

N i e d e r s c h r i f t

über die 31. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 4. April 2024

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Einführendes Gespräch mit der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, Frau Annetraud Grote** 5

2. **Krankenhausreform umsetzen - gute Versorgung und Erreichbarkeit sicherstellen**
 Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/1024](#)
hier: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Stand der Krankenhausreform
Unterrichtung 13
Aussprache 19

3. **Kindeswohlgefährdung durch „Original Play“ untersagen - Pädophile in Kitas und Kindergärten stoppen!**
 Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/3637](#)
Beginn der Beratung 33

-
4. **Beschlussfassung über den Antrag der CDU-Fraktion auf Unterrichtung durch die Landesregierung über den verabschiedeten Aktionsplan gegen Häusliche Gewalt und zur Umsetzung der Istanbul-Konvention und die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Istanbul-Konvention beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 35**
 5. **Beschlussfassung über den Antrag der AfD-Fraktion auf Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Situation hinsichtlich der personellen Entwicklung an der Spitze der Niedersächsischen Ärztekammer 37**

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (ab 11.30 Uhr vertreten durch den Abg. Lukas Reinken) (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Volker Meyer (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (zu TOP 1 vertreten durch Abg. Nicolas Breer) (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Vanessa Behrendt (i. V. d. Abg. Delia Klages) (AfD)

Als Zuhörer (§ 94 GO LT):

Abg. Lukas Reinken (CDU) (bis 11.30 Uhr)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.18 Uhr bis 12.28 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 30. Sitzung.

*

Vorbereitung der Informationsreise nach Wien vom 9. bis 14. September 2024

Der **Ausschuss** kommt überein, aus logistischen und wirtschaftlichen Gründen Zimmer im Hotel Mooons in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof Wien zu buchen.

Tagesordnungspunkt 1:

Einführendes Gespräch mit der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, Frau Annetraud Grote

Landesbeauftragte Annetraud Grote: Vielen Dank für das warme Willkommen hier im Ausschuss! Alleine der Gruß „Moin“ hat mich vollkommen überzeugt. In Hessen habe ich 26 Jahre lang versucht, ihn zu etablieren. Das ist mir überhaupt nicht gelungen. Ich bin so dankbar! Wenn ich „Moin“ höre, geht mein Herz auf. Ich fühle mich hier warm willkommen von Ihnen allen. Herzlichen Dank für Ihre netten Worte, die Sie schon in der Vorstellungsrunde gefunden haben!

Vielen Dank für die Einladung in diesen Ausschuss! Ich möchte mich ein bisschen ausführlicher vorstellen - aber nicht, um Sie zu langweilen, sondern weil ich hoffe, dass wir sehr viel Kontakt miteinander haben werden und dass wir immer wieder gegenseitig Anker finden bei Themen, die Sie interessieren und die mich interessieren, zu denen wir uns austauschen können, zu denen wir uns aber auch austauschen müssen. Ich denke, es ist ein bisschen schöner, wenn Sie etwas mehr von mir erfahren als nur meinen Namen und mein Gesicht.

Ich möchte Sie erst einmal auf eine kleine Reise durch mein Leben mitnehmen - nicht sehr lange, aber ein bisschen länger - und dann auch meine Vorstellungen darlegen, wie ich mir die Arbeit vorstelle, was ich in den letzten vier Wochen schon gemacht habe; das war schon eine ganze Menge. So ist meine Idee - und Sie unterbrechen mich einfach, wenn es langweilig wird. Also gerne Bescheid sagen! Ich bin an dieser Stelle schmerzbehaftet.

Ich komme aus einem Umfeld, in dem wir unseren Inklusionsprojekten den Namen „Vieles ist möglich“ gegeben haben. Oft, wenn ich mich vorgestellt habe, habe ich gedacht: Das könnte eigentlich auch das Motto meines eigenen Lebens sein. Ich bin sehr dankbar dafür, dass ich das tatsächlich so sagen kann.

Meine Wurzeln habe ich in Niedersachsen. Meine Schulzeit habe ich in Lüneburg verbracht. Der Kontakt mit meiner Familie und mit meinen hier noch lebenden Freunden ist immer intensiv geblieben. Ich habe mich nie innerlich verabschiedet, sondern bin immer ein Stückchen hier zu Hause geblieben. Wir sind von Frankfurt aus tatsächlich jedes zweite Wochenende hochgefahren, weil mich - wenn ich ehrlich bin - das Heimweh so getrieben hat. - Das ist mein niedersächsischer Hintergrund.

Ohne den Begriff „Integration“ oder „Inklusion“ zu sehr zu strapazieren, muss ich wirklich sagen, dass ich mein Leben bisher tatsächlich als sehr inklusiv und auch als erfüllt empfunden habe wohlwissend, dass ich auch immer wieder auf viele Barrieren gestoßen bin. Nicht alles war ein Selbstläufer, aber ich habe Gott sei Dank durch meine Familie, durch mein Umfeld sehr, sehr viel Inklusives erleben dürfen.

Man kann aber auch sagen, dass das von Mut abhing: vom Mut vieler Menschen, die mich auf meinem Weg begleitet haben, einfach Dinge zu versuchen. Ich war zum Beispiel in Lüneburg auf einem Gymnasium mit vier Stockwerken - ohne Aufzug! Das heißt, man musste mich immer von Fachraum zu Fachraum bringen. Das haben zunächst die älteren Schüler gemacht, bis meine Mitschüler so weit waren. Ab der neunten Klasse haben sie das dann übernommen. Wenn wir

uns heute treffen, schwärmen sie immer noch davon und sagen, ich habe auch deren Leben ein Stück weit reicher gemacht, weil ich ihnen zeigen konnte, dass ich auch um Hilfe fragen kann. Das ist etwas, was mir auch wichtig ist, diese Botschaft weiterzugeben. Dieses alte historische Gebäude war toll, aber eben auch sehr herausfordernd.

Nach dem Abitur war die Qual der Wahl bei mir gar nicht so groß; denn in der Arbeitsagentur hat man mir gesagt: Sie können Psychologie oder Jura studieren! - Das war damals die Fantasie für Menschen mit einer sehr sichtbaren Behinderung. Meine Familie hat dann gesagt: Nein, Psychologie studiere mal lieber nicht, sonst drehst du vielleicht zu sehr ab! - Wie auch immer. Ich komme aus einer sehr bodenständigen Familie. Dann habe ich mich für Jura entschieden. Heute bin ich sehr glücklich darüber, weil es die richtige Wahl war, mir viele Türen aufgemacht hat und mich in vielen Feldern bereichert hat. Das war die richtige Entscheidung. So würde ich das heute sagen.

Ich bin dann zum Studieren nach Marburg gegangen, habe dort Rechtswissenschaften studiert und habe in einem Studentenwohnheim für Menschen mit und ohne Behinderungen gewohnt. Dort habe ich zum ersten Mal in meiner Vita viele Kontakte mit anderen Menschen mit Behinderungen gehabt. Diese hatte ich vorher gar nicht. Das war für mich dann, ehrlich gesagt, auch ein sehr spannender Moment.

Die Studienjahre in Marburg waren wichtig für mich und waren sehr, sehr bereichernd. Mein Freundeskreis stammt auch noch aus dieser Zeit. Nicht zuletzt habe ich dort am Ende meines Studiums meinen supernetten Ehemann kennengelernt, der Gott sei Dank auch mit nach Hannover gekommen ist. Er hätte mich jetzt ja auch abschießen können - nein, er ist tatsächlich bei mir geblieben.

Nach dem zweiten Examen stand ich wieder vor der Frage: Was wird denn jetzt aus mir? - Und wieder habe ich jemanden getroffen, der sehr viel Mut gehabt hat, der mir gesagt hat: Kommen Sie ins Paul-Ehrlich-Institut, bereichern Sie unser Rechtsreferat! - Dann war ich dort zehn Jahre im Verwaltungsrecht, Arbeitsrecht und vor allem Arzneimittelrecht tätig. Ich habe aber immer gemerkt: Das sind nicht meine Wurzeln! Meine Wurzeln aus dem Studium waren das Arbeits- und Sozialrecht. Insofern war ich sehr glücklich, dass der Personalleiter mich dort nach 15 Jahren gefragt hat, ob ich ins Personalreferat kommen will. Das habe ich dann gemacht. Zum Schluss bin ich auch stellvertretende Personalleiterin gewesen. Das ist tatsächlich auch mein Ding gewesen mit viel Kommunikation.

Ich war parallel 15 Jahre lang Schwerbehindertenvertretung und 10 Jahre lang Inklusionsbeauftragte. Das heißt, ich habe das Thema von mehreren Seiten angesehen: von der Arbeitnehmerseite und dann von der Arbeitgeberseite. Das versetzt mich heute immer in die Lage, auch mal einen Perspektivwechsel vorzunehmen. Das muss man ab und zu einfach mal machen.

Wir haben viele Inklusionsprojekte auf den Weg gebracht: erst Inklusionsprojekte für schwerbehinderte Akademiker in dem Bereich, dann für schwerbehinderte Bachelorabsolventen, und das letzte Projekt, das ich mit in die Gänge gebracht und auch fünf Jahre geleitet habe, war ein Inklusionsprojekt für schwerbehinderte Auszubildende. Deswegen schaue ich jetzt auch mal die jungen Menschen dort hinten in den Zuhörerreihen an. Das war aber ein Projekt, das sowohl für nichtbehinderte als auch für behinderte Auszubildende galt. Das heißt, sie waren ganz normal

in der dualen Ausbildung. Aber wir haben es erleichtert, dass sie die Ausbildungsstelle erhalten haben.

Ich war 26 Jahre in diesem Institut beschäftigt. Der Abschied ist mir nicht ganz leichtgefallen. Aber als ich die Ausschreibung vor fast einem Jahr gesehen habe, habe ich gedacht: Das ist etwas, was mich wirklich reizt! Das ist etwas, wo ich mit Mitte 50 noch mal solch einen Sprung wagen möchte, um das Thema, das mir am Herzen liegt, zu vertreten und in die Breite zu vertreten. - Also nicht nur für den Arbeitsmarkt, sondern natürlich für alle Handlungsfelder der Inklusion.

So weit aus meinem Leben. Bisher bin ich also oft gewechselt, aber jetzt in Hannover gelandet.

Ich bin auch sehr stolz darauf, dass wir über die verschiedenen Projekte sehr viele Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt gebracht haben - oft erst in befristeten Verträgen, jetzt aber ganz viele auch in unbefristeten Verträgen, manche auch in Beamtenverhältnissen. Wir haben also wirklich auch Nachhaltigkeit erzeugt, über die ich mich sehr freue.

Gelernt habe ich auch, dass es eines Erkenntnisprozesses bedarf. Manchmal kann man schon durch ganz viele kleine Veränderungen ganz viel erreichen. Ausschlaggebend ist, finde ich, vor allem das Bewusstsein, dass der Umgang mit Vielfalt - das wissen Sie alle, die Sie hier im Ausschuss sitzen - dazu beiträgt, die Barrieren sowohl in den Köpfen als auch die tatsächlichen Barrieren abzubauen. Deswegen möchte ich Sie alle ermutigen und andere Arbeitgebende ermutigen, das Thema Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen auch ein bisschen mit in den Fokus zu nehmen, um die Menschen auch zu empowern, um ihnen durch die Beschäftigung das Selbstbewusstsein zu geben, wirklich an der Gesellschaft teilzuhaben. Das Thema Arbeitsmarkt ist mir also unter anderem sehr wichtig.

Was will ich noch als niedersächsische Landesbehindertenbeauftragte erreichen? - Ich möchte gerne Brückenbauerin und Botschafterin für alle Menschen in unserer Gesellschaft sein, also in der Verwaltung, in den Schulen, in den Hochschulen, bei den Arbeitgebenden, bei der Selbsthilfe, bei den Verbänden. Zusammen müssen wir uns stark auf den Weg machen und uns dafür einsetzen, dass Inklusion gelingt. Dafür ist dieses Netzwerk aller genannten Akteure ganz wichtig. Denn es geht darum, die Umwelt barrierefrei zu gestalten - Arbeitsstätten, Schulen, Hochschulen, und zwar nicht nur im baulichen bzw. technischen Bereich, sondern auch im psychosozialen Bereich - und entsprechende didaktische Mittel zu finden - um nur einige Handlungsfelder zu nennen.

Ich habe versprochen, dass ich auch den Finger in die Wunde bei den Themen legen möchte, an denen wir noch hart arbeiten müssen. Denn Inklusion ist kein Selbstläufer, sondern es liegt immer noch ein ganz, ganz langer Weg vor uns. Den möchte ich gerne mit Ihnen gemeinsam gehen.

