gesetzgebers entsprächen. Dies gelte nun offensichtlich auch schon bezüglich des Maximalversorgers, über den künftig jede Region verfügen solle. So würden bereits Überlegungen angestellt, mehrere Krankenhäuser im Radius von z. B. 20 km irgendwie zusammenzufassen, um die Schwelle von 600 Betten zu überschreiten und den Status als Maximalversorger zu erlangen. Insofern stelle sich die Frage, ob solche Konstruktionen im Gesetz oder über die Verordnung nach diesem Gesetz verhindert werden könnten. Er, Schwarz, halte es durchaus für sinnvoll, Synergien zu nutzen. Notwendig sei dafür jedoch räumliche Nähe; denn es wäre nicht im Sinne schwerkranker Patienten, wenn sie kilometerweit zwischen den einzelnen Krankenhäusern hin und her transportiert werden müssten und diese langen Transporte womöglich nicht überlebten. Seiner Auffassung nach könne ein Maximalversorger nur ein in sich geschlossenes Projekt sein, welches allerdings durchaus aus unterschiedlichen Gebäuden bestehen könne, wie z. B. die Universitätsmedizin Göttingen, wo Patienten durchaus weite Wege zwischen einer Station und einem OP-Saal zurücklegen müssten.

Vor diesem Hintergrund bitte er den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, einen Formulierungsvorschlag zu erarbeiten, durch den die Erfüllung z. B. der Versorgungsstufe III „Maximalver-

sorgung“ an bestimmte räumliche Voraussetzungen geknüpft werde.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) war der Auffassung, dass ein Merkmal für einen Maximalversorger auch eine einheitliche unternehmerische Führung sei und beispielsweise eine sogenannte Kooperation von zwei Spezialversorgern in 10 km Entfernung dieses Merkmal nicht erfüllen würde.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) warf die Frage auf, ob im Gesetz geregelt werden sollte, dass es künftig höchstens einen Maximalversorger pro Versorgungsregion geben solle, oder ob es ausreiche, eine solche Regelung in der Verordnung zu treffen.

Ferner warf der Abgeordnete die Frage auf, ob Fachkrankenhäuser auch im Zusammenhang mit den Versorgungsstufen aufgeführt werden sollten.

RefL **Dr. Robbers** (MS) merkte an, im Hinblick auf dieses Gesetzgebungsverfahren würden in der Tat schon Ideen innovativer Krankenträger entwickelt, durch scheinbare Zusammenschlüsse die Versorgungsstufe auf dem Papier zu erhöhen. Der Gefahr, sich durch spezielle Konstrukte als Maximalversorger zu gerieren, werde aber bereits durch die vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst vorgeschlagene Formulierung „Grad der Intensität der *in einem bestimmten Krankenhaus* möglichen medizinischen Versorgung“ begegnet. Zudem sei ein Krankenhaus nach der Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Ansammlung von Gebäuden in einem bestimmten Radius - seiner Erinnerung nach im Radius von 2 km -; auch die IK-Nummer spiele dabei eine Rolle. Insofern halte er, Robbers, die Gefahr solch spezieller Konstrukte für übersichtlich. Er werde dieser Frage aber noch einmal nachgehen.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) sagte zu, noch einmal über eine Modifikation des Formulierungsvorschlags nachzudenken. - Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) bat darum, dabei auch die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einzubeziehen.

Mit dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu **Nr. 11** „Versorgungsregion“ war der **Ausschuss** einverstanden.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) sprach sich dafür aus, die Formulierungsvorschläge in der Vorlage 38 zu **Nr. 12** „regionales Gesundheitszentrum“ zu übernehmen. Die Einfügung der Worte „auch im Sinne

des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs“ hielt der Abgeordnete für besonders wichtig, um nicht nur die Pflege im Sinne des SGB V, sondern auch die Kurzzeitpflege bzw. Anschlusspflege im Rahmen von Kurzzeitpflege zu erfassen.

Den Begriff „regionale Anlaufstelle“ hielt der Abgeordnete für missverständlich, weil er so verstanden werden könnte, dass man an dieser Stelle vielleicht Hilfe erfahren oder vielleicht woanders hingeschickt werden könne. Besser wäre etwa der Begriff „regionale Versorgungseinheit“.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) sprach sich ebenfalls dafür aus, einen etwas verbindlicheren Begriff anstelle von „Anlaufstelle“ zu verwenden. Mit den Formulierungsvorschlägen in der Vorlage 38 war die Abgeordnete einverstanden.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) regte an, die Formulierung wie folgt zu modifizieren: „eine zentrale regionale Einrichtung zur sektorenübergreifenden wohnortnahen medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten“.

