



N i e d e r s c h r i f t
über die 173. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 8. 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
Fortsetzung der Beratung..... 5
Beschluss..... 13

- 2. Investitionsprogramm 2022 für Krankenhausbaumaßnahmen;
hier: Sondermittel zur Umsetzung zeitkritischer Großprojekte**
Unterrichtung durch die Landesregierung - [Drs. 18/11247](#)
Unterrichtung..... 14
Beschluss..... 14

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Hanna Naber (SPD)
4. Abg. Annette Schütze (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
5. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (bis 11.30 Uhr vertreten durch die per Videokonferenztechnik zugeschaltete Abg. Veronika Koch) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Laura Hopmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
10. Abg. Petra Joumaah (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Volker Meyer (CDU)
12. Abg. Veronika Koch (ab 11.30 Uhr i. V. d. Abg. Gudrun Pieper) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
14. Abg. Susanne Victoria Schütz (FDP)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

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

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 11.58 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Der **Ausschuss** kam einvernehmlich überein, die Tagesordnung für die 174. Sitzung am 9. Juni 2022 um den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes zur Ausführung des Neunten und des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs - Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU, Drucksache 18/11130 - zu erweitern und die für den Nachmittag des 9. Juni 2022 vorgesehene Sitzung ausfallen zu lassen.

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

zuletzt beraten: 172. Sitzung am 2. Juni 2022

Beratungsgrundlage: Vorlagen 39 und 40

Fortsetzung der Beratung

Der Ausschuss setzte die in der 172. Sitzung am 2. Juni 2022 unterbrochene Beratung des Gesetzentwurfs auf der Grundlage der **Vorlage 39** fort. MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD) trug dazu die Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes vor und erläuterte diese im Sinne der Anmerkungen in der Vorlage 39. Darauf wird verwiesen. Eine Aussprache ergab sich zu den nachstehend aufgeführten Punkten des Gesetzentwurfs.

Vierter Teil - Notfallversorgung

§ 18 - Notfallversorgung

Bezug nehmend auf die Anmerkungen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes in der Vorlage 39 wies MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD) darauf hin, dass durch den Formulierungsvorschlag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zu **Absatz 3 Satz 1** „Die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten *soll* Vorrang vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen *haben*“ aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes nach wie vor nicht deutlich werde, welche konkreten Handlungspflichten sich daraus ergeben sollten und welche Rechtsfolge die Regelung haben solle. Mit dieser Änderung wäre die Regelung des Satzes 1 aber zumindest weniger strikt,

da die Sollregelung auch Ausnahmen ermöglichen würde.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) hielt die strikte Formulierung „Die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten *hat* Vorrang vor nicht dringend medizinisch notwendigen Behandlungen und Eingriffen“ für klarer, zumal in vielen Krankenhäusern sukzessive das sogenannte Ein-Tresen-Prinzip eingeführt werde, durch das es teilweise zu einer Vermengung zwischen KV-Leistungen und stationären Krankenhausleistungen komme und mit dem ohnehin eine Triage verbunden sei. Der Vorrang der Behandlung eines Notfallpatienten z. B. gegenüber der Behandlung eines Patienten mit Erkältungssymptomen sollte klar im Gesetz zum Ausdruck kommen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) führte an, dass im Ausschuss bislang Einigkeit darüber bestehe, dass die Teilnahme an IVENA zur Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten verpflichtend geregelt werden solle, um der immer wiederkehrenden Abmeldung bestimmter Krankenhäuser von der Notfallversorgung an Wochenenden entgegenzuwirken. Insofern tue sie sich ein bisschen schwer mit dem vorgeschlagenen Kompromiss einer Sollregelung.

Die Abgeordnete bat das Ministerium um eine Stellungnahme zu dem Hinweis des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass nicht klar sei, welche konkreten Rechtsfolgen sich aus einer Regelung mit striktem Vorrang für die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten ergäben. Sie hielt es für selbstverständlich, dass Notfallbehandlungen immer Vorrang vor sonstigen Behandlungen haben müssten.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) sprach sich dafür aus, den Vorrang der Notfallbehandlung, der im Rahmen der Triage ohnehin gelte, im Gesetz klar zu regeln.

Der Abgeordnete war der Auffassung, dass die Notfallversorgung Teil des Versorgungsauftrags sei, den ein Krankenhaus zu erfüllen habe. Wenn dies nicht geschehe, würde seines Erachtens die in § 7 Abs. 1 Nr. 2 geregelte Rechtsfolge eintreten.

MDgt'in **Schröder** (MS) führte aus, auch aus der Sicht des Ministeriums habe die in Rede stehende Regelung essentielle Bedeutung, zumal es bei den Krankenhäusern bekanntlich auch „schwarze Schafe“ gebe, die sich obligatorisch regelmäßig

von der Notfallversorgung abmeldeten, und zwar nicht nur an den Wochenenden und Feiertagen, sondern auch an Tagen, an denen traditionell die OPs mit elektiven Eingriffen gut gefüllt werden könnten. Diese Krankenhäuser nutzten zwar IVENA, aber ständen letzten Endes doch nicht in dem Umfang für die Notfallversorgung zur Verfügung, wie sie dies eigentlich müssten. Insofern müsse klar und deutlich zum Ausdruck gebracht werden, dass Notfälle vorrangig zu behandeln seien.