Inklusion bedeutet, dass Menschen mit und ohne Behinderungen unter passenden Rahmenbedingungen Teilhabe erleben können, wenn ihnen ein barrierefreier Zugang ermöglicht wird. Dafür möchte ich mich starkmachen. An dieser Stelle kommt für mich ein Mutmacher bzw. eine Mutmacherin ins Spiel, die ich sehr wichtig finde: die UN-Behindertenrechtskonvention, die Ihnen allen sicherlich ein Begriff ist. Dazu muss ich nicht viel sagen. Seit 2009 ist das ein festge-

schriebenes Menschenrecht. „Menschenrecht“ bedeutet, dass es in allen unseren Bereichen - Legislative, Exekutive, Judikative - gelebt werden muss. Dieses Menschenrecht ist mir sehr, sehr wichtig.

Dennoch müssen wir feststellen, dass der UN-Ausschuss im letzten Jahr im Rahmen der zweiten Staatenprüfung Deutschland kein gutes Zeugnis ausgestellt hat. Es wird gesagt, es muss noch viel getan werden. In Deutschland müssen die bestehenden Sonderstrukturen ja transparent gemacht und abgeschafft werden. Der Ausschuss fordert weniger Sonderwelten und strengere gesetzliche Vorgaben zur Umsetzung von Barrierefreiheit. Auch da wünsche ich mir und hoffe ich, dass wir an dieser Stelle alle an einem Strang ziehen können.

Auch das Land Niedersachsen muss Lehren aus der Staatenprüfung ziehen, auch wenn das Land Niedersachsen, wie ich finde, viel erreicht hat; das ist zumindest mein erster Einblick. Es gibt hier sehr starke Verbände, die sich toll dafür einsetzen, auch aus der Selbsthilfe. Es gibt schon ein starkes Netzwerk, mit dem ich super gerne kooperiere.

Das heißt, wir müssen die Kritik mit Leben füllen. Dazu dient ja zum Beispiel auch der vierte Aktionsplan, den federführend das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung auf den Weg bringt. Die Ressortbeteiligung ist bereits zum Teil erfolgt. Wir haben die Ideenbox, die aus den Ideen auch von Menschen mit Behinderungen gefüllt wurde. Wir hatten die Inklusionskonferenz am 6. Dezember, auf der ich mich schon vorstellen durfte. Das hat mir viel Spaß gemacht. Ich bin froh, dass ich bzw. wir auch mit unserem Arbeitsstab dort so schön mitwirken können und auch gut eingebunden werden.

Am Ende meiner Ausführungen möchte ich gerne vier Punkte nennen, die für mich wichtig sind, damit Sie mich auch ein Stück weit besser kennenlernen:

Erstens möchte ich etwas sagen, was vielleicht nicht so gerne gehört wird, aber was mir wichtig ist: Inklusion ist viel weiter gediehen als früher und ist umso mehr zu spüren, je jünger die Menschen sind. Je jünger die Menschen sind, desto mehr spüre ich auch im Umgang mit mir, wie Inklusion bei ihnen angekommen ist. Das finde ich ganz toll und großartig.

Zweitens kann und soll Inklusion als Querschnittsthema auch Spaß machen. Ich möchte gerne auch ein bisschen Spaß und ein bisschen Leichtigkeit in das Thema bringen, damit es auch ein bisschen aus einer traurigen Ecke herauskommt. Ich will dieses Thema nicht nur beackern, sondern mit Freude und Spaß an die gemeinsame Arbeit gehen.

In diesem Zusammenhang ein Satz, der zwar oft gesagt wird, aber den ich nicht müde werde zu wiederholen: Inklusion beginnt in den Köpfen. Das heißt, wir alle müssen diese Botschaft immer wieder nachhaltig streuen. Es ist unabdingbar, dass wir alle Multiplikatoren dieser Botschaft werden.

Die dritte wichtige Botschaft von mir lautet, dass Inklusion Kooperation und Vernetzung braucht. Auch deswegen bin ich gerne heute hier im Ausschuss. Inklusion ist dann ein Erfolgsfaktor und hat positive Effekte, wenn das Thema Inklusion nicht nur Ausdruck einer ethischen Grundhaltung und nicht nur von persönlichen Erfahrungen ist, sondern wenn man auch immer die betriebs- und volkswirtschaftlichen Überlegungen mit ins Kalkül zieht. Denn es ist viel sinnvoller, jemanden mit einer Behinderung zu beschäftigen, als nur das Sozialrecht greifen zu lassen.

Die vierte Botschaft, die ich Ihnen noch zurufen möchte, ist eine sehr persönliche: Inklusion ist für mich die Herstellung der von mir empfundenen Normalität. Das ist meine Definition. Ich habe ganz viel von dem bekommen, was ich mir für mein Leben gewünscht habe, was ich mir durch das Studium vorgenommen habe. Ich habe ein ausgefülltes Berufs- und Privatleben. Deswegen sehe ich es auch als meine Pflicht an, diese Freude und diese Demut auch an andere Menschen weiterzugeben und Menschen dabei in ihrer Lebensplanung zu stützen, sodass auch sie ihre Ziele verwirklichen können.

Ich wünsche mir, dass es in einigen Jahren oder vielleicht in einigen Jahrzehnten gelingt, dass Menschen mit Behinderungen Strukturen vorfinden, die sie befähigen, selbstverständlich ohne begrenzende Barrieren in ihnen zu leben, und gar nicht mehr darauf angewiesen sind, dass sie auf ihrem Lebensweg Menschen getroffen haben, die Mut hatten, um ihnen zu helfen, sondern dass sie sich selbst helfen können.

Das sind die Themen, für die ich mich gerne als Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen einsetzen möchte. Damit bin ich angetreten. Dafür habe ich in den ersten vier Wochen schon ganz viel machen dürfen. Es sind ganz viel spannende Sachen. Ich habe unglaublich viele Menschen kennengelernt, ganz viele Kämpfer und Kämpferinnen in ihrer eigenen Sache. Das fand ich sehr beeindruckend. Ich hatte zum Beispiel Besuch von den Werkstattträtern. Das war für mich eine ganz neue Perspektive. Das hatte ich zuvor auch noch nicht kennengelernt. Ich habe von den Werkstattträgern einen Einblick in das Spannungsfeld bekommen, in dem sich die Werkstätten befinden. Das fand ich ganz großartig. Ich durfte Herrn Ministerpräsidenten Weil schon kennenlernen. Ich habe schon unser Haus kennenlernen dürfen. Mit Herrn Philippi und Frau Arbogast arbeite ich eng zusammen. Das hat mir in den letzten Tagen schon viel Spaß gemacht. Ich durfte mit meiner Referentin Frau Stein zum Thema Persönliches Budget nach Oldenburg fahren und dort ein Grußwort sprechen. Ich durfte den Landesbehindertenbeirat neu besetzen. Das war eine sehr schwere Aufgabe und wirklich herausfordernd, wenn man die Menschen hinter den Verbänden gar nicht kennt und dann auch noch ein bisschen eigene Vorstellungen hat, wie es aussehen soll. Das war für mich auch schon sehr bereichernd. Ich bin auch schon nach Lüneburg gereist - was ein kleines Heimspiel war - und durfte dort in der Psychiatrie ein Grußwort sprechen. Das fand ich auch sehr spannend. Es gibt ganz viele Dinge. Jeder Tag ist von morgens bis abends gefüllt mit Menschen, mit Namen, mit Verabredungen. Und jetzt bin ich hier. Vielen Dank für die Einladung!

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für diese persönliche Vorstellung. So sieht man auch den Menschen hinter diesem Amt. Aus Ihrer Biografie hat mir einiges deutlich gemacht, dass dieses Amt bei Ihnen in guten Händen ist. Ich finde das sehr spannend. Ich habe Sie ganz am Anfang auch in „Hallo Niedersachsen“ gesehen. Manchmal bildet das Fernsehen ja eine andere Realität ab. Dort waren Sie aber genauso, wie Sie hier sind. Das war ein wirklich sehr erfrischender Auftritt. Vielen Dank, dass Sie gleich am Anfang bei uns sind und auch dazu einladen, mit Ihnen zusammen an dieser Stelle etwas zu bewegen! Wir sind froh, dass dieses Amt wieder besetzt ist, dass es mit Ihnen besetzt ist; denn ich glaube, Sie haben eine große und wichtige Aufgabe für viele Menschen, die auch Unterstützung benötigen. Aus Ihrer Biografie heraus können Sie für diese Menschen Wichtiges zusammen bewegen. Also von meiner Seite vielen Dank, dass Sie heute im Ausschuss sind!

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für die Vorstellung. Ich schließe mich den Worten unseres Vorsitzenden gerne an, weil Ihre persönliche Vorstellung hier im Ausschuss verdeutlicht,

mit welchem Erfahrungsschatz, aber auch mit welcher Kompetenz Sie in das Amt gehen. Ich glaube, es ist eine gute Wahl getroffen worden. Das wird auch unsere Arbeit bereichern. Ich hoffe, wir haben Sie dann auch als Ansprechpartnerin für Fragen und mögliche konkrete Informationen an unserer Seite. Wir sind wirklich froh, dass das Amt jetzt wieder besetzt wurde. Ich denke, dass gerade der Blick auf Menschen mit Behinderungen wichtig ist. Diese Menschen brauchen auch immer noch einen Fürsprecher bzw. eine Fürsprecherin in der Gesellschaft. So, wie Sie sich hier heute im Ausschuss präsentiert haben, wird das ein großer Gewinn sein. Vielen Dank dafür.

Landesbeauftragte Annetraud Grote: Danke schön! Das ist ganz lieb.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Auch von unserer Seite einen ganz herzlichen Dank für diese wirklich auch offene Vorstellung und dafür, dass Sie uns auch Ihre Hintergründe und Ihr eigenes Bewusstsein mitgegeben haben auf dem Weg, auch das Bewusstsein für den Umgang mit Vielfalt in unserer Gesellschaft zu schaffen. Ich bin sehr dankbar, dass Sie zum Schluss in Ihren Ausführungen über die ersten Tage, die Sie jetzt schon im Amt verbracht haben, deutlich gemacht haben, wie bereit Sie auch sind, sich selbst auch durch die Schicksale und Biografien von anderen betroffen zu machen. Sie haben die Werkstattträte angesprochen. Ich habe durch meine Aufenthalte auch in Werkstätten mittlerweile sehr viele gute Freundinnen und Freunde gewinnen können, mit denen ich in sehr regelmäßigem Kontakt stehe, die mir immer auch die Durchlässigkeit der Systeme als sehr wichtig vor Augen führen und nicht das eine Systeme verdammten, sondern deutlich machen, wie viel Inklusion wir in allen Systemen umsetzen können. Es hat mich sehr angesprochen, dass Sie sehr deutlich gemacht haben, wie bereichernd auch für Sie das Zusammenreffen mit diesen Menschen gewesen ist. Ich war letzte Woche in der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück - zugegebenermaßen zwei Tage lang, weil ich eine Schrankwand aufbauen wollte und das dann doch zwei Tage und nicht nur einen Tag gedauert hat; das lag vielleicht auch an mir. Die Erfahrung, die Ihre Mitschülerinnen und Mitschüler damals genießen durften, eine ganze Zeit lang auch über Schritte im Leben mit Menschen zusammen unterwegs zu sein, die auch vielfältig sind, und nicht nur in der eigenen Dunstblase unterwegs zu sein, ist etwas, was auch ich dort sehr genossen habe und was ich uns allen sehr wünsche. Ich freue mich, wenn wir mit Ihnen gemeinsam die Möglichkeit haben, immer wieder diesen Blickwinkel und Perspektivwechsel wahrzunehmen und annehmen zu dürfen. Ich freue mich auf die zukünftig gute Zusammenarbeit mit Ihnen und spreche dabei im Namen der ganzen CDU-Fraktion.

Landesbeauftragte Annetraud Grote: Vielen Dank.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) Vielen Dank für die Vorstellung. Besonders möchte ich Ihnen dafür danken, dass Sie den Finger in die Wunde legen wollen. Das ist etwas, was man, glaube ich, auch von Ihnen vonseiten der starken Verbände erwartet, die Sie angesprochen haben. Das haben wir aus den anderthalb Jahren der bisherigen Legislaturperiode mitgenommen. Ich wünsche Ihnen, sich da nicht zwischen den Fronten mit dem Finger in der Wunde zu zerreiben und auch eine gute Perspektive zwischen allen Anforderungen und Möglichkeiten zu finden, die Sie in dieser Position haben. Das kennen wir selber aus unserer Arbeit. Das wird sicherlich auch Sie betreffen.

