

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

über die 51. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 14. November 2024

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch Minister Dr. Philippi zu den Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) auf Niedersachsen**
Unterrichtung 5
Aussprache 14
2. **Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 13. November 2024**
Unterrichtung 21
Aussprache 23
3. **Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025**
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5319](#)
Mitberatung 31
Beschluss..... 32
4. **Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen**
Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4569](#)
(abgesetzt) 33

5. **Kinderschutz neu denken - Sicherheit für unsere Kleinsten an erste Stelle setzen**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/5647](#)

Verfahrensfragen..... 35

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 (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Von der Landesregierung:

Minister Dr. Philippi (MS).

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

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

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 12:05 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 46. und 48. Sitzung.

*

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/2218](#)

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU) spricht sich dafür aus, die Beratung des Gesetzentwurfs der CDU-Fraktion zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe, der auf die Verbesserung des Kinderschutzes ziele, noch bis zum Jahresende im Ausschuss abzuschließen und damit nicht erst bis zur Vorlage des angekündigten Kinderschutzgesetzes zu warten.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) teilt mit, dass sie zu diesem Thema noch einen Gesprächstermin mit Frau Prof. Dr. Debertin von der MHH vereinbart habe, der allerdings erst für Januar 2025 möglich gewesen sei.

Im **Ausschuss** besteht Einvernehmen, über das weitere Beratungsverfahren zwischen den Fraktionen eine Verständigung herbeizuführen.

Tagesordnungspunkt 1:

Unterrichtung durch Minister Dr. Philippi zu den Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) auf Niedersachsen

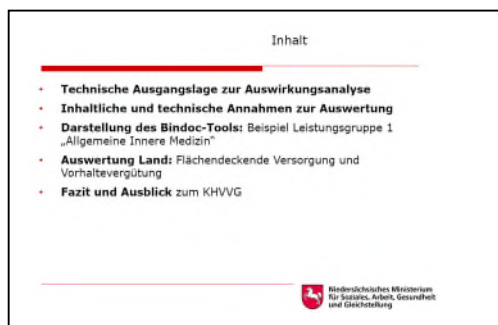
*Die Präsentation, die dem Ausschuss vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung im Nachgang zu der Sitzung zugeleitet wurde, ist dieser Niederschrift in Großformat als **Anlage 1** beigelegt. Darin wurden vom Ministerium die Folien 8 - Fälle Standorte -, 9 - Erreichbarkeit/Liste - und 12 - Vorhaltevergütung Ist - unter Hinweis auf die darin enthaltenen Betriebs- und Geschäftsdaten von Krankenhäusern entnommen.*

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) weist zu Beginn der Unterrichtung darauf hin, dass die Präsentation des Ministeriums vertraulich sei, sodass es nicht gestattet sei, Fotografien davon zu erstellen.

Unterrichtung

Minister **Dr. Philippi** (MS): Mit dieser Unterrichtung machen wir das wahr, was wir versprochen haben: Wir stellen die Auswirkungsanalyse so weit vor, wie dies möglich ist. Wir waren ja darauf angewiesen, dass uns der Bund mit dem Tool, dem sogenannten Grouper, versorgt. Wir haben an den letzten Tagen relativ viel in unserer speziellen Arbeitsgruppe dazu gearbeitet und versucht, mit dem Tool an dieser Stelle weiterzukommen. Das ist an manchen Stellen wirklich kompliziert. Ich versuche, zu erklären, was möglicherweise mit dem KHVVG auf uns zukommt, und bemühe mich, das klar und kurz zu machen. An manchen Stellen gibt es noch keine endgültigen Ergebnisse, aber wir haben eine relativ klare Richtung.

Sie dürfen aber nicht damit rechnen, dass wir jetzt Kliniken beim Namen nennen oder etwa sagen, wir verteilen jetzt nur noch Schließungsbescheide. Wir versuchen vielmehr, Ihnen klarzumachen, auf welcher Basis wir gerade analysieren, ob diese Basis überhaupt für uns infrage kommt, ob das, was da vorgestellt worden ist, richtig und logisch ist. Deshalb versuche ich jetzt, einigermaßen leicht und klar zu erklären, was hier passiert.



Kurz zum Inhalt: Ich werde zunächst die technische Ausgangslage zur Auswirkungsanalyse darstellen, also was wir aus Berlin bekommen haben, was wir technisch ablesen und mit unseren Daten auffüllen können, die wir aus verschiedenen offiziellen Bekanntgaben der Kliniken bekommen. Jede Klinik schreibt einen Qualitätsbericht. Diese Qualitätsberichte haben wir alle analysiert. In diesen Berichten können wir zum Beispiel lesen, wie viele Geräte in

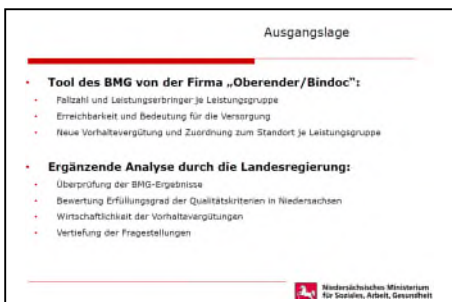
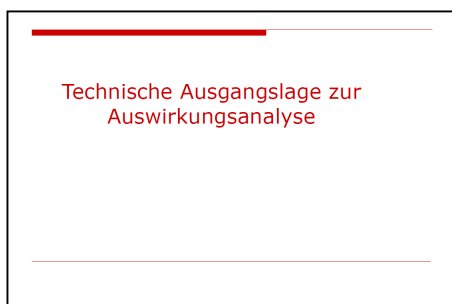
bestimmten Abteilungen stehen und wie viele Ärzte dort vorgehalten werden. Dinge, die in dem Tool von der Bundesregierung nicht vorliegen, konnten wir also für Niedersachsen schon eruieren.