Allerdings müsse die Triage unter medizinischen Aspekten erfolgen. Durch die Sollregelung würde unter Umständen deutlicher zum Ausdruck gebracht, dass es letztendlich eine medizinische Entscheidung sei, ob ein Notfall vorliege oder nicht. Dies könne nicht gesetzlich verordnet werden.

Wichtig sei aus der Sicht des Ministeriums, dass es solche Themen im Rahmen der Aufsicht gegenüber den Krankenhäusern bzw. Krankenhausträgern ansprechen und darauf hinweisen könne, dass es sich hinsichtlich des Versorgungsauftrages vorbehalte, aufsichtsrechtlich tätig zu werden, wenn sich ein solches Verhalten nicht verändere. Momentan könne das Ministerium dieses Verhalten nur beobachten, weil es rechtlich keine andere Handhabe dagegen habe.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) warf die Frage auf, ob aus dem Absatz 3 und dem in Rede stehenden Formulierungsvorschlag des Ministeriums hinreichend deutlich werde, dass es das Ziel sei, der Abmeldung aus der Notfallversorgung entgegenzuwirken. - ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) gab zur Antwort, der **Absatz 1** enthalte die Regelung, dass Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnähmen, wenn sie dies sozialversicherungsrechtlich vereinbart hätten. Nach **Absatz 2** seien die Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnähmen, verpflichtet, die Erbringung von Leistungen zur Notfallversorgung sicherzustellen. Der Absatz 3 regele dann im Einzelfall den Vorrang der Notfallpatientinnen und -patienten gegenüber Patienten, deren Behandlung weniger dringlich sei. In diesem systematischen Aufbau sei die Sicherstellungsverpflichtung, auf die der Abg. Jasper abhebe, im Grunde genommen schon in Absatz 2 geregelt.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) wies auf **Satz 4** in Absatz 3 hin, nach dem die Krankenhäuser im Einzelfall verpflichtet seien, „Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bei Gefahr für Leib und Le-

ben im Sinne einer klinischen Erstversorgung zu behandeln“. Diese Regelungen machten ihrer Auffassung nach hinreichend klar, dass Notfallpatienten nicht abgewiesen werden dürften.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) stellte fest, dass der **Ausschuss** an Absatz 3 Satz 1 in der Entwurfsfassung festhalte.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) hielt es für wichtig, dass das Ministerium den Krankenhausträgern die Nutzung eines digitalen Verfahrens zur Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten durch den Rettungsdienst vorgebe. Aktuell sei dies das System IVENA, das in der Coronapandemie von allen Krankenhäusern habe genutzt werden müssen und das sie auch schon für die Meldungen für die Notfallversorgung nutzen könnten, aber tatsächlich nicht nutzten. Zukünftig möge es vielleicht auch ein anderes System sein.

Für richtig hielt es der Abgeordnete auch, die Abmeldung von der Nutzung des Meldesystems in Satz 3, wie vom Ministerium vorgeschlagen, auf ausnahmsweise nicht vermeidbare vorübergehende Versorgungsengpässe zu beschränken. Insofern spreche er sich dafür aus, die zunächst in eckige Klammern gesetzten Worte „ausnahmsweise nicht vermeidbarer“ zu übernehmen. Allerdings stelle sich die Frage, welche rechtlichen Folgen und gegebenenfalls aufsichtsrechtlichen Folgen diese Bestimmung im Falle von regelhaften Abmeldungen aus der Notfallversorgung nach sich ziehen würde. Solche rechtlichen Folgen müssten die logische Konsequenz sein; anderenfalls wäre die Bestimmung ein „zahnloser Tiger“.

Die Regelung in Satz 4 in der vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst vorgeschlagenen redaktionell modifizierten Fassung „Eine klinische Erstversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten hat der Krankenhausträger bei Gefahr für Leib und Leben stets zu gewährleisten“ hielt der Abgeordnete für zielführend. Wenn ein Krankenhausträger dies in einem solchen Fall nicht gewährleisten würde, wäre dies unterlassene Hilfeleistung.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) berichtete, in der klinischen Praxis komme es manchmal auch in Universitätskliniken mit großen personellen Kapazitäten und einer guten materiellen Ausstattung vor, dass mehrere schwer verletzte Patienten gleichzeitig versorgt werden müssten und dass der behandelnde Arzt dann im Rahmen seiner

Sorgfaltspflicht zentral anzeigen, dass die Klinik an ihre Kapazitätsgrenzen stoße und dass weitere Notfallpatienten zum nächsten geeigneten Krankenhaus transportiert werden sollten, weil sie anderenfalls nicht optimal versorgt werden könnten. Für solche Situationen, in denen eine Klinik wirklich keine weiteren Notfallpatienten mehr versorgen könne, sei ihrer Meinung nach der Einschub „ausnahmsweise nicht vermeidbarer“ sinnvoll.

Von dem Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) um eine Stellungnahme zu der Frage gebeten, ob sich automatisch Rechtsfolgen aus einer nicht nur ausnahmsweise erfolgenden Abmeldung aus der Notfallversorgung ergäben, antwortete MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD), „ausnahmsweise“ und „nicht vermeidbar“ seien unbestimmte Rechtsbegriffe, die im Rahmen der Aufsicht über die Krankenhäuser im Einzelfall ausgelegt werden müssten.

Der **Ausschuss** übernahm die Formulierungsvorschläge in der Vorlage 39 zu den Sätzen 2, 3 und 4 einschließlich des zunächst in eckige Klammern gesetzten Einschubs „ausnahmsweise nicht vermeidbarer“.