Ich bin sehr glücklich darüber, dass Sie sich dieser Herausforderung widmen wollen und auch mit Freude widmen wollen. Es hat uns gerade sehr viel Freude bereitet, Ihnen zuzuhören. Auch

ich freue mich auf die Zusammenarbeit. Ich glaube, wir werden bald schon intensive Möglichkeiten haben, uns über einzelne Themen auszutauschen. Zumindest habe ich ein paar Stichpunkte gehört, die bei uns auch schon ganz oben auf dem Zettel stehen. Von daher freue ich mich sehr auf die Zusammenarbeit.

Landesbeauftragte Annetraud Grote: Toll! Danke!

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Ich spreche jetzt für die ganze AfD-Fraktion, auch wenn ich hier heute alleine sitze. Erst einmal vielen Dank für Ihre Vorstellung und für die Schilderung Ihres bisherigen persönlichen Weges! Man merkt, dass Sie mit Herzblut dabei sind. Sie haben eine sehr positive Ausstrahlung. Ich denke, damit haben Sie eine Vorbildfunktion für Menschen mit Behinderungen, aber auch für die andere Seite. Wie Sie schon gesagt haben: Das Ganze beginnt im Kopf. Ich halte es für ganz wichtig, dass es auch bei den Leuten im Kopf beginnt, dass man auch andere Seiten sieht. Auch von unserer Seite herzlichen Dank! Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und sind darauf sehr gespannt. Wir wünschen uns natürlich auch, dass wir für verschiedene Bereiche Ansprechpartner haben, an die wir uns wenden können.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen für dieses Gespräch. Wir werden Sie sicherlich wieder in den Ausschuss einladen.

Landesbeauftragte Annetraud Grote: Bitte!

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wir werden Ihre Expertise benötigen und werden auf Sie zukommen. Andersherum fühlen Sie sich auch eingeladen, proaktiv auf den Ausschuss zuzukommen, wenn Sie mit dem Ausschuss sprechen möchten. So, wie ich Sie erlebe, werden Sie das auch tun, und das ist auch gut so. Denn die Zusammenarbeit zwischen diesem Ausschuss und Ihnen als Landesbeauftragter ist ganz wichtig. Das war ein guter erster Aufschlag heute. Es freut mich, dass Sie heute hier waren.

Landesbeauftragte Annetraud Grote: Es hat mir riesig Spaß gemacht. Ich finde es toll, so viele engagierte Menschen für die Sache kennenzulernen. Es ist unglaublich gut, das im Rücken zu haben. Denn am Ende des Tages sind Sie es, die Entscheidungen vorbereiten, über die dann der Landtag entscheidet. Ich werde bestimmt an manchen Stellen vielleicht auch mal etwas Unbequemes sagen. Ich hoffe, dass das dann unsere Zusammenarbeit nicht stört, sondern an der Stelle eher bereichert. Das wünsche ich mir. Vielen Dank!

Tagesordnungspunkt 2:

Krankenhausreform umsetzen - gute Versorgung und Erreichbarkeit sicherstellen

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/1024](#)

direkt überwiesen am 23.03.2023

AfSAGuG

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Stand der Krankenhausreform

Zu Beginn der Behandlung dieses Tagesordnungspunktes kündigt Abg. **Volker Meyer** (CDU) an, dass die CDU-Fraktion ihren Antrag zurückziehen werde, weil der eine oder andere Punkt darin durch den zwischenzeitlich vorgelegten Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes erledigt und der Antrag insofern nicht mehr aktuell sei. Die CDU-Fraktion behalte sich jedoch vor, auch nach Auswertung der Unterrichtung in der heutigen Ausschusssitzung gegebenenfalls einen neuen Antrag einzubringen.

Unterrichtung

MDgt'in **Schröder** (MS): Sehr gerne unterrichte ich den Ausschuss über das Thema Krankenhausreform, das meine Abteilung stark beschäftigt und umtreibt, aber natürlich auch für die stationäre Krankenversorgung in Niedersachsen von zentraler Bedeutung ist.

Zunächst kurz zur Einordnung: Die Krankenhausreform betrifft die somatische Krankenhausversorgung, also nicht die Psychiatrien. Die somatische Krankenhausversorgung ist derzeit dadurch geprägt, dass der Bund für die Finanzierungsstruktur und die Finanzierung der Betriebskosten zuständig ist. Er hat das so geregelt, dass das Geld immer der Patientin bzw. dem Patienten folgt. Man muss also Fälle im Krankenhaus produzieren, um auch Erlöse zu erzielen. Das führt aufgrund verschiedenster, in der Vergangenheit auch geänderter Rahmenbedingungen dazu, dass viele Krankenhäuser viele Leistungen anbieten, auch wenn sie nur selten durchgeführt werden, um sich erlösmäßig breit aufzustellen und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu sichern. Wir alle erleben ja tagtäglich, wie schwierig es mittlerweile für Krankenhäuser ist - nicht nur für kleine Krankenhäuser, sondern auch für große Krankenhäuser -, tatsächlich noch wirtschaftlich auskömmlich arbeiten zu können. Mit dieser Krankenhausreform verfolgt der Bund das klare Ziel, die Qualität der Versorgung zu sichern, die Qualität der Versorgung in der Fläche aufrechtzuerhalten und gleichzeitig die Finanzierung der Krankenhäuser auf andere Füße zu stellen und Bürokratie abzubauen. - Das ist der Rahmen, unter dem sich diese Krankenhausreform bewegt.

Die Unterrichtung möchte ich gerne in drei Teile gliedern: erstens ein kurzer Sachstandsbericht, wie wir uns aktuell in Niedersachsen aufgestellt haben, um diese Reform umsetzen zu können, zweitens ein kurzer Einblick in die wesentlichen Elemente des Referentenentwurfs für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, der seit dem 13. März 2024 vorliegt, und drittens ein kurzer Ausblick auf die Folgeschritte im Jahr 2024 und in den Folgejahren.

Mit Beginn der ersten Reformüberlegungen haben wir aus Niedersachsen heraus aktiv in verschiedenen Arbeitsgruppen des Bundes und der Länder zu den einzelnen Themen der Krankenhausreform zusammengearbeitet. Um uns optimal vorbereiten zu können, haben wir zum 1. September 2023 eine Projektgruppe eingerichtet, die diese Systemumstellung vorbereiten soll.

Mit der Krankenhausreform wird der Bund sein Finanzierungssystem komplett neu sortieren und umstellen von der reinen Fallpauschale - den DRGs - hin zu einer Vorhaltepauschale mit einer residualen DRG, also einer Restfallpauschale, die dann noch bleibt. Die Vorhaltepauschale wird ca. 60 % der Fallkosten abdecken, sodass sie ein wesentliches Standbein der zukünftigen Finanzierung und vor allem auch der Vorhaltefinanzierung sein wird. Dafür wird der Bund Leistungsgruppen und konkrete Fallmengen einführen. Derzeit weisen wir ja Fachabteilungen und Betten zu. Insofern verändert sich das. Wir haben in der vergangenen Legislaturperiode in der Enquetekommission, die ja schon gute Vorarbeiten für die kommende Krankenhausreform geleistet hat - insofern sind wir diesbezüglich in Niedersachsen schon viel besser aufgestellt als manch anderes Bundesland -, durchaus schon den Wechsel zu Leistungsgruppen diskutiert, aber dann vor dem Hintergrund, dass es damals keine Anzeichen dafür gab, dass der Bund seine Finanzierungssystematik ändern wird, zunächst beschlossen, bei Fachabteilungen und Betten zu bleiben. Das wird sich durch diese Bundesregelung ändern.

Wir gehen insofern davon aus, dass die rund 145 somatischen Krankenhäuser in Niedersachsen rund 1 800 Anträge auf Leistungsgruppen stellen werden, die dann auch entsprechend geprüft und verarbeitet werden müssen. Das wird sich nicht händisch erledigen lassen, jedenfalls nicht in einem vertretbaren zeitlichen Umfang. Deswegen ist es im ersten Schritt Aufgabe dieser Projektgruppe gewesen, ein Vergabeverfahren für eine digitale Antragstellung und Antragsbearbeitung auf den Weg zu bringen. Die Vergabe ist zum Jahresende erfolgt. Derzeit wird noch aktiv an den letzten Schritten des Lastenheftes gearbeitet, das aber bereits so weit vorangeschritten ist, dass mit der Programmierung schon begonnen wurde. Wir gehen davon aus, dass entweder kurz vor oder kurz nach der Sommerpause der Prototyp des IT-Tools zur Verfügung stehen wird, sodass die Projektgruppe dieses Tool dann mithilfe von zehn Krankenhäusern auch mal in einem Go-live-Musterprozess testen kann; denn wir alle wissen, dass es bei einem solchen Prozess natürlich immer kleine „Kinderkrankheiten“ gibt. Dieser vorgeschaltete Prozess dient dazu, die Abläufe durchzutesten und herauszufinden, wo noch nachgearbeitet werden muss. Damit befasst sich die Projektgruppe intensiv.

Damit kommen wir schon zu dem Thema, was mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz konkret geregelt wird und welche neuen Schritte zukünftig zu beachten sind.

Der Referentenentwurf für ein Artikelgesetz sieht insbesondere leistungsrechtliche Änderungen im SGB V, Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz - nämlich strukturelle Änderungen im Finanzierungsrecht -, konkrete Vergütungsregelungen im Krankenhausentgeltgesetz und Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung in Bezug auf den Landesbasisfallwert und die Finanzierung der Personalkostenbudgets vor. Gerade der letzte Punkt ist für die Krankenhäuser extrem wichtig, weil es auch darum gehen muss, diesen Reformprozess zu überstehen, der ja noch einige Jahre in Anspruch nehmen wird, bevor er finanziell in vollem Umfang gegenüber den Krankenhäusern wirksam wird. Dafür sind auch die Finanzierungsanpassungen nötig, die schon im Jahr 2024 und vor allem auch im Jahr 2025 richtig greifen und auch zu Erlösverbesserungen führen.

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wird konkret geregelt werden, dass die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen und sogenannte Planfallzahlen zuweisen. Die Leistungsgruppen sind mit bundeseinheitlichen Qualitätskriterien verbunden, die in der Regel zwingend erfüllt sein müssen. Es sind auch Ausnahmeregelungen immer dann vorgesehen, wenn ansonsten die Versorgung in der Fläche gefährdet wäre. Darum haben wir Länder hart gerungen. Das ist ein Instrument, das wir Flächenländer dringend brauchen. Wir müssen Ausnahmen machen können, um auch in der Fläche zu einer guten und auch erreichbaren Versorgung zu kommen. Das ist ja auch ein Instrument der Versorgungsgerechtigkeit. Alle Bürgerinnen und Bürger zahlen vergleichbare Krankenkassenbeiträge und haben auch einen Anspruch darauf, dass sie vergleichbare Chancen haben, eine entsprechende Gesundheitsversorgung erreichen zu können.

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz sind auch die sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufgenommen worden. Das ist ein erster ernsthafter Versuch, die gegliederte Versorgungslandschaft für ambulante Leistungen und stationäre Leistungen - also die niedergelassenen Ärzte und Heilmittelerbringer auf der einen Seite und die Krankenhäuser auf der anderen Seite - miteinander zu verzahnen und es diesen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen, beide Leistungen unter einem Dach zu erbringen.

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz ist auch der Transformationsfonds geregelt. Auch der Transformationsfonds dient dazu, diesen Umbau der Krankenhäuser zu unterstützen. Er dient dazu, investive Maßnahmen, die seitens der Länder zu 50 % kofinanziert werden müssen und der Vorbereitung auf die neue Krankenhausinfrastruktur dienen, mitzufinanzieren.

Umgesetzt wird das System der Vorhaltepauschalen in Vorhaltevergütungen je Krankenhausstandort aufgrund der Meldungen der Länder an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das dann aus den Meldungen, welche Leistungsgruppen mit wie viel Planfallzahlen den einzelnen Krankenhausstandorten zugewiesen worden sind, die Vorhaltevergütung für das jeweilige Krankenhaus errechnet.

Das alles klingt jetzt recht komplex und kompliziert, wird sich aber einspielen. Im Referentenentwurf ist aus der Sicht der Länder vielleicht an der einen oder anderen Stelle noch Diskussionsbedarf. Aber dem Grunde nach entspricht dieses Konstrukt so, wie es jetzt angedacht ist, auch den miteinander vereinbarten Vorhaben seitens der Länder und des Bundes.