Der **Ausschuss** kam überein, im weiteren Verlauf der Beratung noch einmal auf diesen Punkt zurückzukommen.

#### § 4 - Mitwirkung der Beteiligten

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) rief in Erinnerung, dass im Rahmen der Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf der einen Seite häufig gefordert worden sei, im Planungsausschuss ebenfalls mit Stimm- bzw. zumindest Rederecht vertreten zu sein, und andererseits das Erfordernis betont worden sei, dass der Planungsausschuss ein handlungsfähiges Gremium bleiben müsse und auf keinen Fall vergrößert werden sollte. Der Abgeordnete bat um eine Stellungnahme des Ministeriums zu der von ihm vorgeschlagenen verbindlichen Festschreibung der Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Beteiligten im Gesetz.

RefL **Dr. Robbers** (MS) legte dar, bei dieser rechtspolitischen Entscheidung handele es sich im Grunde genommen um einen Spagat, einerseits ein handlungsfähiges Gremium zu schaffen und andererseits auch Institutionen, die sich im Bereich der Versorgung besonders gut auskennen, beratend mit einzubinden. Da es in der Vergangenheit Situationen gegeben habe, in denen es schwierig gewesen sei, ausreichend große Räume für die Sitzungen zu finden, weil der Kreis immer größer geworden sei und es durch eine

fehlende gesetzliche Regelung auch nicht möglich gewesen sei, die Zahl der Vertreter eines Beteiligten z. B. von fünf auf drei zu reduzieren, plädiere er aus rein fachlicher Sicht dafür, die Teilnehmerzahl gesetzlich zu regeln, wie dies aus dem Formulierungsvorschlag in der Vorlage 38 ersichtlich sei. Die Gesamtzahl der Vertreterinnen bzw. Vertreter der unmittelbar Beteiligten sowie der acht Vertreterinnen oder Vertreter mit beratender Stimme stelle aus der Sicht des Ministeriums das Maximum dar.

Die vorgeschlagene Zusammensetzung des Planungsausschusses müsse auch in dem Kontext betrachtet werden, dass, wenn das Thema regionale Versorgungszentren in Ermangelung bundesgesetzlicher klarer Regelungen bis auf Weiteres mit im Planungsausschuss verankert werden solle, beispielsweise auch die Kassenärztliche Vereinigung und das für Rettungswesen zuständige Ministerium im Planungsausschuss beratend vertreten seien, weil nur mit ihnen gemeinsam die sektorenübergreifende Versorgung gestaltet werden könne.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) berichtete, dass nach seinen Informationen unmittelbar Beteiligte in der Vergangenheit auch häufig in einem schriftlichen Anhörungsverfahren beteiligt worden seien. Insofern stelle sich die Frage, wie sich in der Vergangenheit die persönliche Teilnahme an den Sitzungen des Planungsausschusses dargestellt habe und ob nicht generell ein schriftliches Beteiligungsverfahren praktiziert werden könne.

RefL **Dr. Robbers** (MS) machte deutlich, dass die Zahl der Teilnehmer an den Sitzungen des Planungsausschusses, abhängig von den zu behandelnden Themen, sehr unterschiedlich sei, im Extrem von 3 bis 25 Teilnehmern.

Nach der Geschäftsordnung des Planungsausschusses müssten die Einladung und die Tagesordnung drei Wochen und die Beratungsunterlagen zwei Wochen vor der Sitzung an die Mitglieder des Planungsausschusses versandt werden. Wenn im Vorfeld - vorwiegend im Hinblick auf die beratenden Mitglieder - differenziert die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben werden müsste und ihre Stellungnahmen nach einer rechtlichen und inhaltlichen Würdigung der Beratungsunterlagen durch sie wenige Tage vor der Sitzung des Planungsausschusses eingingen, würde sich die Frage stellen, wie die schriftlichen Stellungnahmen in den Planungsausschuss eingespeist würden. Inhaltlich wäre die Möglichkeit

zur schriftlichen Stellungnahme sicherlich sinnvoll, im Hinblick auf die Praxis aber eher nicht.