§ 19 - Alarm- und Einsatzplan, Notfallplan

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) warf die Frage auf, welcher Aufwand mit der in **Satz 5** geregelten regelmäßigen Durchführung interner Übungen in den Krankenhäusern verbunden sei.

MDgt'in **Schröder** (MS) gab zur Antwort, der Aufwand sei in den Krankenhäusern durchaus unterschiedlich. Die Krankenhäuser müssten diese Übungen so ansetzen, dass die Chance bestehe, dass im Laufe einer gewissen Zeit möglichst viele Beschäftigte daran teilnahmen; denn anderenfalls könnten sich durch den Schichtdienst möglicherweise immer dieselben Beschäftigten nicht daran beteiligen. Insofern könne man davon ausgehen, dass der Begriff „regelmäßige Übungen“ bedeute, dass solche Übungen in dem Zeitraum von ein bis drei Jahren wiederholt werden müssten. Das Ministerium werde dies aufsichtsrechtlich auch nachhalten, wenn es feststelle, dass schon länger als drei Jahre eine interne Übung nicht mehr stattgefunden habe; denn diese Übungen seien von essentieller Bedeutung.

Der **Ausschuss** war mit den Formulierungsvorschlägen in der Vorlage 39 zu § 19 einverstanden.

*

Beratungsgrundlage: Vorlage 40

Auf der Grundlage der Vorlage 40, in der das vorläufige Ergebnis der Beratung des Gesetzentwurfs am 02.06.2022 - mit Ausnahme der §§ 18 und 19 des Artikels 1 - dargestellt ist, behandelte der Ausschuss die noch offen gebliebenen Punkte. Eine Aussprache ergab sich zu den nachstehend aufgeführten Punkten.

Erster Teil - Allgemeine Vorschriften

§ 1 - Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern, Anwendungsbereich

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) wies darauf hin, dass das Ministerium ergänzend vorgeschlagen habe, in **Satz 3** vor dem Wort „Versorgung“ die Worte „der Sicherstellung“ einzufügen. Aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sei diese Änderung zwecks einer genaueren Abgrenzung zweckdienlich.

Im **Ausschuss** erhob sich gegen diese Änderung kein Widerspruch.

§ 2 - Ziele

Der **Ausschuss** war mit dem ergänzenden Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes einverstanden, in **Satz 1** vor den Worten „Bedürfnisse von Menschen mit Demenz“ entsprechend den Formulierungen im Niedersächsischen Behindertengleichstellungsgesetz das Wort „besonderen“ einzufügen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schloss sich dem Formulierungsvorschlag des Ministeriums und des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes an, den **Satz 3** im Hinblick auf die ohnehin geltenden bundesgesetzlichen Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz zu streichen.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) teilte mit, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst den Formulierungsvorschlag zu **Absatz 2** mit dem Ministerium abgestimmt habe. - Der **Ausschuss** war mit diesem Formulierungsvorschlag einverstanden.

Zu der in **Absatz 3** geregelten Förderung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander warf Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) die Frage auf, ob es in Zukunft aufgrund der Einführung der Versorgungsstufen nicht mehr möglich sein werde, dass sich ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung spezialisiere und in Absprache mit einem benachbarten Krankenhaus bestimmte Leistungen, z. B. Knieoperationen oder die Behandlung von Lungenkrankheiten, nicht mehr anbiete bzw. verstärkt anbiete.

MDgt'in **Schröder** (MS) legte dar, grundsätzlich müssten auch innerhalb der Versorgungsstufen die Pflichtangebote für die Grund- und Regelversorgung vorgehalten werden. Innerhalb dieser Angebote könnten allerdings auch Schwerpunkte gesetzt werden. Die Landkreise sollten in der Form zusammenwirken, dass die Versorgung der Bevölkerung letzten Endes optimal sichergestellt sei. Hinsichtlich der Frage, wo konkret intensivere Angebote gemacht würden, könne dies zukünftig auch angesichts der personellen Entwicklung eine noch viel größere Bedeutung bekommen. Die Landkreise sollten diesen Gestaltungsspielraum bekommen.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) schloss aus diesen Ausführungen, dass eine Spezialisierung auch in Zukunft möglich sein werde und sogar erwünscht sei. - MDgt'in **Schröder** (MS) merkte an, eine Spezialisierung werde sich in Teilen gar nicht vermeiden lassen. In diesem Zusammenhang sei auf die Diskussionen im Gemeinsamen Bundesausschuss über Mindestmengen hinzuweisen, die ja alle fachliche Gründe hätten. Genau dies werde mit den neuen gesetzlichen Regelungen auch ermöglicht.