Die Länder haben ausgehandelt, dass es nach wie vor Zuschläge gibt. Sie kennen aus der Vergangenheit schon die Zuschläge für die Universitätskliniken. Die wird es weiterhin geben. Zusätzlich wird es Zuschläge geben für den Bereich Pädiatrie, für die Geburtshilfe, für Stroke Units, für spezielle Traumabehandlung und für die Intensivmedizin, weil sich herausgestellt hat, dass die Vergütungsregelungen dafür nicht ausreichen. In diesem Bereich muss eine ganz andere Art von Vorhaltung getroffen werden als in den übrigen Leistungsgruppen. Deswegen wird es hier Zuschläge geben.

Um auch die Qualität zu verbessern, wird es auch Regelungen geben, dass im Bereich der Onkologie chirurgische Eingriffe primär in spezialisierten Krankenhäusern stattfinden. Im internationalen Vergleich findet in Deutschland eine hohe Anzahl von chirurgischen Eingriffen im Kontext einer onkologischen Diagnose nicht in onkologischen Zentren statt, obwohl es solche onkologischen Zentren gibt. Das Ziel des Bundes ist es, hier nachzusteuern.

Im Krankenhausentgeltgesetz findet sich auch der Punkt des Bürokratieabbaus wieder, indem der Fixkostendegressionsabschlag ab 1. Januar 2027 abgeschafft wird. Dieses Wortungetüm riecht ja sozusagen schon nach Bürokratie und bedeutet im Kern, dass Krankenhäuser, die heute mehr Fälle bearbeiten, als sie ursprünglich in den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen vereinbart haben, diese Mehrfälle nur abgestuft finanziert bekommen. Sie werden also für diese Mengenausweitung quasi bestraft, und zwar auch dann, wenn sie diese Mehrfälle beispielsweise deswegen übernommen haben, weil ein anderes Krankenhaus diese Leistungen nicht weiter erbringt und sie dieses Leistungsangebot übernommen haben. Infrastrukturmaßnahmen sind in der Vergangenheit durch diesen Fixkostendegressionsabschlag enorm erschwert worden, weil sich das für das aufnehmende Krankenhaus immer erst mal als finanziell nachteilig herausgestellt hat. Insofern ist es gut und richtig, wenn dieses Instrument mit der Umstellung des Verfahrens abgeschafft wird.

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollen für ihren stationären Bereich durch krankenhausindividuelle Tagessätze refinanziert werden. Leider gibt es noch nicht für alle Leistungen, die erbracht werden, eine einheitliche Finanzierung, sondern tatsächlich muss weiter in diesen Säulen abgerechnet werden - also ambulante Leistungen im ambulanten Setting. Das ist insofern nur der Eintritt in den Versuch, diese Sektoren zu verzahnen. Da kann es natürlich nicht stehen bleiben. Es ist im Moment noch enorm aufwendig, in dieser Form abzurechnen.

Im SGB V sind Leistungsänderungen vorgesehen zum einen, was die Behandlung in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen angeht, also welche Leistungen dort primär erbracht werden können. Als neue Leistung wird die sogenannte medizinisch-pflegerische Versorgung eingeführt, die nur in sektorenübergreifenden Einrichtungen erbracht werden kann. Dabei geht es um die Fälle, die in einem klassischen Krankenhaus behandelt werden, die eigentlich entlassen werden könnten, wenn man nur die medizinische Seite betrachtet, bei denen es aber in der Person des betroffenen Patienten bzw. der betroffenen Patientin Gründe gibt, aus denen sie zu Hause nicht ambulant weiterbetreut werden kann. Das kann eine chronische Erkrankung, eine Behinderung, das Alter, das familiäre oder soziale Umfeld sein, wie auch immer. Dann soll es möglich sein, die Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung fortzusetzen, sodass diese Personen dann die Betten in den Krankenhäusern freimachen. Derzeit gibt es zum Teil Fälle von Fehlbelegungen in Krankenhäusern, in denen Patienten nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig sind, aber zu Hause nicht versorgt werden können.

Zentrale Themen, nämlich die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und die Mindestanforderungen der Qualitätskriterien, sollen erst noch in Rechtsverordnungen verbindlich geregelt werden, die dann auch der Pflicht der Zustimmung durch die Länder unterliegen. Mit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes soll bei den Leistungsgruppen zunächst einmal das gelten, was Nordrhein-Westfalen schon erarbeitet hat: Leistungsgruppen und Qualitätskriterien plus fünf weitere Leistungsgruppen, die der Bund noch für Infektiologie, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin, spezielle Traumatologie und die Notfallmedizin eingefügt hat. Die übrigen Leistungsgruppen werden aus Nordrhein-Westfalen übernommen einschließlich der dortigen Qualitätskriterien. Der Bund will die Weiterentwicklung dieser Leistungsgruppen und Qualitätskriterien durch eine Rechtsverordnung regeln.

Durch eine Rechtsverordnung sollen auch bundeseinheitliche Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung pro Leistungsgruppe festgelegt werden. Hintergrund ist, dass wir der-

zeit, wie eingangs erwähnt, die Situation haben, dass Krankenhäuser durch dieses Finanzierungssystem gezwungen sind, möglichst breit viele Leistungen zu erbringen. Also viele Krankenhäuser machen vieles, ohne en détail besonders spezialisiert zu sein. Zukünftig sollen die Krankenhäuser das machen, was sie besonders gut können und davon möglichst viel. Ich möchte das einmal veranschaulichen: Die beispielsweise 12 000 Fälle pro Jahr in der Endoprothetik in einer der acht Versorgungsregionen in Niedersachsen - dabei ist es egal, um welche Versorgungsregion es sich handelt; dieses Bild findet sich so ähnlich in jeder Versorgungsregion - verteilen sich auf eine kleine Zahl von Krankenhäusern, die um die 3 000 Fälle pro Jahr haben, und vielleicht noch auf eine kleine Zahl von Krankenhäusern, die mehrere Hundert Fälle haben, aber auch auf eine kleine Anzahl von Krankenhäusern, die 3 bis 12 Fälle pro Jahr haben. Diese Gelegenheitsversorgung, die im Moment auch durch das Finanzierungssystem induziert ist, soll zukünftig wegfallen. Deswegen sollen Leistungsgruppen auch mit Mindestfallzahlen versehen an Krankenhäuser vergeben werden, sodass klar ist, dass das jeweilige Krankenhaus wirklich genügend Kompetenz entwickeln kann, um diese Leistung gut zu erbringen. Diese Mindestvorhaltezahlen werden aber nicht im Gesetz, sondern in einer zustimmungspflichtigen Verordnung geregelt, weil mit beidem - nämlich sowohl mit den bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben als auch mit den Mindestfallzahlen - in die Planungsrechte der Länder eingegriffen wird, während das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz aus der Sicht des Bundes nicht zustimmungspflichtig ist und ohne Zustimmungspflicht der Länder durch den Bundestag und durch den Bundesrat gebracht werden soll.

Die Einhaltung der Qualitätskriterien muss von den Krankenhäusern mit der Beantragung der Leistungsgruppe und der Beantragung der Fallmenge dargelegt werden. Die Länder prüfen zunächst einmal die Anträge, müssen dann aber jeden Antrag vom Medizinischen Dienst begutachten lassen, um sich vom Medizinischen Dienst bestätigen zu lassen, dass die Qualitätsanforderungen wirklich erfüllt werden, bevor die Länder dann in einem geordneten Verfahren - das kennen Sie alle: Beteiligung des Krankenhausplanungsausschusses, Herstellung des Einvernehmens, bevor dann endgültig der Bescheid erteilt wird - den Krankenhäusern im Bescheidwege die Leistungsgruppen und Planzahlen zuweisen.

Um das gut und in den engen vom Bund beschriebenen Zeitvorgaben über die Bühne zu bringen, brauchen wir eine digitale Unterstützung, gerade jetzt bei der ersten Umstellung. Anders ist das gar nicht darstellbar. Nach den jetzigen Planungen soll das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zum 1. Januar 2025 in Kraft treten. Das bedeutet, dass wir dann noch die letzten Schritte unternehmen müssen, um unser digitales Portal noch an den letzten Stand anzupassen. Es wird sich sicher bis zum Schluss auch noch etwas ändern. Das alles ist aber in der Planung schon mit enthalten. Das bekommen wir also hin, sodass wir nach heutigem Stand davon ausgehen, dass der Bundesverband der Medizinischen Dienste seine Prüfungsgrundlage als Richtlinie im ersten Quartal 2025 erstellen wird, sodass wir mit dem Antragsstart aus heutiger Sicht im Mai 2025 beginnen können. Wir müssen die Anträge entgegennehmen und müssen sie dann so weit prüfen, dass wir sie dem Medizinischen Dienst zum Gegencheck zuleiten können, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Wir haben dafür bis zum 30. September 2025 Zeit. Bis dahin müssen wir also diese 1 800 Anträge durchgeprüft haben. Der Medizinische Dienst hat wiederum Fristen und soll bis zum 1. Januar 2026 die entsprechenden Begutachtungen durchgeführt haben. Das sind Begutachtungen in Papierform; es wird also in der Regel keine Krankenhausbesichtigungen vor Ort geben. Wir werden dann spätestens mit der Rückgabe der Gutachten mit der sogenannten Auswahlphase beginnen können. Wir werden ja Situationen haben, in denen

wir die Wünsche aller Krankenhäuser genau so befrieden können, wie dies gewünscht ist. Aber das Leben ist ja nicht nur einfach. Es wird natürlich auch Auswahlentscheidungen geben, bei denen wir zwischen Krankenhäusern auswählen müssen und mit Krankenhäusern verhandeln müssen, um gute Ergebnisse zu bekommen. Wir gehen davon aus, dass wir die Abstimmung mit dem Planungsausschuss frühestens im April/Mai 2026 einleiten können. Wir müssen bis zum 1. Oktober 2026 die InEK-Meldungen durchführen. Bis dahin müssen wir also die Anträge in dem Verfahren einschließlich Krankenhausplanungsausschuss und Bescheiderteilung abgeschlossen haben.

Das ist der Auftrag, den die Projektgruppe hat, in diesem zeitlich engen Korsett die Vorarbeiten zu leisten. Die Auswahlentscheidung wird zum Schluss in der Linie getroffen, nicht in der Projektgruppe. Die Projektgruppe ist sozusagen für die Zuarbeiten zuständig. Auch die Beteiligung des Krankenhausplanungsausschusses erfolgt natürlich aus dem Ministerium, aus der Linie heraus eigenständig.

Nun dazu, wie es in diesem Jahr weitergeht: Wie erwähnt, liegt jetzt der Referentenentwurf vor. Wir haben schon die ersten Termine für weitere Bund-Länder-Abstimmungen zu diesem Referentenentwurf. Es gibt dazu noch eine Reihe von Verständnisfragen und auch eine Reihe von Punkten, die wir mit dem Bund noch intensiv inhaltlich diskutieren wollen und werden.

Wir haben natürlich parallel zur Projektgruppe noch weitere Schritte unternommen. Wir haben ja in Niedersachsen die Besonderheit, dass wir zwei Krankenhausplanungsbehörden des Landes haben, nämlich das MS, also mein Haus, für die sogenannten Plankrankenhäuser und das MWK für die Universitätskliniken. Das heißt, wir müssen uns hier gut abstimmen, weil wir am Ende die Planungen zusammenführen müssen. Wir müssen dann als Sozialministerium geschlossen für das Land Niedersachsen an das InEK melden. Dabei sind dann auch die Universitätskliniken einbezogen. Wir sind da schon auf einem guten Weg. Wir haben eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit dem MWK eingerichtet, um diese Planungsüberlegungen gut miteinander abzustimmen. Denn wir brauchen ja beides: Wir wollen natürlich eine exzellente Universitätsklinik-Umgebung haben, und wir wollen eine gute Versorgung in der Fläche. Das werden wir gut zusammenführen.

Wir sind jetzt schon regelmäßig in Jours fixes - auch heute Nachmittag wieder - mit der Krankenhausgesellschaft, um sie immer gut mitzunehmen, auch was die Entwicklung des Tools und der digitalen Anforderungen angeht. Wir sind bislang auch in einem regelmäßigen Austausch mit der Kassenärztlichen Vereinigung, weil diese Regularien ja nicht nur bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch Schnittstellen zur ambulanten Versorgung haben, natürlich auch mit der GKV, die uns hier ganz massiv unterstützt, aber auch mit den kommunalen Spitzenverbänden, die ja auch unmittelbar daran beteiligt sind und ganz massiv unter Druck stehen, die Krankenhäuser in ihrer jetzigen wirtschaftlichen Situation zu stützen. Diesen Austausch werden wir jetzt mit der Vorlage des Referentenentwurfs weiter intensivieren.