Allerdings bitte er aus fachlicher Sicht im Interesse eines schlanken und entscheidungsstarken Gremiums darum, die Zahl von acht Vertreterinnen bzw. Vertretern mit beratender Stimme nicht zu erhöhen. Die vorgesehene Erweiterung um den Landespatientenschutzbeauftragten, das für das Rettungswesen zuständige Ministerium und den Pflegerat sei insbesondere auch im Hinblick auf die zukünftig zu behandelnden sektorenübergreifenden Themen sinnvoll.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) erklärte, dass er eher zu einer Verschlankung oder Änderung des Verfahrens als zu einer Erweiterung des Planungsausschusses neige.

MDgt'in **Schröder** (MS) machte deutlich, nach den bisherigen Erfahrungen sei aus der Sicht des Ministeriums eine etwas straffere Strukturierung wichtig. Daher beinhalte der Gesetzentwurf den Vorschlag, die Zahl der stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertreter zu begrenzen. Mit der Zahl von insgesamt zwölf Vertreterinnen und Vertretern werde eine gewisse Parität zwischen den unmittelbar Beteiligten, die Trägeraufgaben wahrnehmen, und den unmittelbar Beteiligten, die im Leistungsbereich Kostenträger seien, hergestellt. Darüber hinaus sollten künftig acht weitere Vertreterinnen bzw. Vertreter aus fachlicher Sicht zu der Beratung beitragen. Es habe sich bewährt und als sinnvoll erwiesen, dass in den nicht öffentlichen Sitzungen des Planungsausschusses, in denen auch fachlich sehr intensive Diskussionen stattfänden, sich auch die nicht stimmberechtigten Mitglieder sozusagen live in die Beratung einbringen könnten. Eine rein schriftliche Anhörung würde dem nicht Rechnung tragen. Zudem wäre es dann schwierig, Rückfragen zu stellen. Ihrer Auffassung nach werde mit dem vorgesehenen, aus maximal 20 Personen bestehenden Gremium zukünftig gute Arbeit geleistet werden können.

ParLR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) gab zu überlegen, die Aufgabenbeschreibung für den Planungsausschuss in Satz 1 dahin gehend zu ergänzen, dass er das Ministerium auch hinsichtlich der Standorte für regionale Gesundheitszentren berate, auch wenn diese nicht in den Krankenhausplan aufgenommen würden.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) plädierte dafür, die Aufgabenbeschreibung entsprechend zu erweitern.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) sprach sich ebenfalls dafür aus, mangels eines anderen Gremiums diese Aufgabe dem Planungsausschuss zu übertragen.

RefL **Dr. Robbers** (MS) führte an, dass das Thema der regionalen Gesundheitszentren durchaus nah an den im Planungsausschuss behandelten Themen liege. Wenn der Planungsausschuss etwa feststelle, dass ein Krankenhaus an einem bestimmten Standort langfristig nicht wirtschaftlich oder nicht gut betrieben werden könne, könnte es aber durchaus sinnvoll sein, dort ein regionales Gesundheitszentrum zu etablieren, weil der Standort dafür geeignet sei. Das Thema der regionalen Gesundheitszentren sei aber durchaus komplex, auch was die inhaltliche Ausgestaltung angehe, z. B. wer Träger der Einrichtung sei, welche Partnerinnen und Partner dabei beteiligt würden, welche Fachabteilungen dort angesiedelt würden und welche ergänzenden Leistungsangebote dort gemacht würden. Diese Themen seien nur bedingt für den Krankenhausplanungsausschuss geeignet, sondern fielen eher in den Bereich der Selbstverwaltung oder der regionalen Verantwortung. Insofern rate er dazu, diese Aufgabe für den Planungsausschuss auf die Auswahl geeigneter Standorte für ein regionales Gesundheitszentrum, d. h. auf Strukturfragen zu konkretisieren.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) stimmt Herrn Dr. Robbers zu. Er hob hervor, dass über die Einrichtung eines regionalen Gesundheitszentrums, dessen Trägerschaft und die Ausgestaltung dessen Angebots nur in der Region entschieden werden könne. Zuständig dafür sei die kommunale Gebietskörperschaft, der der Sicherstellungsauftrag obliege. Der Planungsausschuss könne und solle mangels eines anderen Gremiums nur als Impulsgeber fungieren, welcher Standort für ein regionales Gesundheitszentrum geeignet sein könnte, um dadurch auch weiße Flecken bei der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

Der **Ausschuss** bat den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, einen entsprechenden Formulierungsvorschlag zu Satz 1 zu erarbeiten.