Ferner werde ich erläutern, wie sich dieses Tool am Beispiel der Allgemeinen Inneren Medizin darstellt - das ist die größte Leistungsgruppe, die in Zukunft auftreten wird -: Was passiert im Land möglicherweise nach dem KHVVG, wenn es einen Minus-5%-Check geben wird?

Anschließend werde ich darauf eingehen, welche Auswertungen das Land heute schon zur flächendeckenden Versorgung und Vorhaltevergütung vornehmen kann, und darauf, was wir grundsätzlich dazu sagen können, was mit dem KHVVG passiert.

Darauf folgen noch zwei kurze Abschnitte zu Sicherstellungshäusern und zur Notfallversorgung in Niedersachsen.

Zum Schluss werde ich ein Fazit ziehen und einen Ausblick darauf geben, was das KHVVG bringt.



Das Tool, das wir vom Bundesministerium für Gesundheit bekommen haben, hat die Firma Oberender/Bindoc programmiert. Dieses Tool zeigt zunächst einmal die Fallzahlen und Leistungserbringer je Leistungsgruppe an. Als Beispiel werde ich gleich die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin nehmen. In diesem Tool kann abgerufen werden, welches Krankenhaus - also welcher Leistungserbringer - welche Fallzahl hat. Ferner zeigt uns dieses Tool die Erreichbarkeit und die Bedeutung für die Versorgung an. Wir können also auf der Landkarte Niedersachsens festhalten, wo das Krankenhaus geografisch liegt und was das für die Patientenströme um das Krankenhaus herum bedeutet. Drittens zeigt dieses Tool die neue Vorhaltevergütung - das ist ja das Neue an diesem Gesetz - und die Zuordnung zum Standort je Leistungsgruppe an.

Wir haben uns dann, wie eben schon kurz erläutert, Daten zusammengesucht, um zunächst einmal das zu überprüfen, was uns das Bundesministerium gegeben hat. Wir haben erst mal geprüft: Ist das überhaupt valide? Ist es überhaupt logisch, was die Firma Oberender/Bindoc programmiert hat? Es ist ein typischer wissenschaftlicher Ansatz, erst einmal zu prüfen, mit welchen Zahlen die anderen an dieser Stelle arbeiten.

Wir haben auch die Bewertung und den Erfüllungsgrad der Qualitätskriterien in Niedersachsen untersucht. Qualitätskriterium ist: Wie hoch ist die Fallzahl? Wie viele Fachärzte werden vorgehalten? Wie häufig werden bestimmte Eingriffe vorgenommen? Diese Qualitätskriterien konnten wir auch anhand der Angaben der Krankenhäuser überprüfen, die wir auch an anderen Stellen eruieren konnten.

Die entscheidende Frage ist auch, wie hoch die Wirtschaftlichkeit der Vorhaltevergütung ist. Die neue Vorhaltevergütung soll ja den Krankenhäusern den maximalen Druck nehmen, möglichst viel zu machen. Es geht also um die 40 %, die die Krankenhäuser in Zukunft bezahlt bekommen, ohne dafür etwas zu machen. Das bedeutet natürlich nicht, dass sie nichts dafür tun sollen, sondern das muss man sich wie bei der Feuerwehr vorstellen: 40 % des Geldes sind einfach dafür

da, um damit planen und arbeiten zu können und nicht zwanghaft immer nur teure Operationen durchführen zu müssen.

Des Weiteren ging es um vertiefte Fragestellungen, bei denen wir ganz systematisch überlegen - damit sind wir auch jetzt noch befasst -: Kann ein Krankenhaus in Zukunft mit dem, was es anbietet, und mit den Vorhaltungen überhaupt wirtschaftlich überleben? Das ist für uns eine sehr wichtige Frage, weil damit auch die Frage verbunden ist, wo es im Land Niedersachsen möglicherweise Regionen gibt, die eine besondere Hilfe brauchen, wo wir Sicherstellungshäuser definieren müssen oder wie wir dafür sorgen können, dass eine gleichmäßige und qualitativ gute Krankenhausversorgung im Land stattfindet.

Inhaltliche und technische Annahmen zur Auswertung

Das KHVVG zielt darauf, dass die Leistungen an Standorten konzentriert werden. Wir wissen, dass dort, wo bestimmte Behandlungen häufiger durchgeführt werden, die Qualität in der Regel besser ist. Deshalb wollen wir sozusagen auch eine Leistungskonzentration darstellen. Darüber entsteht dann im KHVVG eine Umverteilung. Wie sie zustande kommt, werde ich gleich erklären.

Vorgaben und Annahmen

- Das KHVVG beabsichtigt **Leistungs-Konzentration** an tendenziell größeren Standorten. Darüber entsteht eine Umverteilung zu den verbleibenden Krankenhäusern.
- Die Auswirkungsanalyse hat analog der Onkochirurgie einen „cut off“ der deutschlandweit fünf Prozent Krankenhäuser mit den geringsten Fällen in einer Leistungsgruppe vorgenommen.
- Die Länder können für **Fachkrankenhäuser und zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung Ausnahmen** von den Qualitätskriterien vornehmen.