Mit dem Innenministerium ist auch abgestimmt, dass wir mit der Vorlage des Referentenentwurfs jetzt auch eine gemeinsame Arbeitsgruppe zum Thema Rettungsdienst einrichten, weil natürlich auch auf die rettungsdienstliche Versorgung Anforderungen zukommen, die wir gut parallel abstimmen wollen, damit wir parallel auch die notwendigen Entwicklungen auf allen Ebenen einleiten.

Wir haben im letzten Jahr schon damit begonnen, mit den Krankenhäusern, den Kommunen und den kommunalen Vertretern - nicht nur mit den kommunalen Spitzenverbänden - in acht Regionalveranstaltungen - nämlich genau in den acht Versorgungsregionen - das Thema Krankenhausreform miteinander zu diskutieren und auch anhand von Zahlen zu bebildern. Das werden wir jetzt fortsetzen. Geplant ist noch einmal eine Auftaktveranstaltung - weil einfach mehr Zeit vergangen ist, als wir uns dies gewünscht haben; wir hatten gedacht, dass wir den Referentenentwurf etwas früher bekommen -, um an die auch mit sehr positiver Resonanz durchgeführten Regionalveranstaltungen anzuknüpfen und um dann wiederum in acht Regionalveranstaltungen sehr konkret das Antragsportal und das Gesetz vorzustellen und dafür zu werben, was einzelne Krankenhausträger auch schon aktiv machen, sich nämlich vor Ort in den Versorgungsregionen stärker zu vernetzen und gemeinsam zu überlegen: Was heißt das eigentlich für uns, wenn wir uns stärker spezialisieren sollen? Wie können wir eigentlich Leistungsgruppen unter uns gut aufteilen, sodass wir zu einer guten, auskömmlichen Versorgung kommen? - Wir sind natürlich sehr daran interessiert, dass die Krankenhäuser untereinander hier auch gut ins Gespräch kommen und insofern dann auch mit uns gut im Gespräch sind.

Wir werden in weiteren Veranstaltungen Fragen zur Bedarfsentwicklung beantworten. Wir lassen gerade noch ein Gutachten zur zukünftigen Bedarfsentwicklung bezogen auf diese Leistungsgruppen erstellen. Wir haben die bisherigen Analysen zur Bedarfsentwicklung immer auf Fachabteilungen bezogen. Das ist jetzt nicht mehr fein genug; das muss ausdifferenziert werden. Diese Bedarfsentwicklung muss natürlich immer wieder regelmäßig wiederholt werden. Wir rechnen hier im Sommer mit Ergebnissen, sodass wir dann in der zweiten Jahreshälfte die Versorgungsregionen gut mit diesen Zahlen ausstatten können. Am Schluss, wenn wir mit den zehn Testkrankenhäusern durch sind, wird es natürlich auch darum gehen, die Krankenhäuser intensiv auf diese neue Technik vorzubereiten, damit die Krankenhäuser auch wissen, was von ihnen erwartet wird, wie sie die Angaben, die in den Anträgen von ihnen erwartet werden, so aufbereiten, dass wir sie entsprechend in diesem System hinterlegen können, damit wir dann, wenn das Gesetz zum 1. Januar 2025 in Kraft tritt, wirklich sofort - sozusagen go live - starten können.

Wir haben in die Projektgruppe ganz bewusst auch Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und des MD eingebunden, damit wir in Niedersachsen von Anfang an ein gemeinsames Verständnis von diesen Leistungsgruppen und Qualitätsanforderungen entwickeln und die Krankenhäuser nachher nicht vor der Problematik stehen, dass wir ihnen mit einem Landesverständnis Leistungsgruppen zuweisen, sie aber dann bei den Vergütungsverhandlungen mit einem ganz anderen GKV-Verständnis oder bei der MD-Prüfung mit einem anderen Verständnis des Medizinischen Dienstes konfrontiert werden. Mein Eindruck ist, dass das im Moment wirklich sehr gut läuft. Die Projektgruppe ist aber, wie erwähnt, an den Auswahlentscheidungen nicht beteiligt, sondern primär an der Entwicklung der entsprechenden digitalen Tools beteiligt, um dann überhaupt in der Lage zu sein, diese Anträge entgegennehmen und auch verarbeiten zu können.

So weit mein Parforceritt durch das Thema Krankenhausreform.

Aussprache

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für diesen Parforceritt. Es ist vor allen Dingen ganz gut gewesen, dass Sie die Inhalte des Referentenentwurfs detailliert dargestellt und auch einen

Ausblick auf die zeitliche Schiene in Niedersachsen gegeben haben; denn das ist ja auch für uns entscheidend. Vielen Dank auch für die Bestätigung, dass wir in Niedersachsen durch die Enquetekommission und durch die Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes in der letzten Legislaturperiode schon gute Vorarbeit geleistet haben und gut aufgestellt sind, auch was den Digitalisierungsschritt angeht, der uns ja auch helfen wird.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung, die mit sehr vielen Informationen verbunden war. Ich hätte dazu einige Fragen, möchte mich aber zunächst mehr oder weniger auf Verständnisfragen konzentrieren.

Meine erste Frage knüpft an den Bedarf an. Ich bin sehr dankbar, dass Sie am Ende Ihrer Ausführungen auch erwähnt haben, dass aktuell noch eine Bedarfsanalyse durchgeführt wird. Gleichzeitig haben wir ja die Situation der Mindestanforderungen. Das stellt sich aus meiner Sicht sehr schwierig dar, weil sich zum Beispiel im ländlichen Raum die Situation hinsichtlich der Erfüllung von Mindestanforderungen komplett anders darstellt, aber trotzdem ein Bedarf vorhanden ist. Gibt es Möglichkeiten, das aufzufangen? Wie wird eigentlich damit umgegangen? Wie können wir also an dieser Stelle dem Flächenland gerecht werden?

Vor dem Hintergrund der Bedarfsanalyse möchte ich noch zwei weitere Fragen stellen. Erstens. Es gibt ja durchaus Fachbereiche, zum Beispiel die Neonatologie, in denen große Schwierigkeit bestehen, die Fallzahlen zu erreichen. Trotzdem muss ein solcher Fachbereich in einem gewissen Umkreis erreichbar sein. Wie gehen wir denn damit um, wenn die erforderlichen Fallzahlen nicht erreicht werden können, um eine solche Abteilung einzurichten, aber gleichwohl eine solche Abteilung notwendig ist?

Meine zweite Frage vor dem Hintergrund der Bedarfsanalyse: Sie haben angesprochen, dass die Kliniken untereinander in einen Austausch eintreten sollen, um zu überlegen, wie sie Leistungsgruppen und Leistungen untereinander aufteilen können und gut bestehen können. Wir wissen aber, dass wahrscheinlich nicht alle Krankenhäuser weiterhin so Bestand haben werden. Wie können wir diesen Prozess gut begleiten? Wie können wir die Kliniken gut begleiten? Wie können wir die Kommunen gut begleiten? Wie können wir vor allen Dingen die Kommunikation der Menschen vor Ort gut unterstützen?

Diese Fragen stellen sich mir. Möglicherweise können Sie sie nicht ad hoc beantworten. Mich interessiert, wie sehr das Ministerium genau diese Prozesse mit im Blick hat. Denn jedes Klinikum möchte sicherlich gerne erst einmal den Bestand erhalten.

Sie haben auch die Finanzierung angesprochen. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz soll ja zum 1. Januar 2025 in Kraft treten. Es war aber auch schon die Rede davon, dass der Landesbasisfallwert schon früher erhöht wird, um hinsichtlich der Finanzierung Stabilität im System zu erreichen, damit sich überhaupt eine strukturierte Reform entwickeln kann.

Das ist insgesamt ein sehr umfangreicher Prozess. Ich möchte abschließen mit einem Dank an das Ministerium, dass es sich auch auf Bundesebene so stark dafür eingesetzt hat, dass es schon sehr weitgehend Vorarbeit geleistet hat und dass es uns vor allen Dingen hier auch daran teilhaben lässt. Aus meiner Sicht ist es sehr sinnvoll, diesen Prozess mit verschiedenen Projektarbeitsgruppen zu begleiten, auch den Prozess der Digitalisierung. Ich freue mich, dass wir diesbezüglich auf dem Laufenden gehalten werden.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die umfassende Unterrichtung. Das ist tatsächlich ein unfassbar komplexes Thema, das uns sicherlich auch in Zukunft durch die vielen Änderungen der unterschiedlichen Gesetze stark beschäftigen wird.

Zunächst einmal schließe ich mich dem Dank von Frau Meyer für die umfassenden Vorarbeiten an, die das Ministerium bei diesem Thema leistet. Mich freut vor allen Dingen, dass Sie mit allen handelnden Gruppen so intensiv im Austausch sind. Denn das wird auch uns beschäftigen, wenn es konkret wird und die einzelnen Krankenhäuser am Schluss genau mit der Fragestellung, die Frau Meyer erwähnt hat, auf uns zukommen oder wenn es Konflikte gibt. Insofern ist der Austausch sehr wichtig und richtig.

Mir stellt sich auch die Frage, wie wir als Politik den Prozess begleiten können, also wo unsere Möglichkeiten sind, auch im Gespräch zu bleiben. Dazu müssten wir aus meiner Sicht auch stetig unterrichtet werden. Ich halte es gerade im Hinblick auf die Vielzahl der Gesetze, die auf Bundesebene geändert werden, für notwendig, dass wir in Zukunft vom Ministerium relativ regelmäßig auf dem neuesten Stand gehalten werden. Es wäre sehr hilfreich, wenn wir in der Tagesordnung für jede Ausschusssitzung vielleicht einen kleinen Unterpunkt hätten, unter dem wir vom Ministerium über den Fortgang und Änderungen auf dem Laufenden gehalten werden. Das rege ich an dieser Stelle an.

Mich würde zunächst noch interessieren, wann die Einführung der medizinisch-pflegerischen Versorgung als neue Leistung im SGB V, die ich für die betroffenen Personen für sehr wichtig halte, in Kraft treten soll.

Sie haben auch erwähnt, dass es Zuschläge geben soll. Die Universitätskliniken bekommen ja auch bisher schon Zuschläge. Gibt es die Zuschläge für die anderen Bereiche, die Sie genannt haben, zum Beispiel im Bereich der Geburtshilfe, auch jetzt schon, oder kommen sie dann neu hinzu?

Mich beschäftigt auch die Frage, ob dann, wenn das Gesetz in Kraft getreten ist und die Krankenhäuser den Leistungsgruppen und Planfallzahlen zugewiesen worden sind, zeitnah die Abrechnung mit den Krankenhäusern möglich ist, bei der ja auch klar sein muss, ob die Fallzahlen in den jeweiligen Leistungsgruppen erreicht worden sind, und ob dann auch mit Verzögerungen gerechnet werden muss, die dann wiederum zu Schwierigkeiten führen würden. Hat das Land die Möglichkeit, darauf einzuwirken?

Bei diesen Fragen möchte ich es erst einmal belassen, obwohl sich mir bei diesem Thema auch noch zahlreiche weitere Fragen stellen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich muss kurz nachhaken: Sie haben angeregt, dass der Ausschuss regelmäßig durch das Ministerium über Änderungen unterrichtet wird. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder setzen wir für jede Sitzung eine Unterrichtung durch die Landesregierung auf die Tagesordnung, wie wir es in der Corona-Pandemie gehandhabt haben, oder die Landesregierung kommt proaktiv auf den Ausschuss zu, sobald es etwas Neues zu berichten gibt.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Letzteres!

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Dann halten wir das so fest.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich finde den Referentenentwurf, so wie er uns jetzt bekannt ist, ein Stück weit schwierig. Davon abgesehen, dass er ein Dreivierteljahr später vorgelegt worden ist, als es zunächst geplant war, sollte er ja unter Beteiligung der Länder und unter Berücksichtigung der Interessen der Länder formuliert werden. Jetzt hat der Bundesgesetzgeber einen Entwurf vorgelegt, den er für nicht zustimmungspflichtig erklärt hat. Darüber, ob er tatsächlich nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat ist, darf man streiten. Ich sehe durchaus hier und da einen Eingriff in die Planungshoheit der Länder. Das müssen aber Juristen beurteilen.

Ich halte es auch für sehr schwierig, dass gravierende Regelungen erst zu einem späteren Zeitpunkt in drei Rechtsverordnungen festgelegt werden sollen. Sie sollen dann zwar der Zustimmung der Bundesländer bedürfen, führen aber in der heutigen Zeit zu Unsicherheiten, gerade was das Thema Planung angeht. Darauf werde ich noch im Detail zu sprechen kommen.