Im Ausschuss bestand Einvernehmen, die Formulierungsvorschläge zu **Satz 1** und **Satz 1/1** ein-



schließlich der in eckige Klammern gesetzten Worte zu übernehmen.

Ferner übernahm der Ausschuss den vom Ministerium vorgeschlagenen **neuen Satz 4/1** mit der dazu vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst vorgeschlagenen Einfügung (s. Seite 33 der Vorlage 38).

Mit den Formulierungsvorschlägen zu den **Sätzen 5 bis 6** einschließlich des **neuen Satzes 5/1** war der Ausschuss einverstanden.

Zu **Satz 7** kam der Ausschuss überein, die in eckige Klammern gesetzten Worte „zur Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der unmittelbar Beteiligten“ zu streichen.

Mit den in der Vorlage 38 vorgeschlagenen redaktionellen Änderungen in **Absatz 2** war der Ausschuss einverstanden.

Zu **Absatz 3 Satz 3** rief Abg. **Volker Meyer** (CDU) in Erinnerung, dass vonseiten der kommunalen Spitzenverbände im Hinblick auf die im Gesetzentwurf vorgesehene letztverantwortliche Entscheidung des Ministeriums darauf hingewiesen worden sei, dass das Ministerium 60 % und die Kommunen 40 % der Finanzierungsmittel für die Förderung von Krankenhausinvestitionskosten aufzubringen hätten und dass die Kommunen insofern an den Entscheidungen beteiligt werden sollten. Der Abgeordnete war interessiert zu erfahren, ob dieses Thema noch einmal mit den kommunalen Spitzenverbänden erörtert worden sei. Er erklärte in diesem Zusammenhang, dass er diesem Vorschlag ablehnend gegenüberstehe, weil anderenfalls zu befürchten wäre, dass Entscheidungen blockiert wären.

MDgt'in **Schröder** (MS) legte dar, der Planungsausschuss sei auch nach den bundesrechtlichen Regelungen ein Beratungsgremium. Letztendlich müsse das Ministerium eine Entscheidung treffen. In der Vergangenheit seien aber immer wieder Fälle vorgekommen, in denen über Jahre hinweg keine einvernehmliche Beschlussfassung im Planungsausschuss möglich gewesen sei. Dann habe immer die Frage im Raum gestanden, zu welchem Zeitpunkt das Ministerium sich hinreichend bemüht habe, ein Einvernehmen herzustellen. Mit der in Rede stehenden Vorschrift solle künftig für alle klar ersichtlich klargestellt werden, dass dann, wenn der Planungsausschuss erneut mit einem Vorgang befasst worden sei und erneut kein Einvernehmen habe erzielt werden können,

dann nicht ein dritter, vierter, fünfter oder sechster Durchgang notwendig sei, sondern das Ministerium die Entscheidung treffen könne.

Vor dem Hintergrund, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Investitionskosten von der kommunalen Seite getragen werde, stehe das Ministerium mit ihr in einem intensiven Austausch über die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans. Auch in der Vergangenheit habe das Ministerium nicht gegen die Kommunen entschieden, sondern habe es mit den kommunalen Spitzenverbänden immer den Abstimmungsprozess gesucht und auch immer eine Lösung gefunden und Einvernehmen erzielt - wenn auch nicht immer das Einvernehmen insgesamt mit dem Planungsausschuss, in dem noch mehr Bänke vertreten seien.

Der **Ausschuss** übernahm die Formulierungsvorschläge in der Vorlage 38 zu Absatz 3.

## Zweiter Teil - Krankenhausplanung

### § 5 - Krankenhausplan

Der **Ausschuss** war mit den Formulierungsvorschlägen zu **Absatz 1** sowie mit dem vorgeschlagenen **neuen Absatz 1/1** einverstanden.

Des Weiteren übernahm der Ausschuss die Formulierungsvorschläge zu **Absatz 2** sowie den vorgeschlagenen **neuen Absatz 2/1** einschließlich der zunächst in eckige Klammern gesetzten Worte „die demografische Entwicklung“.