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Weil der Bund keine Vorgabe gemacht hat, mussten wir uns an irgendetwas orientieren und haben wir uns deshalb den „cut off“ der Onkochirurgie zunutze gemacht. Das bedeutet, dass die unteren 5 % der Leistungen, die in kleineren bzw. Gelegenheitschirurgien oder Gelegenheitsbehandlungen stattfinden, weggeschnitten werden. Wenn von 100 % die unteren 5 % weggeschnitten werden - man weiß, welche Krankenhäuser nur 5 % der Leistungen erbringen -, dann fallen diese 5 % weg und müs-

sen sie nach dem KHVVG neu verteilt werden. Das ist sozusagen die eigentliche Kunst und die Aufgabe, an dieser Stelle weiter nach vorne zu kommen. Deshalb haben wir uns diese 5%-cut-off-Marke gesetzt. Sie ist durch den Bund noch nicht definiert, sondern von uns festgelegt worden. Wir haben diese 5 % als Worst-case-Szenario festgelegt; denn diese 5 % wären das Schlimmste, was uns an dieser Stelle passieren könnte. Ob es hinterher vielleicht nur 4 % oder 3,5 % sind, ist noch nicht endgültig festgelegt. Das wird vom Bund über die Rechtsverordnungen festgelegt. Diese 5 % sind das schlimmste Szenario, was passieren könnte. Es ist ja auch immer auch ein bisschen die Frage, was eigentlich der Worst case ist.

Das Entscheidende und Wichtigste für uns ist - das ist in den letzten anderthalb Jahren sehr intensiv, lange und heftig diskutiert worden -: Wie können die Fachkrankenhäuser zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung herangezogen werden? Deshalb können die Länder - das ist der Verhandlungserfolg insgesamt der Länder gewesen - bestimmte Ausnahmen von den Qualitätskriterien vornehmen. Das heißt, Fachkrankenhäuser - zum Beispiel eine Spezialklinik für Kardiologie - können an bestimmten Stellen zur flächendeckenden Versorgung herangezogen werden und müssen dann nicht diesen knallharten Kriterien folgen. Das ist an dieser Stelle wichtig, weil das die Planung des Landes beeinflusst. Die Länder haben sich dabei durchgesetzt und gesagt: Wir werden uns nicht aus einer Hauptstadt eine Glocke aufstülpen lassen nach dem Motto „Ihr macht das jetzt so und so, weil wir das klug finden“, sondern wir haben als Land gesagt: Ihr könnt uns viel erzählen! Wir wissen, wo die Regionen sind, wo die Menschen relativ

weit auseinander leben, aber trotzdem eine gute Versorgung brauchen! - Das ist für uns ein wichtiger Punkt. Das haben wir jetzt in unserer Analyse natürlich auch untersucht und dabei festgestellt, dass wir dabei ganz gut zurechtkommen.

Darstellung des Bindoc-Tools –
Beispiel Leistungsgruppe 1
„Allgemeine Innere Medizin“

Jetzt wird es ein bisschen bunt und wild, aber ich versuche, Ihnen klarzumachen, worauf Sie bei den nächsten Bildern achten sollen.

Von den insgesamt 65 Leistungsgruppen sind 4 Leistungsgruppen momentan vom Bund nicht programmierbar. Das heißt, wir reden nur von 61 Leistungsgruppen. Diese 61 Leistungsgruppen sind auf die Krankenhäuser verteilt. Es gibt kein Krankenhaus, das 61 Leistungsgruppen abbildet, aber die Leistungsgruppe 1 „Allgemeine Innere Medizin“ wird von 122 Krankenhäusern

abgebildet. In dieser Tabelle haben wir in der linken Spalte die Namen der Krankenhäuser ganz bewusst herausgelöscht, um jetzt nicht schon Hinweise zu geben, wo was wie passiert. Das ist eigentlich auch völlig unwichtig, um die Systematik zu verstehen. Sie müssen sich diese Zahlenreihen für insgesamt 147 Standorte vorstellen. Das heißt, wir betrachten für jede Leistungsgruppe 147 Standorte.

Ich nehme mal als Beispiel die erste Zeile - die Zahlen können Sie nicht lesen, aber ich nenne sie Ihnen -: Das Krankenhaus in der ersten Reihe hat 8 525 Fälle in der Allgemeinen Inneren Medizin. Der Case Mix - die Fallschwere eines Krankenhauses; eigentlich wird dieser Begriff besser mit „Fallwert“ übersetzt; das ist ein Algorithmus, ein Rechenbeispiel, an dem man klarmachen kann, was das Krankenhaus an diesen Fällen insgesamt verdient - beträgt 5,962. Das liegt also unter eins. Die Fälle sind relativ einfach bewertet mit relativ geringem Ertrag. Dieses erste Krankenhaus versorgt 1 198 764 Patienten.

Für jedes Krankenhaus an diesen 147 Standorten haben wir diese Zahlen. Wir können dann feststellen, wie viele Einwohner für die Leistungsgruppe am Standort am nächsten sind. Ich werde das gleich noch geografisch erläutern.