§ 3 - Begriffsbestimmungen

Abg. **Volker Meyer** (CDU) war mit dem Formulierungsvorschlag zu **Nr. 10** „Versorgungsstufe“ einverstanden, zur Klarstellung das Wort „Krankenhaus“ durch das Wort „Allgemeinkrankenhaus“ zu ersetzen und die näheren Anforderungen im Wege der Verordnungsermächtigung nach **§ 32 Abs. 1 Nr. 0/1 (neu) Buchst. a)** zu regeln: „... zu den Versorgungsstufen, insbesondere zu den Anforderungen an ein Allgemeinkrankenhaus, die für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe in qualitativer, räumlicher und organisatorischer Hinsicht zu erfüllen sind“ (s. S. 44 der Vorlage 40). Die Regelung im Verordnungswege habe seines Erachtens gegenüber einer starren gesetzlichen Regelung den Vorteil, dass flexibel auf künftige

Entwicklungen reagiert werden könne und ein gewisser Ermessensspielraum für die Ausgestaltung auch in den Regionen bestehe.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) schloss sich den Ausführungen des Abg. Meyer an. Die Unterscheidung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern hielt der Abgeordnete an dieser Stelle für sehr wichtig. Er warf in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob aus der Sicht der Landesregierung auch eine Verordnungsermächtigung hinsichtlich der Fachkrankenhäuser erforderlich sei. - RefL **Dr. Robbers** (MS) erklärte, dass aus der Sicht des Ministeriums die Begriffsbestimmung für Fachkrankenhäuser derart genau sei, dass es eine darüber hinausgehende Verordnungsermächtigung für Fachkliniken derzeit für nicht erforderlich erachte.

Mit dem ergänzenden Formulierungsvorschlag des Ministeriums zu **Nr. 11**, zur Präzisierung das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Plankrankenhäuser“ zu ersetzen, und mit dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, in der **Nr. 12** die Worte „Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten zur sektorenübergreifenden wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ durch die Worte „Einrichtung zur sektorenübergreifenden wohnortnahen medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten“ zu ersetzen, war der **Ausschuss** einverstanden.

§ 4 - Mitwirkung der Beteiligten

Der **Ausschuss** übernahm den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, hinter dem Wort „Krankenhausplanung“ das Wort „und“ durch ein Komma zu ersetzen und hinter dem Wort „Investitionsprogramm“ die Worte „und hinsichtlich der Auswahl geeigneter Standorte für ein regionales Gesundheitszentrum“ einzufügen.

Zweiter Teil - Krankenhausplanung

§ 5 - Krankenhausplan

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) erklärte sich mit den ergänzenden Formulierungsvorschlägen des Ministeriums zu **Absatz 3 Sätze 1 und 3** einverstanden.

Zu **Satz 4** bestand im **Ausschuss** Einvernehmen darüber, im Gesetz keine Obergrenze für Krankenhäuser der Versorgungsstufe III festzulegen.

Zu **Satz 6** warf Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) die Frage auf, ob mit der Regelung „Abweichend von Satz 3 kann ein bestehendes Allgemeinkrankenhaus zur kurzstationären Versorgung ... als regionales Gesundheitszentrum oder in Zusammenhang mit einem solchen in den Krankenhausplan ohne Zuordnung zu einer Versorgungsstufe aufgenommen werde“ eine Gleichschaltung mit den regionalen Gesundheitszentren nach dem Innovationsfonds auf Bundesebene erreicht und die Möglichkeit, ein bestehendes Krankenhaus in ein regionales Gesundheitszentrum umzuwandeln, aber faktisch im Krankenhausplan zu belassen, rechtlich abgesichert werde. - RefL **Dr. Robbers** (MS) bestätigte dies.

§ 6 - Aufnahme in den Krankenhausplan

Mit dem Formulierungsvorschlag des Ministeriums zu **Absatz 2 Satz 1 Nr. 5** und dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu **Absatz 3 Satz 1** war der **Ausschuss** einverstanden.

§ 7 - Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) nahm Bezug auf den Bericht im *Rundblick* vom 7. Juni 2022 über die Kritik der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft insbesondere an § 7 des Gesetzentwurfs. Der Abgeordnete hob hervor, dass der vorliegende Gesetzentwurf auf dem einstimmigen Ergebnis der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ beruhe, in der auch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft mitgewirkt habe, und zwar maßgeblich auch bei dem Thema des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan. Wenn Wissenschaftler, Politiker und Fachleute gemeinsam zu einem Ergebnis kämen, wäre es hilfreich - so Abg. Schwarz -, wenn man das Rückgrat hätte, dazu zu stehen, und nicht immer einzuknicken, wenn es darum gehe, den Lobbyismus der Verbandsinteressen in den Vordergrund zu stellen. Insofern sei das Vorgehen der Krankenhausgesellschaft sehr erstaunlich.

Tatsache sei, dass niemand die Absicht habe, ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn eine Stelle über einen gewissen Zeitraum vakant sei, weil der Stelleninhaber bzw. die Stelleninhaberin aus welchen Gründen auch

immer, möglicherweise auch plötzlich, ausgeschieden sei.

Im Vordergrund ständen bei diesem Gesetzentwurf und dem Formulierungsvorschlag des Ministeriums in der Vorlage 40 die Qualität der erbrachten Leistungen und die Patientensicherheit. Wenn ein Krankenhaus bei einer bestimmten Indikation bzw. in einer bestimmten Fachabteilung ein gutes Renommee habe, dann werde es alles daransetzen, im Fall des Ausfalls z. B. eines Chefarztes relativ schnell für Ersatz zu sorgen. Niemand wolle in einem solchen Fall das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausnehmen.