Zu **Absatz 3 Satz 3** nahm Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) Bezug auf den Vorschlag des Ministeriums, Fachkrankenhäuser ganz aus der Regelung auszunehmen und keiner Versorgungsstufe zuzuordnen. Er wies darauf hin, dass Fachkrankenhäuser auch nach den Diskussionen in der Enquetekommission nicht der Grund- und Regelversorgung zugeordnet werden sollten, sondern eine eigenständige Behandlungsform darstellten. Insofern sollte ihre eigenständige Stellung entweder in Absatz 3 oder in der Definition der Versorgungsstufen in § 3 Nr. 10 geregelt werden; denn sie spielten in der Versorgungsstruktur in Niedersachsen eine wichtige Rolle und würden nicht infrage gestellt.

Von dem Abgeordneten um eine Stellungnahme gebeten, führte RefL **Dr. Robbers** (MS) aus, in der Enquetekommission sei eine Diskussion unter der Überschrift geführt worden, dass es in Nie-

dersachsen zu viele und vor allen Dingen zu viele kleine Krankenhäuser gebe; denn ausweislich der Statistik hätten mehr als 50 % der 170 Krankenhäuser weniger als 200 Betten. Dazu zählten in der Statistik jedoch auch viele Fachkliniken, die nach seiner, Dr. Robbers, Auffassung bei dieser Krankenhausdiskussion aber eigentlich gar nicht mitgezählt werden dürften. Auf diese Fachkliniken entfalle gerade in Niedersachsen ein nicht unerheblicher Teil der Versorgung. Bei diesen Fachkliniken z. B. für Herzkrankheiten, Hautkrankheiten, Rheumatologie und vieles andere mehr handele es sich um kleine, feine Einrichtungen, um die herum noch weit viel mehr Angebote beständen: Reha-Angebote, Ärztehäuser usw. Sie hätten in der Tat eine enorme Bedeutung für eine hochwertige Versorgung in der Region. Insofern spreche auch er sich dafür aus, diese Fachkrankenhäuser separat auszuweisen und nicht unter den Allgemeinkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung zu subsumieren. Denn sie betrieben de facto eine andere Versorgung, nämlich vorwiegend eine elektive Versorgung gerade im somatischen Bereich und im psychiatrischen Bereich auch Notfallversorgung. Sie unterschieden sich dadurch von Allgemeinkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, dass sie ein spezielles Leistungsangebot hätten, dass sie in der Regel spezielle Altersgruppen behandelten und in aller Regel nicht an der allgemeinen Notfallversorgung teilnahmen, wie etwa am Beispiel einer Fachklinik für Dermatologie deutlich werde, die zwar sehr gut schwere Hautkrankheiten behandeln könne, aber über keinen Chirurgen verfüge, der einen Notfallpatienten versorgen könnte.

Ein wesentliches Kennzeichen fast aller Fachkrankenhäuser sei ein deutlich überregionales Einzugsgebiet. Beispielsweise das Einzugsgebiet der großen Herzzentren in Bad Rothenfelde und Bad Bevensen bestehe nur zu einem Teil aus Niedersachsen und sei viel größer. Insofern sei bei den Fachkrankenhäusern seines, Dr. Robbers, Erachtens ein regionaler Bezug nicht gegeben. Den Vorschlag des Abg. Schwarz, die Fachkrankenhäuser im Gesetz und im Krankenhausplan als eigene Kategorie zu führen, unterstütze er ausdrücklich.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) hob hervor, dass beispielsweise die Kinderklinik Auf der Bult mit ihrer hohen Bettenzahl kein Maximalversorger, sondern ein Fachkrankenhaus sei und insofern auch nicht unter Maximalversorger subsumiert werden dürfe. Er sprach sich ebenfalls dafür aus, Fach-

krankenhäuser in einer eigenen Kategorie aufzuführen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) war der Auffassung, dass Fachkrankenhäuser nicht unter die Versorgungsstufen I, II oder III subsumiert, aber auch nicht unter einer zusätzlichen Versorgungsstufe IV aufgeführt werden könnten, sondern in einer gesonderten Kategorie ausgewiesen werden müssten, weil anderenfalls in allen acht Versorgungsregionen möglicherweise auch die unterschiedlichsten Fachkrankenhäuser vorgehalten werden müssten.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) äußerte sich im gleichen Sinne.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) stellte fest, dass im Ausschuss weitgehende Einigkeit darüber bestehe, dass Fachkrankenhäuser, die für die Versorgung in Niedersachsen von großer Bedeutung seien, nicht den acht Regionen und den drei Versorgungsstufen zugeordnet werden könnten, sondern eine eigene Kategorie bildeten. Dies dürfe allerdings nicht dazu führen, dass jedes kleine Kreis- bzw. Provinzkrankenhaus, das keine Perspektive mehr habe und dessen wirtschaftliche Existenz gefährdet sei, sich künftig als unverzichtbares Fachkrankenhaus mit einem bestimmten Schwerpunkt geriere und einen Zusammenhang mit den Versorgungsregionen negiere.