Aus unserer Sicht ist auch die Finanzierungssystematik noch völlig unklar. Es wird immer von der Erhöhung des Landesbasisfallwerts gesprochen; eine konkrete gesetzliche Regelung ist aber im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nicht vorgesehen. Von daher bin ich nach wie vor ein Stück weit enttäuscht - das haben wir ja auch schon in der Vergangenheit deutlich gemacht -, dass sich die Landesregierung mit einer Protokollnotiz die Zustimmung zum Krankenhaustransparenzgesetz hat abkaufen lassen. Das halten wir für sehr bedauerlich.

Auch eine Entökonomisierung, die ja von Herrn Lauterbach immer herausgestellt wird, findet nicht statt. Aufgrund der derzeitigen Fallzahlen werden Vorhaltekosten vergütet. Das heißt, wenn man später kostendeckend weiterarbeiten will und wieder mehr Fallzahlen braucht, ist man nach wie vor in der Spirale der Ökonomisierung.

Es ist auch völlig unklar, wie kleine Kliniken mit zurückgehenden Fallzahlen in Zukunft die Chance haben werden zu überleben, wie dort zukünftig weiterhin Vorhaltekosten vergütet werden sollen. Demgegenüber ist auch unklar, wie Kliniken, die sich spezialisieren, zusätzliche Fallzahlen vergütet bekommen. Zwar ist der degressive Erlösabschlag weg, aber die zukünftige Finanzierung ist aus unserer Sicht nach wie vor nicht klar.

In dem Eckpunktepapier ist auch eine Auswirkungsanalyse versprochen worden, wie sich die Reformen auf die einzelnen Häuser auswirken, welche Häuser also in Zukunft welche Möglichkeiten haben bzw. welche Erlöse diese Häuser bekommen werden und ob diese Erlöse auskömmlich sein werden. Das findet aber bis heute nicht statt. Insofern stellt sich die Frage, ob die Landesregierung plant, kurzfristig eine solche Auswirkungsanalyse in Auftrag zu geben, die uns noch vor der Sommerpause vorgelegt wird, da ja die zweite und dritte Lesung des Gesetzentwurfs nach der Sommerpause 2024 erfolgen soll.

Ein anderer Punkt, was das Thema der auskömmlichen Finanzierung angeht: Auch im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung findet man zwar einen Einstieg. Die Höhe der vorgesehenen degressiven Tagesentgelte gerade für die voll- und teilstationären Leistungen wie auch für die medizinisch-pflegerische Versorgung müssen aber weiterhin individuell für das jeweilige Krankenhaus vor Ort mit den Kostenträgern ausgehandelt werden. Das heißt, das Ganze wird ein Stück weit verschoben.

Sie haben auch die Kooperation bei Leistungsgruppen angesprochen. Die Zulässigkeit und Ausnahmen von Leistungsgruppen werden ja nicht im Reformgesetz festgeschrieben, sondern später in einer Rechtsverordnung durch das Bundesgesundheitsministerium mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Das heißt, niemand weiß, was passiert. Aus unserer Sicht muss das eigentlich in das Reformgesetz aufgenommen werden, damit die Krankenhäuser Planungssicherheit bekommen. Die Krankenhäuser haben zurzeit keine Planungssicherheit. Sie wissen nicht, was sie in Zukunft machen dürfen bzw. machen müssen. Auch die Ausgestaltung der Leistungsgruppen, welche qualitativen und personellen Voraussetzungen erfüllt werden sollen, findet im Gesetzentwurf nicht statt, sondern soll später in einer entsprechenden Verordnung erfolgen.

Vor diesem Hintergrund halten wir diesen Gesetzentwurf im Moment für schwierig. Sie haben zwar auch durchaus von Bürokratieabbau gesprochen. Wir können jedoch keine bürokratische Entlastung erkennen, sondern, im Gegenteil, einen deutlichen bürokratischen Mehraufwand.

Völlig unklar ist aus unserer Sicht im Moment auch - es wäre gut, wenn Sie dazu noch etwas sagen könnten -: Das Ganze soll ja mithilfe eines Transformationsfonds umgesetzt werden, der 50 Milliarden Euro betragen soll. 25 Milliarden Euro sollen die Länder in den nächsten zehn Jahren dafür aufbringen, das heißt insgesamt 250 Millionen Euro. Auf das Land Niedersachsen entfallen davon rund 10 %. Plant die Landesregierung, diese Mittel on top zusätzlich zu den jetzigen Krankenhausinvestitionsmitteln zur Verfügung zu stellen, oder werden sie mit den derzeit zur Verfügung stehenden Krankenhausinvestitionsmitteln verrechnet?

Ich möchte noch auf einen weiteren Punkt zu sprechen kommen, der bislang völlig fehlt und für den aus unserer Sicht ebenfalls eine Auswirkungsanalyse sehr wichtig wäre. Zunächst möchte ich aber klarstellen, dass wir nicht die Notwendigkeit einer Reform infrage stellen. Auch wir sind der Auffassung, dass die Reform mit den von Frau Schröder beschriebenen Zielen notwendig ist. Aber die Frage ist: Wie geht man denn zukünftig mit der Facharztausbildung um? Wird es in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung noch die Möglichkeit zur Facharztausbildung geben? Im Hinblick auf die Leistungsgruppen stellt sich an dieser Stelle ein großes Fragezeichen.

Ich habe auch noch eine Frage zu der Projektgruppe. Sie haben einige Partner in der Projektgruppe genannt. Ich bitte Sie, uns mitzuteilen, wer noch zu dieser Projektgruppe dazugehört.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Herzlichen Dank für die sehr ausführliche Unterrichtung. Sie hat auch bei mir noch ungefähr tausend Fragen aufgeworfen. Ich möchte mich auf einige wenige beschränken, um hier niemanden über Gebühr zu strapazieren.

Zunächst einmal würde mich Ihre Einschätzung der derzeitigen Situation der Krankenhäuser interessieren. Man hört dazu ja sehr viel. Die Krankenhausbetreiber scheinen ja sehr in Not zu sein. Vonseiten der Kostenträger hört man etwas anderes. Dazu würde mich Ihre Einschätzung der derzeitigen Lage interessieren. Im Antrag der CDU-Fraktion ist ja zu lesen, dass alle Krankenhäuser rote Zahlen schreiben. Deswegen würde mich das interessieren.

(Abg. Volker Meyer [CDU]: Alle nicht!)

Meine nächste Frage zielt auch in Richtung der Frage, die Herr Meyer schon gestellt hat. Die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung haben die vielleicht berechtigte Sorge, dass

ihre Finanzierung durch die Einteilung in die verschiedenen Leistungsgruppen nicht auskömmlich sein wird. Das höre ich jedenfalls von den Krankenhäusern in meinem Bereich. Wie schätzen Sie das ein?

Ich habe auch noch eine Frage zu der Vorhaltepauschale. Die Fallkosten sollen ja zu 60 % über die Vorhaltepauschale und zu 40 % über DRGs abgedeckt werden. Das wird ja aus den bisherigen DRGs herausgerechnet, so wie jetzt auch schon das Pflegebudget herausgerechnet wurde. Das Pflegebudget ist aber schon Bestandteil der Vorhaltepauschale von 60 %?

Ferner interessiert mich, wer letztlich entscheidet, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppen zugewiesen bekommt. Sie haben dazu schon einiges gesagt, auch dass zum Schluss die Abstimmung mit dem Planungsausschuss erfolgt. Entscheidet letzten Endes der Planungsausschuss?

Ich habe auch noch weitere Fragen, die ich aber an anderer Stelle vielleicht noch schriftlich stellen werde.

MDgt'in **Schröder** (MS): Eine der ersten Fragen bezog sich auf den Bedarf im Verhältnis zu Mindestanforderungen. Ein Krankenhaus muss auf der einen Seite Qualitätsmindestanforderungen erfüllen, um eine Leistungsgruppe zugewiesen zu bekommen. Auf der anderen Seite gibt es einen Bedarf bezogen auf das Land Niedersachsen, heruntergebrochen auf die acht Versorgungsregionen. Das ist ja durchaus unterschiedlich.

Ich möchte an einem Beispiel verdeutlichen, was ich meine: Es gibt in Niedersachsen eine Verbrennungseinheit für Kinder in Hannover Auf der Bult. Ich hoffe sehr, dass wir keine zweite brauchen. Das ist ein Bedarf, den wir natürlich erheben. Aber das ist kein Bedarf, den wir in acht Versorgungsregionen haben. Das ist ein Bedarf, den wir einmal im Land haben und den wir entsprechend auch einmal im Land decken. Aber wir haben natürlich auch viele andere Bedarfe, die wir in den acht Versorgungsregionen abdecken müssen.

Was machen wir, wenn wir trotz aller Verhandlungen mit den Krankenhäusern an einen Punkt kommen, dass wir tatsächlich einen Bedarf in einer Versorgungsregion feststellen, den wir unter Einhaltung der Qualitätskriterien nicht erfüllen können? Das ist etwas, worauf wir Länder von Anbeginn der Diskussion mit dem Bund immer wieder hingewiesen haben. Wir haben eine Ausnahmeoption. Wir können Ausnahmen von diesen Mindestanforderungen vornehmen, und zwar im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen, weil sie ja letzten Endes diese Leistungen vergüten müssen, obwohl die Qualitätsanforderungen, die bundeseinheitlich gelten, nicht komplett erfüllt sind. Wir können einem Krankenhaus, das die Mindestanforderungen nicht erfüllt, dann die Leistungsgruppe zuweisen, wenn es den Bedarf gibt und wir sonst eine flächendeckende Versorgung nicht sicherstellen können. Insofern haben wir hier ein Instrument. Allerdings - das will ich auch offen zugeben - haben wir Länder gefordert, dass wir im Rahmen der Planungshoheit eigenständig über diese Ausnahmen entscheiden können. Der Bund will diese Ausnahmen aber auf drei Jahre begrenzen. Er vertritt die Position, dass es den Krankenhäusern vor Ort innerhalb von drei Jahren möglich sein muss, die Qualitätsanforderungen zu erfüllen, es sei denn, es handelt sich um ein Haus mit dem sogenannten Sicherstellungszuschlag. Das ist ein Instrument, das wir heute schon haben und das auch bestehen bleiben wird. Wenn es ein Krankenhaus in einer Region gibt, das aufgrund der Lage erforderlich ist, weil sonst die Erreichbarkeiten zu groß sind, das aber die notwendigen Fallzahlen gar nicht erreichen kann,

dann besteht die Möglichkeit, dass dieses Krankenhaus den sogenannten Sicherstellungszuschlag bekommt. Diesen Krankenhäusern können die Ausnahmen dann auch unbefristet erteilt werden, jedenfalls für die Dauer, für die der Sicherstellungszuschlag gezahlt wird.

Sie haben auch das Beispiel der Neonatologie im Zusammenhang mit dem Thema Erreichbarkeit angeführt. An dieser Stelle muss ich differenzieren. Neonatologie ist ein Bereich, für den Mindestmengen vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben werden. Das hat jetzt eigentlich nichts mit der Krankenhausreform zu tun. Das ist nicht das Gleiche wie die Mindestfallzahlen. Diese Mindestmengen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, in dem primär die Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und die Patientenvertreter stimmberechtigt sind - in eingeschränktem Umfang sind auch Ländervertreter stimmberechtigt - und in dem es darum geht, zu prüfen, welche Mindestmenge ein Krankenhaus vorhalten muss, damit es überhaupt die erforderliche Qualität erbringen kann. Das trifft auch auf die Neonatologie zu, weil hier jetzt die Mindestmenge auf 25 Fälle hochgesetzt wurde, also auf 25 Frühchen, die dort zu versorgen sind. Man muss dazu aber wissen: Beim Thema Erreichbarkeit ist es ja auch immer wichtig, ob es sich um einen elektiven Eingriff handelt oder nicht. Die Neonatologie ist in aller Regel elektiv. Kinder, die zu früh zur Welt kommen, werden gar nicht erst in einem anderen Krankenhaus versorgt, sondern werden gezielt in eine Geburtsklinik überwiesen. Auch Kinder, die zwar nicht unbedingt viel zu früh kommen, aber die zum Beispiel bei Mehrlingsgeburten nicht voll ausgereift sind, werden von vornherein in Kliniken entbunden, die eine neonatologische Versorgung sicherstellen können. Insofern muss hier immer abgewogen werden zwischen dem Risiko, das für die Kinder besteht, wenn sie in Krankenhäusern versorgt werden, die diesen Qualitätslevel nicht halten können, und der Entfernung zum Krankenhaus. Das ist nicht l'art pour l'art. Man muss ja bedenken, die Frau und das Neugeborene sind nicht allein auf der Welt. Dahinter steht ja eine Familie. Dahinter stehen vielleicht andere Kinder, die mit versorgt werden müssen. Dabei spielt auch die Frage des Weges eine Rolle, zumal die neonatologische Versorgung in der Regel über einen längeren Zeitraum erfolgt und nicht auf wenige Tage begrenzt ist. Trotzdem gilt es hier immer wieder, zwischen der Entfernung zur Klinik und der Sicherheit abzuwägen, dass die Kinder mit einem möglichst guten Outcome aus dieser Behandlung herauskommen. Das ist das, was den Gemeinsamen Bundesausschuss umtreibt. Wenn diese Richtlinien so erlassen werden, dann haben wir Länder keine Handhabe, davon abzuweichen. Wir haben also keine Option, das zu ändern, sondern wir können uns nur in diese wissenschaftliche Fachdiskussion mit einbringen und dieses Argument der Erreichbarkeit gemeinsam mit den Patientenvertreterinnen und -vertretern im G-BA geltend machen.