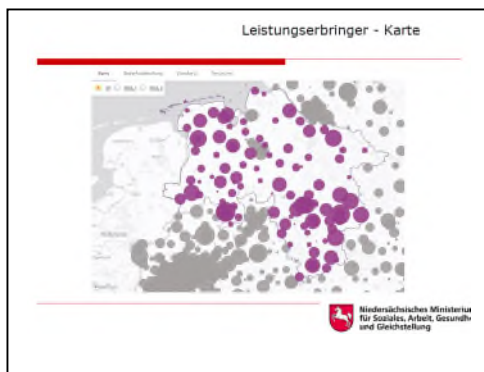
In der grün unterlegten Spalte sehen Sie bei dem gleichen Krankenhaus, was passiert, wenn wir diesen „cut off“ von 5 % einziehen. Das heißt, wir schneiden bei dieser Liste von 147 Standorten die 5 % schlechtesten unten weg, die am wenigsten machen, und verteilen das neu. Das würde für das erste Krankenhaus bedeuten, dass die Fallzahl um ungefähr 120 steigt, dass sich der Case Mix von 5,9 auf 6,1 erhöht und dass sich durch die 5 % „cut off“, die unten weggeschnitten werden, die Zahl der Einwohner, für die dieses Krankenhaus das nächste ist, von 28 000 auf 42 000 erhöht.

So wird für jeden der 147 Krankenhausstandorte der Effekt durchgerechnet, der durch den 5-prozentigen „cut off“ entsteht. 5 % der unteren Krankenhäuser werden also neu verteilt. An den Zahlen kann man sehen, dass sich dann die Zahl der Menschen, die näher an dem jeweiligen Krankenhaus wohnen, verteilt.

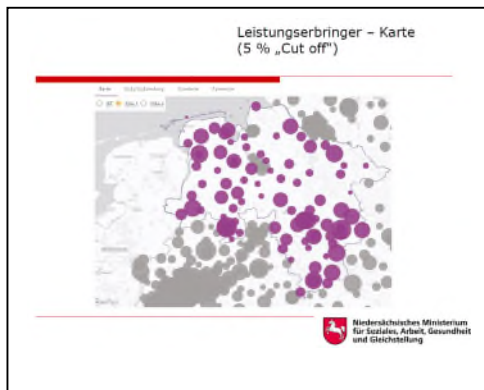
Erreichbarkeit - Liste (vertraulich)

Wir haben diese Krankenhäuser auch in einen Fahrzeitkorridor eingeteilt. In der ersten Zeile sind es 0 bis

10 Minuten bis unten 180 bis 999 Minuten. - Ich weiß aber nicht, wo man in Niedersachsen 999 Minuten fahren müsste. - Ich möchte Sie an dieser Stelle auf etwas aufmerksam machen, was mir sehr viel wichtiger ist. Sie sehen hier: 3 Millionen Menschen in Niedersachsen sind innerhalb von 10 Minuten in dem Istzustand in einem Krankenhaus. Wenn wir „SOLL 1“ nehmen und die 5 % „cut off“ unten wegnehmen und neu verteilen, ändert sich die Zahl 3 Millionen in 2,8 Millionen. Die Entfernung wird von 39 % auf 36 % zwar unwesentlich, aber ein bisschen größer. Die Zahl in dem vorgegebenen Korridor 10 bis 20 Minuten ändert sich absolut von 3,6 Millionen auf 3,5 Millionen und von 45 % auf 44 %. Kumuliert sind 80 % aller Menschen innerhalb von 20 Minuten im nächsten Krankenhaus mit einer Allgemeinen Inneren Medizin. In dem Korridor 30 bis 40 Minuten brauchen absolut nur 85 000 Menschen bis zu 40 Minuten, um die nächste Allgemeine Innere Medizin zu erreichen. Mit dem „cut off“ sind es 2 %. Aber total und kumuliert bedeutet das immer noch, dass nahezu 100 % der Menschen innerhalb von 40 Minuten ein Krankenhaus erreichen können. Das können wir dann bis zu 50 bis 60 Minuten durchrechnen. Absolut sind es 11 Menschen, die länger als 50 bis 60 Minuten brauchen, um eine Klinik zu erreichen. Nur für ganz wenige Menschen ändert es sich also in den einzelnen Zeitkorridoren. Das machen wir für insgesamt 61 Leistungsgruppen 160 Mal und legen das so fest.



Der Istzustand in der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ in Niedersachsen ist in dieser Karte dargestellt. Die lila Punkte zeigen alle Leistungserbringer der Leistungsgruppe „Spezielle Innere“. Je größer der Punkt ist, desto mehr wird an diesen Standorten geleistet. Wenn zwei Punkte übereinander liegen, gibt es in manchen Städten zwei oder mehr Anbieter. Das ist der jetzige Zustand.



Im Falle des 5 % „cut off“, des Worst-case-Szenarios, verschwinden drei relativ kleine Punkte nordwestlich von Osnabrück von der Karte. Das sind Kliniken, die an dieser Stelle zu der 5%-Hürde gehören. Dabei handelt es sich um Gelegenheitsanbieter, die relativ geringe Fallzahlen haben. Das Tool rechnet diese wegfallenden Fälle automatisch in die großen lila Punkte hinein.

Extrem wichtig ist an dieser Stelle die Feststellung, dass sich das Punktenetz überhaupt nicht wesentlich verändert, sondern die Versorgung bleibt überall gleich. Das beweisen auch die Zahlen. Nur an ganz wenigen Standorten wird die Anfahrt für die Menschen in Niedersachsen etwas länger. Der Effekt führt also auf gar keinen Fall zu dem Problem, dass Menschen nicht mehr vernünftig versorgt wären.