Der **Ausschuss** bat hierzu um einen zwischen dem Ministerium und dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst abgestimmten Formulierungsvorschlag.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) kam auf den Vorschlag des Ministeriums zu sprechen, den folgenden **neuen Satz 4** einzufügen:

„In jeder Versorgungsregion muss mindestens ein Krankenhaus der Versorgungsstufe II oder III zugeordnet sein.“

Er rief dazu die Diskussion in der Enquetekommission darüber in Erinnerung, dass in jeder Versorgungsregion maximal ein Krankenhaus der Versorgungsstufe III vorhanden sein dürfe, und gab zu bedenken, dass mit einer solch offenen Regelung möglicherweise Begehrlichkeiten geweckt würden, die nicht gewollt seien und über die mit den Kostenträgern keine Einigung erzielt werden könne.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) stimmte dem Abg. Meyer zu, wies aber darauf hin, dass in einer

nachfolgenden Regelung den Krankenhäusern in einer Übergangsphase auch die Möglichkeit gegeben werden solle, in die nächsthöhere Versorgungsstufe als Maximalversorger aufzusteigen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt würden.

Der **Ausschuss** bat das Ministerium und den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, diesen Aspekt bei der Erarbeitung des Formulierungsvorschlags mit zu berücksichtigen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) sprach sich dafür aus, die vom Ministerium vorgeschlagenen **neuen Sätze 5 und 6** zu übernehmen, weil anderenfalls die Modelle aus dem auf Bundesebene eingerichteten Innovationsfonds, z. B. STATamed, die den Status eines Krankenhauses hätten, in Niedersachsen nicht oder nur mit erheblichen rechtlichen Problemen umgesetzt werden könnten

Der Vertreter der SPD-Fraktion plädierte ferner dafür, den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes für einen **neuen Absatz 3/1** zu übernehmen, um auch den wichtigen Aspekt der länderübergreifenden Krankenhausplanung, die bislang in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen nicht funktioniert habe, im Gesetz zu implementieren.

Gegen die redaktionelle Umstellung der Regelungen in den **Absätzen 6 und 7** erhob sich im Ausschuss kein Widerspruch.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) erklärte, dass er der vom Ministerium angeregten Umformulierung des **Absatzes 8** entsprechend dem Vorschlag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft unter Einfügung des Wortes „verlässlichen“ vor dem Wort „Teilnahme“ zustimme:

„Bei der Versorgungsentscheidung wird der verlässlichen Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung besonders Rechnung getragen.“

Der Abgeordnete hob hervor, der Absatz 8 ziele nicht auf eine Benachteiligung kleiner privater Krankenhäuser, sondern diese Regelung sei eine Reaktion auf die hohe Zahl von Krankenhäusern in Niedersachsen in unterschiedlicher Trägerschaft, die sich insbesondere am Wochenende offensichtlich aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen von der Notfallversorgung abmeldeten mit der Folge, dass andere Krankenhäuser dann die Notfallversorgung auffangen müssten und dadurch besonders stark belastet würden. Insofern halte er es für wichtig, den Krankenhäusern

durch diese Regelung deutlich zu machen, dass es auch in irgendeiner Weise Berücksichtigung finden müsse, wenn sie ihren Versorgungsauftrag an dieser Stelle einschränkten.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, den modifizierten Formulierungsvorschlag zu Absatz 8 zu übernehmen.

Der Ausschuss übernahm des Weiteren den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, **§ 6 Abs. 1 Sätze 2 und 3** des Gesetzentwurfs aus rechtssystematischen Gründen nach § 5 in einen **neuen Absatz 9** zu verschieben und die **Nr. 1** in **Satz 1** entsprechend der Anregung des Ministeriums wie folgt umzuformulieren:

„1. jederzeit eine ausreichende Zahl an zur Leitung geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten verfügbar halten und“

#### **§ 6 - Aufnahme in den Krankenhausplan**

Mit den Formulierungsvorschlägen in der Vorlage 38 zu den **Absätzen 1, 2 und 3** war der **Ausschuss** einverstanden.