Demgegenüber könne es nicht angehen, wenn ein Krankenhaus seinem Versorgungsauftrag nicht mehr nachkomme oder lange Zeit überhaupt keine Patienten mehr behandle - ein solcher Fall in Niedersachsen sei hinlänglich bekannt -, aber gleichwohl im Krankenhausplan stehe, einen Rechtsanspruch auf Investitionsmittel des Landes habe und die Bettenpauschale kassieren könne. Wenn sich ein Krankenhaus seit drei Monaten händeringend um Patienten bemühe, aber sich dort kein Patient mehr behandeln lasse, dann müsse das Land aus der Sicht der Koalitionsfraktionen zwingend auch die Möglichkeit haben, das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

Vor diesem Hintergrund halte er, Schwarz, den nunmehr vorliegenden Formulierungsvorschlag des Ministeriums mit der abgestuften Regelung, wann ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden könne oder müsse, für sehr hilfreich. Damit werde der Wille der Koalitionsfraktionen präzisiert.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) hielt die Formulierung in **Satz 2** „Ein Krankenhaus ist ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn es 1. den ihm zugewiesenen Versorgungsauftrag nicht nur *vorübergehend* nicht oder nicht *in ausreichendem Maße* erfüllt ...“ für sehr vage. Zum einen sei der Begriff „vorübergehend“ sehr unbestimmt ebenso wie das von dem Abg. Schwarz angeführte Beispiel, dass eine Stelle „über einen gewissen Zeitraum“ vakant sei. In einem solchen Fall komme es etwa darauf an, welche Abteilung davon betroffen sei und wie dramatisch sich die Situation darstelle. Auch die Formulierung „in ausreichendem Maße“ sei sehr vage. Möglicherweise sei dafür die Zahl der Abmeldungen von der Notfallversorgung ein An-

haltspunkt. Allerdings komme es ihres Erachtens auch darauf an, um welche Abteilung es sich handle und ob ein benachbartes Krankenhaus die Notfallversorgung auffange oder nicht.

Vor diesem Hintergrund habe sie große Bedenken gegenüber dem § 7 in der Fassung des Formulierungsvorschlags des Ministeriums und befürchte sie, dass es in der Folge ständig zu Gerichtsprozessen über die Auslegung kommen würde, zumal offenkundig auch nicht eine Präzisierung im Wege der Verordnung nach § 32 des Gesetzentwurfs vorgesehen sei.

Die Abgeordnete bat dazu um eine Stellungnahme des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes und des Ministeriums.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) führte an, dass auch in der Enquetekommission Einigkeit darüber geherrscht habe, dass ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können sollte, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan nicht mehr erfüllt seien. Ihrem, Frau Janssen-Kucz', Eindruck nach sei der Formulierungsvorschlag des Ministeriums in der Vorlage 40 mit der abgestuften Regelung mit mehr Rechtssicherheit verbunden als die Regelung in der Fassung des Gesetzentwurfs und komme diese neue Regelung den Bedenken der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft ein Stück weit entgegen. Gleichwohl stelle sich die Frage, ob diese Regelung mit der Bezugnahme auf § 5 Abs. 9 ausreichend rechtssicher und mit der Formulierung „in ausreichendem Maße“ hinreichend bestimmt sei. Denn hierbei handle es sich um eine bedeutsame Regelung, die die politisch Verantwortlichen nach der Beschlussfassung sicherlich noch weiter beschäftigen werde, sobald sich die Situation für die Anwendung dieser Regelung ergeben werde.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) merkte an, der angesprochene Bericht im *Rundblick* habe gezeigt, welche Positionen sich bei diesem Thema diametral gegenüberständen. Seiner, Meyers, Auffassung nach sei die vom Ministerium vorgeschlagene abgestufte Regelung dringend geboten. Zum einen eröffne sie durch die Bezugnahme auf § 5 Abs. 9 einen gewissen Ermessensspielraum, indem an dieser Stelle nicht jedes Detail gesetzlich geregelt werde, sondern nur ein gesetzlicher Rahmen vorgegeben werde. Wenn jedoch die Qualitätskriterien nicht erfüllt würden, die in der Regel mit einem Versorgungsauftrag

verbunden seien, dann sei es richtig, wenn das betreffende Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden müsse. Ohne eine solche Regelung hätte die Aufsicht keine Chance, sanktionierend eingreifen zu können.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) führte aus, aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sei die von der Landesregierung vorgeschlagene abgestufte Regelung rechtlich vorzugswürdig, zumal die Kriterien in § 5 Abs. 9 nicht trennscharf abgrenzbar seien. Deshalb sei es sinnvoll, auf der Rechtsfolgenseite ein Ermessen vorzusehen, welches eine gewisse Flexibilität ermögliche.

Auf die Ausführungen der Abg. Schütz Bezug nehmend, machte Herr Dr. Oppenborn-Reccius deutlich, dass die Auslegung der Formulierung „nicht nur vorübergehend nicht“ noch ganz gut handhabbar sei. Die Formulierung „nicht in ausreichendem Maße“ sei allerdings ebenfalls ein unbestimmter Rechtsbegriff. Unbestimmte Rechtsbegriffe seien in Gesetzen durchaus üblich; allerdings müssten diese in der Praxis einigermaßen rechtssicher angewendet werden können. Eine Definition dafür, wann ein Versorgungsauftrag nicht in ausreichendem Maße erfüllt werde, gebe es nicht. Insofern vermöge er nicht sicher zu prognostizieren, wie ein Gerichtsverfahren zur Auslegung dieser Regelung ausgehen würde.