Die Stellen im Osten des Landes Niedersachsen, die auf der Karte relativ weiß sind, waren auch schon vorher weiß. Wir nehmen da also nichts weg. Dort bleibt es, wie es ist.

Auswertung Land: Flächendeckende Versorgung und Vorhaltevergütung

NRW-Grouper funktioniert – Bindoc-Tool validiert

Die fünf neuen Leistungsgruppen spielen auf Basis des aktuellen INEK-Leistungsgruppen-Grouper noch keine Rolle (so auch vom INEK angekündigt).

NRW	Bund	Anzahl Fälle NDS
LG-Nr. Leistungsgruppe (LG)	LG-Nr. Leistungsgruppe (LG)	
3	Intensivstation	
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	4.113
27	Spezielle Traumatologie	
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	
65	Neurochirurgie	
31.1 Psych.-entlastende		
31.2 Psych.-teilstation		
32.1 KJP – ambulant		
32.2 KJP – stationär		

Von den 5 neuen Leistungsgruppen wird lediglich eine LG (Spezielle Traumatologie) in landesweit 4.113 Fällen angesteuert – das entspricht einem Anteil von 0,28% bezogen auf alle Fälle in NDS.

Für die Psychiatrie findet das KHVVG (noch) keine Anwendung



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Die Leistungsgruppen Nrn. 3, 16, 27, 47 und 65 werden zurzeit und auch auf absehbare Zeit nicht programmiert. Das heißt, das sind Leistungsgruppen, in denen keine Leistung erbracht wird. Die Leistungsgruppe Nr. 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ ist auf Initiative des Landes Niedersachsen nicht programmierbar bzw. herausgenommen worden, weil das bedeutet hätte, dass wir fünf der sechs speziellen Kinderchirurgien in Niedersachsen hätten schließen müssen. Das bildet sich im KHVVG nicht ab. Das ist ein Erfolg für die Versorgung im Land.

Auch Psychiatrien finden im KHVVG keine Anwendung. Die einzig wirklich sinnvolle neue Leistungsgruppe über NRW hinaus ist die Spezielle Traumatologie mit über 4 000 Fällen. Sie bildet sich da auch gut ab und kann an dieser Stelle möglicherweise auch gut verarbeitet werden.

Flächendeckende Versorgung gesichert (5 % „Cut off“)

Anzahl Standorte, die die LG in den Versorgungsregionen erbringen (TOP 40) nach 5%-cutoff

Anzahl von Standort	Versorgungsregion								Gesamtgarbit
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Leistungsgruppe									
LG001 Allgemeine Medizin	18	16	20	14	7	9	10	22	122
LG014 Allgemeine Chirurgie	14	13	18	11	5	9	10	12	98
LG024 Endoprothetik Knie	10	8	13	10	5	6	11	11	90
LG023 Endoprothetik Hüfte	12	8	13	11	5	7	11	12	80
LG027 Spezielle Traumatologie	10	9	11	10	5	6	10	10	69
LG025 Rauman Hufbeschwerden	11	6	13	7	4	4	11	12	68
LG030 Rauman Kniebeschwerden	13	6	11	10	3	6	10	10	68
LG040 Overall CA	12	7	11	8	4	5	9	10	65
LG043 Harnsteiner Schwanzpunkt	6	6	9	7	5	5	8	10	50
LG038 Allgemeine Frauenheilkunde	7	6	11	4	5	5	7	7	50
LG042 Geburten	5	6	8	7	5	5	6	6	53
LG056 Geriatrie	10	7	11	7	6	2	5	4	52
LG026 Wirbelsäulenerkrankungen	9	7	7	9	2	3	6	6	51
LG011 Interventionelle Kardiologie	8	6	9	5	5	4	1	6	50
LG012 Kardiologie Devisen	9	6	7	5	4	4	5	10	48
LG004 Telle Rektumengriffe	7	5	9	3	3	4	6	6	43
LG020 Komplexe periphere arterielle Gefäße	10	6	7	3	3	3	4	6	42
LG031 Lebererkrankungen	10	5	10	3	1	2	6	5	47
LG041 Senologie	7	4	7	4	3	1	4	6	30
LG038 Urologie	5	3	9	5	2	2	6	3	30
LG019 Carcinom operative interventionell	8	3	8	2	3	1	2	5	30
LG057 Palliativmedizin	4	7	3	3	2	1	5	6	33
LG054 Stroke Unit	4	4	8	3	3	2	3	5	32
LG010 Epi-Logistik	3	3	5	4	4	1	3	7	30
LG053 Allgemeine Neurologie	4	2	8	2	3	2	3	5	29
LG045 Palliativzentrum Level 2	4	2	5	3	1	3	4	6	28
LG046 Allgemein- und Jugendmedizin	4	4	4	2	2	4	3	5	28
LG052 Onkologischerkrankungen	5	3	6	2	1	1	5	5	28
LG044 Palliativzentrum Level 1	4	4	5	1	1	3	2	7	27
LG053 Parkinsonerkrankungen	4	2	7	2	2	5	4	4	26
LG018 Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	5	3	5	3	1	2	3	3	25
LG004 Komplexe Gastroenterologie	5	2	7	1	2	2	3	3	22
LG050 HNO	3	3	4	2	2	1	3	3	21
LG029 Thoraxerkrankungen	5	4	4	1	2	3	1	1	20
LG017 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	7	2	6	2	1	2	1	2	20
LG030 Benigne Chirurgen	3	1	3	1	2	1	3	4	18
LG017 MBO	5	2	6	2	2	1	2	2	18
LG050 Leukämie und Lymphome	2	2	2	2	2	1	4	1	17
LG051 Cochlearimplantat	2	3	2	1	1	1	1	1	12
LG055 Neuro-Funktion/NF (Phase B)	3	1	1	1	2	1	1	1	11