Der Ausschuss schloss sich ferner den Darlegungen in der Vorlage 38 zu **Absatz 5** an und hielt an dieser Regelung in der Fassung des Gesetzentwurfs fest.

#### **§ 7 - Ausscheiden aus dem Krankenhausplan**

Auf die Anmerkungen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes und den Vorschlag des Ministeriums Bezug nehmend, **Absatz 1 Satz 1** in eine Ermessensentscheidung umzuformulieren („Ein Krankenhaus *kann* ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden, wenn ...“), führte Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) aus, in den dreieinhalb Jahrzehnten seiner Zugehörigkeit zum Landtag habe er in keinem Fall erlebt, dass auf die Möglichkeit einer Ermessensentscheidung nach § 49 VwVfG verwiesen worden sei, sondern sei immer angeführt worden, dass keine gesetzliche Grundlage bestehe, ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen - auch in Fällen, in denen nach allen Debatten eigentlich eine deutliche Entscheidung notwendig gewesen wäre.

Vor diesem Hintergrund habe er Bedenken gegen die vorgeschlagene Formulierung „Ein Kranken-

haus kann ... aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden“. Denn sie hätte gerade bei Krankenhäusern in jedem einzelnen Fall einen politischen Druck auf die Landesregierung mit Demonstrationen vor Ort zur Folge mit der Forderung, das Krankenhaus nicht aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, und würde die Ministerin bzw. den Minister unter den Entscheidungsdruck setzen, doch noch einen anderen Weg zu finden.

In der Enquetekommission sei sehr kontrovers über die Kriterien für eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan diskutiert worden. In den Gesetzentwurf Eingang gefunden habe letztlich ein Minimum an Kriterien, auf das sich die Enquetekommission als Kompromiss einstimmig verständigt habe und die er, Schwarz, gerne so im Gesetz festschreiben würde. In der Vergangenheit seien Krankenhäuser nicht aus dem Krankenhausplan herausgenommen worden, weil man den politischen Druck nicht ausgehalten habe, und dieser politische Druck würde mit dieser Änderung auch in Zukunft wieder möglich. Insofern würde er, Schwarz, nach den kontroversen Debatten in der Enquetekommission gerne an der konsequenteren Fassung des Gesetzentwurfs festhalten.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) plädierte ebenfalls dafür, das Ministerium nicht vor die Situation zu stellen, eine Ermessensentscheidung treffen zu müssen, sondern klar zu regeln, dass ein Krankenhaus dann, wenn es die Voraussetzungen nicht mehr erfülle, aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sei.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) stimmte dem Abg. Schwarz und der Abg. Janssen-Kucz zu und sprach sich ebenfalls gegen die Umformulierung in eine Kannregelung aus. Auch seiner Auffassung nach müsse das Ministerium eine klare Handhabe haben, ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen

MDgt'in **Schröder** (MS) merkte an, aus der Sicht des Ministeriums müsse für alle Träger klar sein, welche Rechtsfolge eintrete, wenn die Kriterien, die in den nachfolgenden Regelungen aufgeführt seien, nicht erfüllt seien. Die Entscheidung des Ministeriums darüber, ob diese Kriterien erfüllt seien, beinhalte allerdings auch ein Ermessen. Von daher könne das Ministerium mit einer klaren Regelung, die die Rechtsfolge aufzeige, gut leben.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) hielt die Argumente gegen eine Kannregelung für nachvollziehbar. Allerdings eröffne auch die unter der **Nr. 2** aufgeführte Voraussetzung „... wenn festgestellt wird, dass es ... 2. den ihm zugewiesenen Versorgungsauftrag nicht nur vorübergehend nicht oder nicht in ausreichendem Maße erfüllt“ einen sehr großen Ermessensspielraum.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) bestätigte, dass die **Nr. 2** mit einem Ermessensspielraum verbunden sei. Die **Nr. 3** „den Betrieb länger als drei Monate eingestellt hat“ würde dem Ministerium jedoch eine Handhabe geben, in einem Fall wie in Clausthal-Zellerfeld, in dem ein Krankenhaus den Betrieb einstelle und keinen einzigen Patienten behandle, aber womöglich unter Hinweis auf den Krankenhausplan noch einen Rechtsanspruch auf Investitionsfördermittel erheben würde, das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. In der Vergangenheit habe das Land hierzu nicht die Möglichkeit gehabt.