MDgt'in **Schröder** (MS) merkte an, das Ministerium habe die Diskussion in der vorangegangenen Beratung aufgegriffen und dementsprechend einen Formulierungsvorschlag für eine zweistufige Regelung erarbeitet, die aus seiner Sicht verhältnismäßig sei. Die Formulierung in § 5 Abs. 9 „bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig“ sei in der Tat auslegungsfähig, werde aber im Folgenden durchaus beispielhaft konkretisiert, indem ein Krankenhaus jederzeit eine ausreichende Zahl an zur Leitung geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten verfügbar halten müsse und dessen sonstige personelle und räumliche Ausstattung dem Standard entsprechen müsse. Die Fälle, auf die diese Regelungen zielten, seien allen noch in Erinnerung. In der vom Ministerium vorgeschlagenen zweistufigen Regelung werde an dieser Stelle ein Ermessen normiert. Für den Fall, dass der Versorgungsauftrag gefährdet sei, sei darin die Rechtsfolge normiert, dass das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sei.

Mit solchen Fällen würden sicherlich auch die Gerichte befasst. Die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sei allerdings keineswegs Alltagsgeschäft und sei auch nicht das Ziel der Landesregierung. Dabei würde es sich sicherlich nur um Einzelfälle handeln. Man müsse sich aber auch darüber im Klaren sein, dass Krankenhäuser in hohem Umfang aus Steuermitteln und Beitragsmitteln finanziert würden. Wenn ein Krankenhaus den Versorgungsauftrag, den es als Gegenleistung erfüllen müsse, allerdings nicht oder nur sehr schlecht erfülle, dann bedeute dies auch, dass Bürgerinnen und Bürger an dieser Stelle nicht gut versorgt seien, obwohl dafür viel Geld aufgewendet werde, und dass die Versorgung nicht dem entspreche, was unter einer guten Krankenhausversorgung zu erwarten sei. Vor diesem Hintergrund solle die vom Ministerium vorgeschlagene Regelung auch die Botschaft an die Krankenhausträger deutlich machen, dass die Übernahme eines Versorgungsauftrages auch mit Pflichten verbunden sei, die erfüllt werden müssten.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) merkte an, dass das Land den einem Krankenhaus zugewiesenen Versorgungsauftrag auch dadurch spezifiziere, dass es in dem entsprechenden Bescheid feststelle, für welche Versorgung das Krankenhaus zuständig sei, d. h. ob es ein Krankenhaus der Grund- oder Allgemeinversorgung sei usw. Insofern habe das Land dabei das Heft des Handelns selber in der Hand und stelle es fest, ob der Versorgungsauftrag wahrgenommen werde oder nicht. Im Fall des § 5 Abs. 9 sei dies jedoch nicht der Fall; denn in Satz 1 werde dort nur das Bundesrecht wiedergegeben, welches seiner, Schwarz', Auffassung nach etwa hinsichtlich des Kriteriums „kostengünstig“, das jedes Jahr in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen thematisiert werde, deutlich schwammiger sei als die landesrechtlichen Regelungen, mit denen in dem Bereich, in dem das Land die Entscheidungen treffen können, präzisiert werde, wann ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden könne bzw. müsse und die in die Systematik passten, wo das Bundesrecht greife und wo das Land selber handeln könne.

Der **Ausschuss** übernahm den Formulierungsvorschlag des Ministeriums zu § 7 Abs. 1.

Dritter Teil - Förderung

§ 10 - Einzelförderung

Der **Ausschuss** war mit dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu **Absatz 3 Satz 3** einverstanden.

§ 12 - Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) teilte mit, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst nach nochmaliger rechtlicher Prüfung vorschlage, den **Absatz 3** in Anlehnung an § 8 Abs. 2 wie folgt umzuformulieren:

„Die Höhe der Förderung richtet sich nach dem jeweiligen Haushaltsplan des Landes.“

Der **Ausschuss** übernahm diesen Formulierungsvorschlag.

§ 17 - Folgen des Trägerwechsels

Der Ausschuss war mit der in der Vorlage 40 vorgeschlagenen redaktionellen Änderung einverstanden.

Vierter Teil - Notfallversorgung

§ 19/1 (neu) - Meldepflichten

Der Ausschuss übernahm den vom Ministerium vorgeschlagenen neuen § 19/1.

Fünfter Teil - Patientenschutz und Patientensicherheit

§ 21 - Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) regte an, in **Absatz 3 Nr. 3** zur Angleichung an den geltenden § 16 Abs. 5 Satz 3 hinter dem Wort „betrieblichen“ das Wort „Gründe“ zu streichen, um den Eindruck zu vermeiden, dass mit dieser Abweichung vom bisherigen Gesetz eine inhaltliche Änderung verbunden sei. - Der **Ausschuss** war mit diesem Änderungsvorschlag einverstanden.

§ 22 - Demenzbeauftragte oder Demenzbeauftragter

Der Ausschuss übernahm den Formulierungsvorschlag des Ministeriums in der Vorlage 40, in **Absatz 1 Satz 1** das Wort „Allgemeinkrankenhaus“ durch das Wort „Krankenhaus“ zu ersetzen, den in eckige Klammern gesetzten **Satz 1/1 (neu)** zu streichen und stattdessen den zunächst in eckige Klammern gesetzten **Satz 7 (neu)** anzufügen.

§ 27 - Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten

Der Ausschuss übernahm den redaktionellen Änderungsvorschlag in der Vorlage 40, die Angabe „Nrn. 1 bis 4“ zu streichen.