1 04.11.2024

Flächendeckende Versorgung ist auch bei 5%-cutoff mit dem Bundesmodell gesichert

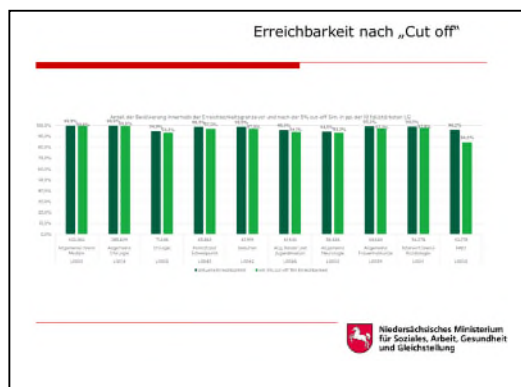
Die Auswirkungsanalyse hat analog der Onkochirurgie einen „cut off“ der deutschlandweit fünf Prozent Krankenhäuser mit den geringsten Fällen in einer Leistungsgruppe vorgenommen.



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Die Zahlen in dem Zahlenfeld für die Versorgungsregionen 1 bis 8 sind einigermaßen gleichmäßig von groß nach klein verteilt. In dieser Tabelle wird dargestellt, wie häufig welche Leistungsgruppe in der einzelnen Versorgungsregion angeboten wird. Die Allgemeine Innere Medizin wird demnach in den acht Versorgungsregionen insgesamt 122 Mal und damit ausreichend angebo-

ten. Aus dieser Tabelle geht die Verteilung der top 40 Leistungsgruppen auf die Versorgungsregionen hervor und wird deutlich, dass ein paar freie Felder erst in den unteren Zeilen in sehr seltenen und sehr speziellen Leistungsgruppen auftreten, wo dann sozusagen Maximalversorger dafür einspringen müssen und Patienten möglicherweise in eine andere Versorgungsregion geschickt werden. So würde sich die Versorgung im Land Niedersachsen nach dem „cut off“ von 5 % ausbreiten. Die Top-Leistungsgruppen und alles andere sind gut versorgt über das Land verteilt. Wichtig ist mir die Feststellung, dass sich kein Mensch in Niedersachsen Sorgen machen muss, dass in irgendeiner Art und Weise eine hochqualitative Behandlung nicht stattfinden kann. Das ist, wie dargelegt, wieder analog zu dem 5-%-cut-off der Onkochirurgie, also unser Worst-case-Szenario. Ich kann mir vorstellen, dass möglicherweise nur mit 4 % oder 3 % gerechnet wird. Dann werden die Zahlen noch besser, dann wird die Versorgungsdichte noch größer.



An diesem Schaubild zur Erreichbarkeit nach dem „cut off“ wird an den beiden linken Balken deutlich, dass in der Leistungsgruppe 1 „Allgemeine Innere Medizin“ 99,9 % der Bevölkerung vor dem „cut off“ einen kurzen Weg haben und dass nach dem „cut off“ immer noch 99,6 % der Bevölkerung innerhalb kürzester Zeit eine Allgemeine Innere Medizin erreichen können. Nach unserer Analyse werden einzig und allein im HNO-Bereich - der zehntstärksten Leistungsgruppe - nach dem „cut off“ nicht mehr 96 %, sondern 84,6 % der Menschen einen etwas

längeren Weg haben. Im HNO-Bereich, in dem Behandlungen ohnehin überwiegend ambulant stattfinden, ist das auch jetzt schon teilweise problematisch. Ehrlicherweise müssen wir uns aber an dieser Stelle klarmachen, dass - bis auf den HNO-Bereich - alles andere in dem Bereich von 93 bis 97 % nach dem „cut off“ sein wird. Es kommt also nicht zu einer wirklich schlechteren Erreichbarkeit. Das bewegt sich im Bereich von Minuten.



Die folgende hoch komplexe Folie zeigt, wie Fachkliniken gemeinsam mit erweiterten Leistungsgruppen für die Grundversorgung zur Verfügung stehen.

In der Tabelle „Keine Verschiebung bei Vorhaltevergütung“ haben wir die Namen der Krankenhäuser herausgelöscht, weil sie beschreibt, wie sich das DRG-Erlösvo-



lumen kumuliert. Daraus wird deutlich, dass die top 20 Krankenhäuser 41 % des Vorhaltevolumens bekommen werden. Das heißt, ein Achtel der Krankenhäuser bekommt zwei Fünftel der Vorhaltevergütung. Große Kliniken, die sich gut aufstellen, bekommen eine hohe Vorhaltevergütung und werden dann durch die Leistungsgruppen noch einmal verstärkt. Die top 20 Krankenhäuser erbringen insofern einen Großteil der Leistungen im Land Niedersachsen. Sie sind aber

verteilt und sind in der Regel die Maximalversorger oder Supramaximalversorger Level 3 oder Level 3U.