Nun zu der Frage: Nicht alle Krankenhäuser werden Bestand haben. Wie sieht die Kommunikation vor Ort aus? - Das ist etwas, was uns auch absolut umtreibt und auf unserer To-do-Liste steht, diese Kommunikation vor Ort gut zu gestalten, also auch deutlich zu machen: Was bedeutet es, wenn Krankenhausstandorte aufgegeben werden? Wie verhält sich eigentlich die Notfallversorgung dazu? Wie ist die Notfallversorgung sichergestellt? Es geht dabei auch darum, mit Irrtümern aufzuräumen. So will ich das auch einmal sagen. Man wird nicht gesund, weil über dem Bett „Krankenhaus“ steht, sondern man wird gesund, wenn man dort gut behandelt und versorgt werden kann, weil Menschen dort vor Ort sind, die das können und auch die Ausstattung zur Verfügung haben, die dafür benötigt wird. Aber wir brauchen mit Sicherheit gerade vor diesem Hintergrund noch einmal einen neuen Blick auf die Rettungsdienstlandschaft. Das ist unbenommen. Da sind wir in einem engen Austausch mit den gesetzlichen Krankenkassen, was

die Finanzierung angeht, aber natürlich auch mit dem Innenministerium und über das Innenministerium mit den Landkreisen und kreisfreien Städten, weil wir da auch gemeinsam überlegen müssen, was das für die Zukunft heißt und an welchen Stellen wir Rettungsdienste, Notarztsitze usw. weiter aufstellen und neu denken müssen. Auch wir erachten es in der Tat für ganz vordringlich, dieses Kommunikationskonzept für die Versorgungsregionen zu erarbeiten und das in den Regionalveranstaltungen gut zu präsentieren und dann auch mit den Beteiligten vor Ort weiterzuentwickeln, um vor Ort auch die Bevölkerung mitzunehmen und den Ängsten, die ja ganz normal sind und die jeder sofort nachvollziehen kann, auch Antworten entgegenzusetzen zu können.

Weitere Fragen bezogen sich darauf, wann der Basisfallwert erhöht wird und wo geregelt ist, dass er erhöht wird. Das wird tatsächlich durch die Änderung der Bundespflegesatzverordnung geregelt. Das ist etwas kryptisch beschrieben; das stimmt schon. Man muss erst die Bundespflegesatzverordnung verstehen, die auch nicht ganz ohne ist. Wenn man solche Verordnungen liest, dann weiß man immer, wofür man Juristen braucht. Aber da ist es tatsächlich so geregelt, wie es auch in der Protokollerklärung vereinbart worden ist, nämlich dass der Orientierungswert nicht abgeregelt wird, sondern in vollem Umfang als Obergrenze gilt, sodass der Landesbasisfallwert tatsächlich entsprechend an diese Obergrenze herangehoben werden kann, was im Moment gesetzlich gar nicht möglich ist, weil diese Abregelung des Orientierungswertes vorgenommen werden muss. Der Orientierungswert wird ja immer im September eines Jahres vom zuständigen Institut festgelegt und beinhaltet die Kostensteigerungen. Eigentlich geht es also darum, zu sagen, um welchen Prozentsatz die Kosten, insbesondere auch die Sachkosten gestiegen sind und wie das eingebracht wird.

Zu der Frage, wann die Änderungen im SGB V, aber auch in den anderen von mir angesprochenen Gesetzen in Kraft treten: Dieses Artikelgesetz tritt zum 1. Januar 2025 in Kraft. Damit treten auch die Änderungen zum Thema Orientierungswert und auch zum Thema SGB V zum 1. Januar 2025 in Kraft. Die Umstellung der Finanzierung erfolgt allerdings erst im Jahr 2027, weil ja dafür Voraussetzung ist, dass wir diese Leistungsgruppen und Fallmengen zugewiesen und diese Zuweisungen an das InEK gemeldet haben, sodass dann erstmalig diese Umrechnung in Vorhaldebudgets erfolgen kann.

Zu den Zuschlägen wurde gefragt, was konkret neu ist. Richtig ist: Die Zuschläge für die Universitätskrankenhäuser hat es vorher schon gegeben. Sie bleiben auch erhalten. Neu sind tatsächlich die Zuschläge für Pädiatrie, für die Geburtshilfe, für die Stroke Unit, für die spezielle Traumabehandlung und für die Intensivmedizin. Die Zuschläge sind auch neu obendrauf. Über das Budget hinaus, das bisher zur Verfügung stand, kommen diese Zuschläge wirklich obendrauf. Das ist, wenn man so will, neues Geld, das hier in das Finanzierungssystem kommt.

Zu der Frage, wie das überhaupt umgesetzt wird, wie es zu einer zeitnahen Abrechnung einerseits der Fälle und andererseits der Vorhaltepauschale kommt, wenn auf Leistungsgruppen umgestellt wird: Der Bund sieht hier einen kontinuierlichen Abrechnungsvorgang vor. Die Länder müssen dem InEK die Daten melden, welcher Krankenhausstandort welche Leistungsgruppe und welche Fallzahl bekommen hat. Das InEK berechnet daraufhin das Jahresbudget. Dieses Budget wird den Krankenhäusern dann kontinuierlich zufließen. Sie müssen also nicht in Vorleistung gehen, sondern haben einen kontinuierlichen Zufluss. Nach den jetzigen Vorstellungen des Bundes soll es Leistungsschwankungen in der Leistungsmenge im Umfang von 20 % nach oben oder nach unten mit auffangen und erst danach angepasst werden. Das ist ein Punkt, über den wir

mit dem Bund noch verhandeln wollen. Uns ist dieser Korridor zu groß. Aus unserer Sicht müsste man ihn kleiner handhaben. Unabhängig davon kann allerdings angepasst werden, wenn sich die Case-Mix-Punkte verändern, also wenn sich die Fallschwere verändert. Die Vorhaltepauschale wird nicht nur anhand der Einzelfälle, sondern auch an den Case-Mix-Punkten orientiert. Wenn diese sich verändern, dann passt das InEK auch die Vorhaltepauschale an und wird das neu berechnet. Durch diesen kontinuierlichen Zufluss ist aber für die Krankenhäuser gewährleistet, dass sie unabhängig von den Fällen zunächst einmal eine durchlaufende Finanzierungsgrundlage haben.

Das Thema Planungssicherheit ist natürlich für die Krankenhäuser in diesem ganzen Verfahren, in dieser ganzen Umstellungssituation eine sehr zentrale Maßgröße und Messgröße. Das ist einfach so. Auch wir Länder haben ein riesiges Interesse daran. Da sind wir uns mit allen Beteiligten einig, auch mit den kommunalen Spitzenverbänden. Hier werden wir auch noch stärker mit dem Bund diskutieren. In der Tat muss, wenn wir die Leistungsgruppen erstmalig zuweisen, sicher sein, dass das auch Bestand hat und nicht nach kurzer Zeit wieder geändert wird, weil sich die Qualitätsanforderungen verändern. Wir werden also auf jeden Fall - so ist der Plan - mit dem einsteigen, was schon vorhanden ist, nämlich mit den Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen und den dortigen Qualitätsanforderungen. Jede Verschärfung der Qualitätsanforderungen bedarf dann auch zukünftig der Zustimmung der Länder.

Zu der Frage, wie die Krankenhäuser ihr Geld bekommen, wenn die Fallzahlen steigen, habe ich schon etwas gesagt. Der Bund sieht derzeit noch vor, dass es in einem Korridor von plus/minus 20 % keine Änderungen gibt. Wir sind immer noch in der Diskussion mit dem Bund mit dem Ziel, diesen Korridor zu verringern.

Wir haben von Anbeginn der Diskussion mit dem Bund das Thema Auswirkungsanalyse bewegt und haben auch die Zusage des Bundes, dass es diese Auswirkungsanalyse geben wird. Das Problem für die Länder ist nämlich, dass wir keine valide eigene Auswirkungsanalyse durchführen können, weil wir schlicht keinen Zugriff auf diese Daten haben. Wir haben diese Daten nicht. Diese Daten hält das InEK.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Die niedersächsischen Daten?

MDgt'in **Schröder** (MS): Wir haben sie, aber nicht in der Form, dass wir sie auswerten können. Man benötigt dafür einen speziellen Grouper, also ein IT-Tool, das die vorhandenen Datensätze mit entsprechenden Algorithmen versieht und auswertet. Das haben wir nicht, und wir haben in der Form auch keinen Zugriff auf diese Daten. Wir sind also tatsächlich nicht in der Lage, wirklich eine valide eigene Auswirkungsanalyse durchzuführen.

Wir haben natürlich die gesetzlichen Krankenkassen gebeten, mal mit niedersächsischen Zahlen zu rechnen. Wir kennen aber nicht genau die Summen, die dann zur Verfügung stehen. Wir brauchen also diese Auswirkungsanalyse des Bundes. Darum kommen wir einfach nicht herum. Mit dem Transparenzgesetz hat der Bund die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass das InEK diesen Grouper jetzt programmieren darf und diese Daten auswerten darf. Ich hoffe sehr, dass wir zeitnah zu dieser Auswirkungsanalyse kommen; denn das treibt natürlich uns alle um. Wir bewegen hier sozusagen einen Milliardenanker, steuern im Moment auf Sicht - so will ich das einmal ausdrücken -, und vor uns ist es noch etwas nebulös. Das ist etwas, was alle Länder umtreibt,

was natürlich auch die kommunalen Vertreterinnen und Vertreter umtreibt und was auch die Krankenhausträger umtreibt. Hier brauchen wir noch Klarheit.

Zu den sektorenübergreifenden Einrichtungen: Ich habe ja gesagt, das ist ein Einstieg. Ich bin froh, dass dieser Einstieg endlich gelungen ist. Wir diskutieren darüber gefühlt seit mindestens zehn Jahren oder länger. Es ist noch nicht der große Wurf, aber wir haben hier zumindest einen Einstieg. Das fände ich sehr gut. Wir sind ja hier in Niedersachsen mit unserem Instrument der regionalen Gesundheitszentren schon einen deutlichen Schritt weiter vorne. Dieses Instrumentarium der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen greift ja diese regionalen Gesundheitszentren auf. Das war ja die Blaupause dafür. Insofern könnten wir hier mit diesen Regularien schon gut arbeiten.

Zum Thema Transformationsfonds: Es ist noch nicht endgültig geklärt, wie die Kofinanzierung en détail aussieht. Wir gehen in Niedersachsen derzeit davon aus, dass wir das aus dem Sondervermögen, das wir ja hier stemmen, entsprechend kofinanzieren werden. So sind auch die Verabredungen mit dem Bund. Aber auch das muss noch en détail festgelegt werden.

Auch das Thema Facharztausbildung hat uns von Anfang an umgetrieben. Die Facharztausbildungen werden ja durch die Ärztekammern der Länder geregelt. Die Ärztekammern wiederum nehmen hier die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Grundlage. Der Bund hat die Bundesärztekammer gebeten und die Bundesärztekammer ist auch schon dabei, diese Musterweiterbildungsordnung so anzupassen, dass die Facharztausbildung sowohl in allen Krankenhäusern auch der Grund- und Regelversorgung, aber auch in den sektorenübergreifenden Einrichtungen stattfinden kann; denn anderenfalls finden wir dort keine Ärztinnen und Ärzte. Es ist natürlich eine zwingende Voraussetzung, dass dieses Instrument wirklich funktionieren kann.