Sechster Teil - Aufsicht

§ 28 - Aufsicht

Der Ausschuss übernahm den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, in **Absatz 3 Satz 1** anstelle des Begriffs „Einrichtungen“ den Begriff „Stellen“ zu verwenden, in **Satz 2** jeweils neben den „Einrichtungen“ auch die Krankenhäuser ausdrücklich zu nennen und in **Satz 3** die Worte „und jederzeit auch zu Räumen, die ausschließlich zu Wohnzwecken genutzt werden,“ einzufügen.

Achter Teil - Verordnungsermächtigung und Ordnungswidrigkeiten

§ 32 - Verordnungsermächtigung

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) führte an, dass die Verordnungsermächtigung für das für Gesundheit zuständige Ministerium sehr weitgehend sei. Es sei wichtig, dass das das Ministerium dadurch auf unterschiedliche Situationen reagieren könne, zumal nicht alles im Gesetz geregelt werden könne. Gleichwohl sei es für den Ausschuss sehr interessant, zu erfahren, wie das Ministerium damit umgehen wolle, konkret ob es möglich wäre, dass z. B. zwei Krankenhäuser mit unterschiedlichen Trägern an verschiedenen Standorten einen Maximalversorger bilden könnten oder ob bestimmte Regelungen im Gesetz gegen eine solche Möglichkeit sprächen.

RefL **Dr. Robbers** (MS) gab zur Antwort, eine solche Situation habe sich in Niedersachsen bislang nicht gestellt, weil es bislang auch keine

Versorgungsstufen gebe. Das Ministerium habe sich bewusst dazu entschieden, ihm über die Verordnungsermächtigung einen gewissen Gestaltungsspielraum zu eröffnen. Es sei nicht auszuschließen, dass es in Osnabrück oder in Hannover zu solchen Situationen kommen könne. In Hannover existierten zwar schon Maximalversorger; es sei aber auch mehr als ein Maximalversorger in einer Versorgungsregion möglich. Wenn z. B. in Osnabrück der Träger des katholischen Krankenhauses und der kommunale Krankenhausträger im Zuge einer Gesamtvernetzung unter Beibehaltung der Trägerschaft - für die Umwandlung eines konfessionellen Krankenhauses in ein kommunales Krankenhaus oder in anderer Richtung müssten ja immer sehr natürliche und gesellschaftsrechtliche Hürden genommen werden - ein Gesamtkonzept entwickelten und sich untereinander abstimmten, dann könnte dies durch die Verordnung abgedeckt sein. Insofern sei die von dem Abg. Jasper angesprochene Lösung denkbar.

Der **Ausschuss** war mit dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes einverstanden, die **Nr. 0/1 (neu)** zur Verbesserung der Übersichtlichkeit in Buchstaben zu untergliedern und die Regelung unter Buchst. a) wie folgt zu ändern:

„a) zu den Versorgungsstufen, insbesondere zu den Anforderungen an ein Allgemeinkrankenhaus, die für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe in qualitativer, räumlicher und organisatorischer Hinsicht zu erfüllen sind,“

*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) dankte dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst und dem Ministerium für die gut vorbereiteten und abgestimmten Vorlagen, die die komprimierte Beratung des Gesetzentwurfs insgesamt sehr erleichtert hätten.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) schloss sich dem Dank des Vorsitzenden an den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst und das Ministerium an. Der Abgeordnete brachte zum Ausdruck, alle Beteiligten seien sich darüber im Klaren, dass mit der Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes „dicke Bretter gebohrt“ würden. Die Reaktionen im *Rundblick* vom heutigen Tage seien auch ein Indiz dafür, dass dies wahrgenommen werde und dass an der einen oder anderen Stelle auch Bedenken beständen, dass sich im

Gesundheitswesen etwas nach vorne bewegen könnte.

Der Abgeordnete brachte abschließend seine Hoffnung zum Ausdruck, dass der Gesetzentwurf im Juni-Plenarsitzungsabschnitt abschließend beraten werden könne. Ohne die Zusammenarbeit zwischen dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst und dem Ministerium wäre dieses Ziel bei dieser komplizierten Materie gar nicht erreichbar gewesen. Dafür, dass dies in diesem kurzen Zeitraum möglich gewesen sei, gebühre dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst und dem Ministerium Respekt und Dank.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) schloss sich dem Dank an den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst sowie das Ministerium an. Ohne die enge und gute Zusammenarbeit der Akteure, in der auch die Beratungen im Ausschuss mit aufgenommen worden seien, wäre es nicht möglich gewesen, das Gesetzgebungsverfahren in dieser kurzen Zeit zu einem guten Ende zu führen.

Ziel dieses Gesetzgebungsverfahrens sei die qualitative Verbesserung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen. Vieles werde jedoch erst in den nächsten Jahren erste Wirkungen entfalten, wenn bis dahin hoffentlich auch der Bundesgesetzgeber Änderungen herbeigeführt haben werde. Wenn sich herausstellen sollte, dass die Ziele nicht ganz erreicht würden, die auch in der Enquetekommission erarbeitet worden seien, müsse das Gesetz zur Not noch nachjustiert werden.

Die Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes sei ein Meilenstein. Niedersachsen habe damit gegenüber anderen Bundesländern eine Vorreiterrolle. Wenn neue Wege beschritten würden, sei es durchaus normal, dass von Verbänden usw. dazu kritische Nachfragen gestellt würden, weil man sich manchmal Veränderungen noch nicht wirklich vorstellen könne. Davon sollten sich die politisch Verantwortlichen jedoch nicht Bange machen lassen. Das neue Gesetz sei fortschrittlich und öffne die Türen für die zukünftige Gestaltung der niedersächsischen Krankenhauslandschaft für eine qualitätsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung vor allem in der Fläche.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) hielt es für sehr erfreulich, dass die Empfehlungen der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Nieder-

sachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ jetzt mit dem in Rede stehenden Gesetzentwurf umgesetzt würden. Insofern habe sich die Arbeit der Enquetekommission gelohnt.