Fazit und Ausblick zum KHVVG

Mein erstes Fazit: Wir haben durch die Analyse festgestellt, dass das Modell des Bundes sehr nah am NRW-Modell ist. Einige Akteure hatten ja an dieser Stelle befürchtet, dass nur noch die Überschriften übereinstimmen. Nein, die harte Arbeit im Ministerium und in der Arbeitsgruppe hat gezeigt, dass in den allermeisten Fällen die Zuordnung sachlich nachvollziehbar ist und dass das NRW-Modell eine gute Grundlage für das KHVVG ist

und möglicherweise dann, wenn das KHVVG nicht kommt, auch eine gute Grundlage für den niedersächsischen Weg sein könnte.

Fazit I

1. Die bundeseinheitlichen Leistungsgruppen sind sehr nah am **NRW-Modell**. Der (von einigen Akteuren) befürchtete Systembruch („nur die Überschriften stimmen überein“) findet nicht statt. Relevante Umverteilungen bei der Zuordnung sind sachlich nachvollziehbar. Dadurch war eine Analyse mit dem NRW-Modell möglich.
2. Die bundesweit definierten **Erreichbarkeitsniveaus** (30 bzw. 40 Minuten) werden in allen volumenstarken Leistungsgruppen mit sehr hohen Erfüllungsgraden erreicht (Bandbreite 95 bis 100%). Diese Erreichbarkeit verschlechtert sich bei einer Umverteilung der Fälle, die (bundesweit) 5% des Gesamtfallzahl-Niveaus ausmachen, nur geringfügig (Ausnahme HNO) in der Bandbreite 93 bis 100%.
3. Durch die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien wird das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung zu stärken, erfüllt. Durch die Öffnungsklausel des KHVVG, dass **Fachkliniken** die verwandten Leistungsgruppen auch in Kooperation sicherstellen können, können die Leistungen an den Standorten mit den höchsten Fallzahlen je Leistungsgruppe in Niedersachsen (weiterhin) durch die aktuellen Leistungsbringer erbracht werden. Gelegenheitsversorger erfüllen die Qualitätskriterien (häufiger) nicht.



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Die bundesweit definierten Erreichbarkeitsniveaus - maximal 30 bis 40 Minuten je nach Fallschwere und je nach Notwendigkeit - werden in den volumenstarken Leistungsgruppen mit sehr hohen Erfüllungsgraden erreicht; in den allermeisten Leistungsgruppen nahezu 100 %, in der Regel zwischen 95 und 100 %. Mit Ausnahme der bereits erwähnten Leistungsgruppe „HNO“ werden wir das bundesweit vorgegebene Niveau problemlos erreichen.

Durch die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien wird das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung zu stärken, erfüllt. Wir wollen, auch wenn es möglicherweise weniger Betten und an der einen oder anderen Stelle weniger Krankenhäuser gibt, trotzdem die Versorgung aufrechterhalten, aber nicht nur einfach aufrechterhalten, sondern auch qualitativ verbessern, indem es genügend Versorgungsstandorte und keine Abmeldungen gibt, genügend Personal da ist und auch genügend Fachärzte da sind.

Wir konnten mit der Studie bisher in Niedersachsen zumindest beweisen, dass dieses KHVVG die Versorgung in keinsten Weise verschlechtern wird. Im Gegenteil, wir werden zunehmend sicherere Versorgungen haben, weil sich nicht mehr so viele Krankenhäuser, Stationen, Notaufnahmen usw. abmelden werden.

Fazit II

4. Bei Gefährdung einer **flächendeckenden Versorgung** kann das Land (neben den Abweichungen bei Fachkliniken) von seinem Gestaltungsspielraum Gebrauch machen und Abweichungen zulassen.
5. Die Vorhaltekosten wurden in der angekündigten Größenordnung ausgeglichen. Echte Wirkungen der **Verhaltensfinanzierung** werden aber erst durch echte Umverteilungen von Leistungsaufträgen (durch Träger Entscheidungen und/oder Planungsentscheidungen des Landes) oder durch Fallzahl-Reduktionen der Krankenhäuser sichtbar werden.
6. Das KHVVG liegt am 22.11. zur Beratung im Bundesrat. Diese bleibt abzuwarten. Genauso wie die Erstellung der Rechtsverordnungen durch die Bundesregierung. Aber: Nur das KHVVG sorgt in 2025 für eine bessere Erbsituation in den Krankenhäusern und stellt einen Transformationsfonds für die folgende Leistungsgruppen-Einführung zur Verfügung.



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Zweites Fazit: Wir können mit diesen Tools und auch mit unseren Berechnungen beweisen, dass die flächendeckende Versorgung in Niedersachsen - der eine oder andere sagt ja immer: „Herr Philippi, Sie sind der Minister des ländlichen Raumes!“; das bin ich auch gerne - nicht in Gefahr gerät, insbesondere auch durch unseren Verhandlungserfolg bezüglich der Fachkliniken. Die Fachkliniken können dann auch an dieser Versorgung teilnehmen und eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem spielen.

Die Vorhaltekosten wurden in der angekündigten Größenordnung ausgegliedert. Eine echte Wirkung der Vorhaltefinanzierung als solche ist heute aber noch nicht endgültig zu berechnen, weil wir ja eigentlich erst ab dem nächsten Jahr anfangen werden, die Leistungsgruppen zu verteilen, und mit der Anzahl der Leistungsgruppen, die wir verteilen, und der Anzahl der Patienten und Fallzahlen dann die Vorhaltevergütung neu berechnen werden. Insofern muss man an dieser Stelle sagen: Zunächst scheint es möglich, über dieses Steuerungsinstrument Krankenhausplanung im Land zu betreiben, und zwar nur im Land, weil es Aufgabe des Landesministers und des Landesministeriums bleibt, diese Leistungsgruppen zu verteilen und an dieser Stelle dann auch klarzumachen, wo wir unsere Schwerpunkte setzen.