Auf die Ausführungen der Abg. Schütz Bezug nehmend, machte ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) darauf aufmerksam, dass nach der **Nr. 1** außer den Kriterien in den Nrn. 2 und 3 auch die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 9 (neu) erfüllt sein müssten, wonach das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig im Sinne des § 1 Abs. 1 KHG sein müsse. Diese Kriterien eröffneten erhebliche Beurteilungsspielräume.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) stellte fest, dass der **Ausschuss** zu Absatz 1 erster Halbsatz an der Fassung des Gesetzentwurfs festhalte.

Mit der redaktionellen Folgeänderung in der **Nr. 1** sowie mit dem Formulierungsvorschlag zu **Ab-satz 2** war der Ausschuss einverstanden.

#### **Vierter Teil - Notfallversorgung, Meldepflichten**

##### **§ 19/1 (neu) - Meldepflichten**

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) teilte mit, dass das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung kurzfristig den Vorschlag für einen neuen § 19/1 über Meldepflichten im Fall von Notwendigkeiten der Gefahrenabwehr, z. B. einer pandemischen Lage, vorgelegt habe. In der Kürze der Zeit habe der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst ihn aber noch nicht rechtlich prüfen können.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) hielt die vom Ministerium vorgeschlagene Regelung mit den darin verankerten Meldepflichten für eine richtige Konsequenz aus den Erfahrungen in der Corona-Pandemie.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) äußerte sich im gleichen Sinne.

Der **Ausschuss** stellte die Beratung des § 19/1 zurück.

## **Achter Teil - Verordnungsermächtigung und Ordnungswidrigkeiten**

### **§ 32 - Verordnungsermächtigung**

Der **Ausschuss** übernahm die Formulierungsvorschläge zu **Absatz 2** aus der Vorlage 38.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 2:

**Investitionsprogramm 2022 für Krankenhaus-  
baumaßnahmen;  
hier: Sondermittel zur Umsetzung zeitkriti-  
scher Großprojekte**

Unterrichtung durch die Landesregierung -  
[Drs. 18/11247](#)

*gemäß § 62 Abs. 1 GO LT überwiesen am  
17.05.2022*

*federführend: AfSGuG*

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

Der **Ausschuss** verständigte sich darauf, diesen Punkt von der Tagesordnung abzusetzen, um in der 171. sowie in der 172. Sitzung am Nachmittag ausschließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (TOP 1) zu behandeln.

\*\*\*





Tagesordnungspunkt 3:

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des  
Niedersächsischen Ausführungsgesetzes zum  
Transplantationsgesetz**

Gesetzentwurf der Landesregierung -  
[Drs. 18/10835](#)

*direkt überwiesen am 02.03.2022*

*federführend: AfSGuG*

*mitberatend: AfRuV*

Der **Ausschuss** verständigte sich darauf, diesen Punkt von der Tagesordnung abzusetzen, um in der 171. sowie in der 172. Sitzung am Nachmittag ausschließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (TOP 1) zu behandeln.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 4:

**Unterrichtung durch die Landesregierung  
über den Entwurf einer Verordnung zur Ände-  
rung der Niedersächsischen SARS-CoV-2-  
Absonderungsverordnung**

Der **Ausschuss** verständigte sich darauf, diesen Punkt von der Tagesordnung abzusetzen, um in der 171. sowie in der 172. Sitzung am Nachmittag ausschließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausesgesetzes (TOP 1) zu behandeln.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 5:

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

Der **Ausschuss** verständigte sich darauf, diesen Punkt von der Tagesordnung abzusetzen, um in der 171. sowie in der 172. Sitzung am Nachmittag ausschließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (TOP 1) zu behandeln.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 6:

**Beschlussfassung über einen Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung über das Vorgehen und präventive Maßnahmen in Bezug auf das Affenpockenvirus in Niedersachsen und gegebenenfalls Unterrichtung durch die Landesregierung**

Der **Ausschuss** verständigte sich darauf, diesen Punkt von der Tagesordnung abzusetzen, um in der 171. sowie in der 172. Sitzung am Nachmittag ausschließlich den Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (TOP 1) zu behandeln.

\*\*\*