Der Abgeordnete schloss seine Ausführungen mit einem Dank an den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst und das Ministerium für die Erarbeitung der hervorragenden Vorlagen für die Beratung des Gesetzentwurfs, die die Arbeit im Ausschuss sehr erleichtert hätten.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) kündigte an, dass sie sich bei der Abstimmung über den Gesetzentwurf im Ausschuss der Stimme enthalten werde, da fraktionsintern noch Abstimmungsbedarf bestehe und ihre Bedenken gegenüber dem § 7 noch nicht ganz ausgeräumt seien.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) erklärte, dass sie sich bei der Abstimmung über den Gesetzentwurf im Ausschuss ebenfalls der Stimme enthalten werde und vor der Beschlussfassung im Landtag zunächst noch eine Rückkopplung mit ihrer Fraktion vornehmen wolle.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Gesetzentwurf in der Fassung der Vorlage 40 mit den in der heutigen Sitzung vereinbarten Änderungen anzunehmen und die in die Beratung einbezogenen Eingaben für erledigt zu erklären.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: -

Enthaltung: GRÜNE, FDP

Die Beschlussempfehlung erging unter dem Vorbehalt der Zustimmung der mitberatenden Ausschüsse.

Als Berichterstatter wurde der Abg. **Volker Meyer** (CDU) benannt.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen über einen schriftlichen Bericht.

Tagesordnungspunkt 2:

**Investitionsprogramm 2022 für Krankenhausbaumaßnahmen;
hier: Sondermittel zur Umsetzung zeitkritischer 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*

Unterrichtung

RefL **Dr. Robbers** (MS) legte Folgendes dar:

Im Haushaltsplan ist dankenswerterweise die Erhöhung der Mittel des Investitionsprogramms von zuvor 120 Millionen Euro ab diesem Jahr auf 150 Millionen Euro für dieses und nächstes Jahr vorgesehen. Die zusätzlichen 30 Millionen Euro sind in den Barmitteln veranschlagt. Wenn das Investitionsprogramm aufgestellt, im Planungsausschuss beraten und der Ausschuss darüber unterrichtet wird und die Landesregierung dann über das Investitionsprogramm entscheidet, gibt es einen Zeitverzug, sodass die Barmittel für die Krankenhäuser tatsächlich erst ein Jahr später verausgabt werden. Durch die Erhöhung um 30 Millionen Euro im Haushaltsansatz und in den Barmitteln gibt es in insofern in diesem Jahr ein sogenanntes Sonderförderprogramm mit diesen 30 Millionen Euro. Voraussetzung für die Bewilligung der Mittel ist, dass garantiert ist, dass die Mittel in diesem Haushaltsjahr entsprechend abgerufen werden.

Nach sehr eingehenden baufachlichen Prüfungen durch das NLBL und auch schriftlichen Beratungen im Rahmen eines Umlaufverfahrens mit dem Planungsausschuss hat die Landesregierung jetzt die vier in der Drucksache 18/11247 aufgeführten Baumaßnahmen vorgeschlagen: Städtisches Klinikum Braunschweig - diese Maßnahme ist schon deutlich in Betrieb -, Psychiatrische Klinik Lüneburg - diese Baumaßnahme läuft in ganz Niedersachsen am schnellsten und besten; sie kann auch live per Webcam verfolgt werden -, Euregio-Klinik Nordhorn - auch diese Maßnahme ist schon in Bau - und die KRH-Klinik in Gehrden, für die Mittel in Höhe von 5 Millionen Euro für die Pla-

nungskosten sofort abgerufen werden können, für die der Träger bereits in Vorleistung getreten ist.

Die Erhöhung der Haushalts- und Barmittel um 30 Millionen Euro wirkt sich auch in einem sogenannten Sonderförderprogramm auf die Jahre 2023 bis 2025 aus. Durch die gestaffelten Mittelabrufe, die wir bei den Barmitteln vorsehen, wird es im Jahr 2023 voraussichtlich ein Programm in Höhe von 21 Millionen Euro, im Jahr 2024 von 9 Millionen Euro und im Jahr 2025 von 3 Millionen Euro geben. Auch für die Maßnahmen, die dann auszuwählen sein werden, müsste sichergestellt werden, dass die Barmittel in dem jeweiligen Haushaltsjahr abgerufen werden. Wir werden am 14. Juni 2022 erneut mit dem Planungsausschuss das Investitionsprogramm beraten, welches wir vorgeschlagen haben. Von daher wird die Anzahl der Maßnahmen, die wir dann auszusuchen haben, die schon im Bau sind, schon ein Stück weit größer sein. Insofern haben wir keine Sorge, dass wir das Sonderprogramm nicht adäquat auch mit Maßnahmen erfüllen können.

Eine Aussprache ergab sich nicht.

Beschluss

Der **Ausschuss** nahm das Investitionsprogramm 2022 für Krankenhausbaumaßnahmen, hier: Sondermittel zur Umsetzung zeitkritischer Großprojekte, zustimmend zur Kenntnis.