Zu der Frage, wer der Projektgruppe angehört: Wir haben die Leitung der Projektgruppe aus unserem Haus mit Herrn Vietze besetzt, der ja auch vielen hier im Ausschuss bekannt ist. Ihm zur Seite steht aus dem Haus noch ein Verwaltungsmitarbeiter. Die Projektgruppe wird im Übrigen ergänzt durch vier Vertreterinnen von Krankenkassen, zwei Vertreterinnen der AOK, einer Vertreterin der Techniker, einer Vertreterin der Barmer Ersatzkasse und zwei Ärzte aus dem Medizinischen Dienst, die dort auch jetzt schon Strukturprüfungen durchführen und insofern Erfahrungen aus den Prüfungen mitbringen, wie man das hinterher operationalisieren kann, also welche Daten erforderlich sind, damit man hinterher möglichst schlank und einfach prüfen kann. Das ist ja das Ziel.

Zu der Frage, wie sich die Situation der Krankenhäuser derzeit darstellt: Dazu gibt es unterschiedliche Zahlen und Verlautbarungen sowohl der Krankenhausgesellschaften als auch der gesetzlichen Krankenkassen. Ich will mal so sagen: Die Situation ist nicht so dramatisch, wie dies die Krankenhausgesellschaft vorträgt, aber sie ist schon sehr ernst. Das wird auch von den Krankenkassen bestätigt. Wir sind mit beiden in einem intensiven Austausch mit eigenen Zahlen und mit Zahlen der Krankenkassen. Das Problem ist, dass die Krankenhausgesellschaften zwar immer Zahlen verkünden, aber den Rechenweg dahin nicht offenlegen, sondern sich darauf berufen, dass sie das durch Mitgliederbefragungen ermittelt haben. Das ist sicherlich so und will ich gar nicht infrage stellen. Aber es ist für uns dann schwierig, zu verifizieren, wie man zu diesen Zahlen gekommen ist. Nichtsdestotrotz ist die Lage so ernst, dass wir hier enormen Handlungsdruck haben und insofern auch eine Krankenhausreform und eine Reform des Finanzierungssystems

brauchen. Daher stehen wir mit den Krankenhäusern und Krankenhausträgern immer wieder in einem engen Austausch, damit sie die Übergangsfrist bis zum Jahr 2027, in dem ja diese neue Finanzierung überhaupt erst wirksam wird, überstehen, mit denen wir das erreichen wollen.

Die Grund- und Regelversorgung bezieht sich zunächst einmal auf die Allgemeine Innere und Allgemeine Chirurgie, aber kann daneben durchaus eine ganze Reihe weiterer Leistungsgruppen vorhalten. Wir wollen die Auswirkungenanalyse auch deshalb so dringend, weil wir genau diese Berechnungen benötigen, ob die Vorhaltepauschale ausreicht bzw. wie viele Leistungsgruppen vorgehalten werden müssen, damit man mit der Vorhaltevergütung den Vorhalteaufwand refinanzieren kann.

Richtig ist: Die Vergütung besteht zukünftig aus dem Vorhaltebudget plus das Pflegekostenbudget und der residualen DRG, also der restlichen Fallpauschale. So setzt sich dann zukünftig die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser zusammen.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung und die Erläuterungen. Damit haben sich meine Fragen im Wesentlichen erledigt. Ich habe aber während Ihres Vortrags aufgehört, weil ich bei Ihren Ausführungen zur Entscheidungsfindung an der einen oder anderen Stelle „MW“ verstanden habe. Meinten Sie das Wirtschaftsministerium, oder geht es um das MWK?

MDgt'in **Schröder** (MS): Da habe ich mich vielleicht falsch ausgedrückt. Ich meinte das MWK. Wir brauchen das Wissenschaftsministerium als Landesplanungsbehörde. Wir vertreten die Landesplanungsbehörden nach außen, also gegenüber dem InEK. Aber intern sind wir natürlich zwei gleichberechtigte Landesplanungsbehörden. Wir haben hierzu schon im Januar eine Arbeitsgruppe eingerichtet, damit wir uns gemeinsam gut abstimmen und gemeinsam das System der Zusammenarbeit an der Stelle jetzt auch auf die neue Situation umstellen. Wir haben auch in der Vergangenheit gut zusammengearbeitet, aber wir haben jetzt einfach noch mehr Verbindlichkeiten. Wir teilen uns ja das gleiche Vorhaltebudget und müssen zusehen, wie wir das untereinander gut aufgeteilt bekommen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Ich habe noch eine Frage zur Eingruppierung von Fachkliniken. In welchen Level sind sie eingruppiert? Können Sie uns dazu den aktuellen Stand mitteilen?

Sie sprachen auch die Zuschläge an. Meines Wissens macht ein Krankenhaus pro Geburt 1 000 Euro Verlust. Wissen Sie schon oder haben Sie eine grobe Einschätzung, wie hoch diese Zuschläge sein sollen? Sie sprachen ja auch andere Bereiche an, in denen es Zuschläge geben soll. Sind diese Zuschläge überhaupt auskömmlich für die Kliniken? Werden sie erst 2027 gewährt, wenn die gesamte Finanzierung steht, oder werden sie schon früher ausgezahlt?

MDgt'in **Schröder** (MS): Zu der Frage, wie die Geburten zukünftig vergütet werden: Wir haben ja als Länder erreicht, dass Hebammen zukünftig in das Pflegepersonalbudget hineingenommen werden. Das bedeutet, dass die Anzahl der Hebammen, die tatsächlich beschäftigt werden, voll, zu 100 %, von den Krankenkassen finanziert werden muss. Das wird die Vergütungssituation bei den Geburten noch einmal deutlich verändern. Tarifierhöhungen in diesem Bereich müssen zu 100 % in die Personalkostenvergütung übernommen werden und können auch schon unterjährig das Personalkostenbudget entsprechend erhöhen. Die künftigen Zuschläge kommen tatsächlich mit den Vorhaltebudgets. Sie dienen sozusagen der Erhöhung des Vorhaltebudgets.

Zu der Frage, ob die Zuschläge auskömmlich sind: Bundesweit beträgt der Zuschuss für die Geburtshilfe 120 Millionen Euro. „Auskömmlich“ ist vielleicht ein hohes Wort, aber es ist auf jeden Fall der richtige Weg, hier Zuschläge vorzusehen. Wir sind am Runden Tisch Geburtshilfe in einem engen Austausch mit den Vertreterinnen der gesetzlichen Krankenkassen. Wir brauchen auch wirklich noch einmal eine Neubetrachtung der Geburtshilferefinanzierung hinsichtlich der Betriebskosten. Aber über die Tatsache, dass die Hebammen jetzt vollkommen refinanziert werden, ist uns schon ein ganz wichtiger Schritt gelungen.

Die Fachkliniken bleiben das, was sie sind: Sie bleiben Fachkliniken. Das heißt, auch das ist eine Option für jetzige Krankenhäuser, sich unter Umständen zu überlegen, zukünftig als Fachklinik weiterzuarbeiten und dann als Fachklinik mit am Netz zu bleiben. Die Fachkliniken stehen neben den Maximalversorgern, den Schwerpunktversorgern und den Grund- und Regelversorgern genauso, wie wir das auch im Krankenhausgesetz in Niedersachsen geplant haben.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich habe eigentlich noch viele Fragen, möchte aber für mich persönlich an dieser Stelle erst einmal einen Schnitt machen. Ich möchte allerdings noch auf die Bewertung eingehen, die Herr Meyer vorhin vorgenommen hat, und deutlich machen: Das ist ein unfassbar komplizierter Prozess, weil das System über die vielen Jahrzehnte hinweg, in denen es aufgebaut und auch verändert wurde, so kompliziert geworden ist. Wir haben die Situation, dass im Wesentlichen der Bund das Gesetz gestaltet. Wir haben die Aufgabe, für unsere Krankenhäuser in unserem Flächenland eine gute Lösung zu finden, wie wir das im Land bearbeiten und umsetzen. Wir haben ja in der Enquetekommission festgestellt, wo die Probleme liegen und wo die Lösungsansätze sind. Aber ich meine, man kann dem Minister Dr. Philippi wenig Vorhaltungen machen, er habe sich da irgendetwas abkaufen lassen; denn er hat sich sehr intensiv eingesetzt, damit wir hier im Land eine gute Lösung finden. Das wollte ich an dieser Stelle noch einmal betonen.

Ich erlaube mir in diesem Zusammenhang noch die folgende kleine Anmerkung: Wenn es wirklich einfach wäre! Seit 2009 war die SPD in der Bundesregierung nicht für den Gesundheitsbereich verantwortlich. Daran sieht man: Auch FDP und CDU haben versucht, in dem System eine Lösung zu finden, aber es ist halt schwierig, diese Reform anzugehen. Ich glaube, sie würde immer mit entsprechenden Schwierigkeiten auch in der Umsetzung auf Landesebene einhergehen.

Ich wünsche mir, dass wir auf unserem guten Weg, den wir über die Enquetekommission gefunden haben, weitergehen und versuchen, das Bestmögliche daraus zu machen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich will gar nicht im Detail darauf eingehen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass im Sommer letzten Jahres Eckpunkte vereinbart worden sind, die man aber nicht eins zu eins in dem Referentenentwurf wiederfindet, obwohl den Ländern die Zusage gegeben worden ist, dass sie sie darin wiederfinden. Es ist nicht gerade immer vertrauenswürdig, wie Herr Lauterbach arbeitet. Ich glaube, in dieser Frage sind wir gar nicht weit auseinander. Über das andere Thema können wir sicherlich streiten; das brauchen wir aber an dieser Stelle nicht zu machen.

Mich würde noch interessieren: Sie sprachen die Problematik beim Thema Auswirkungsanalyse an. Diese Auswirkungsanalyse muss aber nicht unbedingt das InEK durchführen. Es gibt ja auch andere Träger, die solche Analysen durchführen. Auch nach dem ersten sehr groben Entwurf für Eckpunkte der Krankenhausreform, die Herr Lauterbach im Dezember 2022 vorgestellt hat, gab

es Auswirkungsanalysen, die von privaten Unternehmen erstellt worden sind, denen ja auch nicht unbedingt widersprochen worden ist. Von daher wäre es mir eigentlich schon wichtig. So, wie ich diesen ganzen Prozess in den letzten Monaten beobachtet habe, habe ich nicht das Vertrauen, dass es im Bund eine objektive Auswirkungsanalyse gibt. Das ist meine persönliche Auffassung dazu. Von daher würde ich mich freuen, wenn sich das Land in irgendeiner Form bemühen würde, eine eigene Auswirkungsanalyse in Auftrag zu geben. Dass das Ministerium so etwas nicht selber machen kann, ist völlig klar. Von mir aus könnte das auch, wie Sie eben schon angesprochen haben, in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Darüber können wir aber noch einmal sprechen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Natürlich setzen wir uns ja auch mit diesen Analysen auseinander. Verbeto hat den Ländern wieder eine Gesprächsrunde in der nächsten Woche genau zu diesem Thema angeboten. Wir haben dann leider parallel den Krankenhausplanungsausschuss. Daran wird aber auch jemand aus unserem Hause teilnehmen. Wir schauen also auch überall, wo wir immer wieder Datenanalysen bekommen. Aber auch diese Institute arbeiten eben mit Annahmen. Das sind alles Näherungsgrößen. Aber es ist noch nicht eine valide Auswirkungsanalyse, sondern da werden Modelle gerechnet.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung. Wir werden uns künftig wieder regelmäßiger sehen. Sie werden uns auf dem Laufenden halten, wenn es Veränderungen oder Neuigkeiten gibt.

Tagesordnungspunkt 3:

Kindeswohlgefährdung durch „Original Play“ untersagen - Pädophile in Kitas und Kindergärten stoppen!

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/3637](#)

erste Beratung: 36. Plenarsitzung am 15.03.2024
AfSAGuG

Beginn der Beratung

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD) bittet um eine Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Antrag.

Auf Anregung der Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) kündigte Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD) noch konkretisierende Fragen zu ihrem Unterrichtungswunsch an.

Beschluss

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zu dem Antrag.

Tagesordnungspunkt 4:

Beschlussfassung über den Antrag der CDU-Fraktion auf Unterrichtung durch die Landesregierung über den verabschiedeten Aktionsplan gegen Häusliche Gewalt und zur Umsetzung der Istanbul-Konvention und die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Istanbul-Konvention beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Der **Ausschuss** beschließt den Antrag der CDU-Fraktion einvernehmlich, in einer der nächsten Sitzungen die Unterrichtung durch die Landesregierung entgegenzunehmen.

Tagesordnungspunkt 5:

Beschlussfassung über den Antrag der AfD-Fraktion auf Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Situation hinsichtlich der personellen Entwicklung an der Spitze der Niedersächsischen Ärztekammer

Der **Ausschuss** beschließt den Antrag der AfD-Fraktion einvernehmlich, in einer der nächsten Sitzungen die Unterrichtung durch die Landesregierung entgegenzunehmen.