Ich füge an dieser Stelle noch einen Punkt ein, der mir extrem wichtig ist: Wir haben in Niedersachsen schon sehr genau analysiert. Wir haben auch Sicherstellungshäuser, die der Bund als solches definiert. Die können wir nicht selber definieren. Es wäre ja jetzt einfach für ein Land wie Bayern, das ja sozusagen in jedem Kreis ein kleines Krankenhaus hat, diese alle als Sicherstellungshäuser zu definieren und zu sagen, dass diese Sicherstellungshäuser nicht angetastet werden dürfen. Nein, die Definition für Sicherstellungshäuser - ungefähr zehn in Niedersachsen sind Sicherstellungshäuser - kommt vom Bund, vom G-BA. Dafür gibt es ganz klare Kriterien, die man nicht einfach ändern kann. Sonst wäre es ja relativ einfach, alle Krankenhäuser sozusagen unter den Schuttschirm zu nehmen. Aber das ist ja nicht Ziel der Übung.

Wir sind in Niedersachsen mit unserer Krankenhausplanung natürlich auch dabei - da ist man stolz, in Niedersachsen Minister zu sein; denn die Vorarbeiten durch die Enquetekommission haben schon sehr viel auf den Weg gebracht und viele Menschen sozusagen auch mitgenommen -, uns in Ostfriesland, im Landkreis Diepholz - an dieser Stelle schöne Grüße an Herrn Meyer! -, im Heidekreis und an anderen Stellen neu aufzustellen und das Narrativ der Krankenhausschließungen einfach dahin gehend umdeuten zu können, dass wir aus drei Krankenhäusern eine neue Zentralklinik machen, die die Versorgung verbessert, die sich stabilisiert. Deshalb ist es klasse, hier zu arbeiten und auch zu merken, wie nach und nach diese Dinge auf den Weg gebracht werden.

Das KHVVG steht am 22. November 2024, also morgen in einer Woche, zur Beratung im Bundesrat an. Das KHVVG ist im Bundestag trotz des Scheiterns der Ampelkoalition in der dritten Lesung verabschiedet worden. Es wird noch als Einspruchsgesetz im Bundesrat beraten und wird dann je nachdem, welche Mehrheiten es gibt, möglicherweise in den Vermittlungsausschuss überwiesen oder nicht. Für die Überweisung in den Vermittlungsausschuss sind 35 Stimmen nötig. - Die Länder haben im Bundesrat ja unterschiedlich viele Stimmen: Große Länder haben sechs Stimmen, kleine Länder haben drei Stimmen. - Momentan wird an vielen Ecken und Enden noch verhandelt, wie sich die eine oder andere Landesregierung im Bundesrat positioniert. Wir sind auf dem Weg dazu, unsere Analyse noch zu vervollständigen. Wir haben noch ein paar Tage Zeit. Wir können noch ein paar ganz spezielle Fragestellungen, die uns extrem interessieren, insbesondere was die Wirtschaftlichkeit angeht, noch einmal verfeinern. Das haben wir bis heute leider nicht geschafft. Aber ich habe ja versprochen, heute schon mal zu berichten, soweit das an dieser Stelle möglich ist.

Dann, wenn die Beratung des Gesetzes im Bundesrat mit oder ohne Vermittlungsausschuss abgeschlossen ist, steht natürlich die Rechtsverordnung an, die der Bundesgesundheitsminister dann noch auf den Weg bringen kann. Diese Rechtsverordnung hat aber den Vorteil, dass die

Länder zustimmen müssen. Das heißt, wir haben an dieser Stelle auch noch einmal die Möglichkeit, zu den Rechtsverordnungen darauf hinzuweisen, welche Punkte für die Länder wichtig sind. Ich bin mir mit Herrn Laumann darin einig, dass zum Beispiel das Einsetzen von Fachärzten in nur drei Leistungsgruppen über die Verordnung durchaus noch einmal überdacht werden könnte. Dass man vier oder fünf Leistungsgruppen pro Facharzt nehmen könnte, finde ich durchaus logisch und würde zumindest in der ersten Zeit große Versorgungsproblematiken lösen.

So weit die Unterrichtung durch mich. Wenn Sie noch Fragen haben: Wir haben noch ein bisschen Zeit.

Aussprache

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für diese intensive Unterrichtung zu einer nicht ganz einfachen Materie. An dieser Stelle merkt man, dass es durchaus Vorteile hat, dass Sie auch vom Fach sind und auch die andere Seite ganz gut beurteilen können.

Als Abgeordneter aus einer Region, die von Krankenhausträgern in einem anderen Bundesland mitversorgt wird, habe ich vorab eine Frage, die Sie gleich mit beantworten können: Sind bei der Simulation die Krankenhäuser der angrenzenden Bundesländer mit eingerechnet worden, oder bezieht sie sich nur auf die niedersächsischen Krankenhäuser?

Minister **Dr. Philippi** (MS): Das ist etwas, was auch wir von Anfang an bemängelt haben, als wir den Schlüssel zu dem Tool bekommen haben. Ich habe immer gesagt: Niedersachsen ist ein Land mit neun Außengrenzen zu zwei Stadtstaaten und sieben Ländern. Eigentlich hatten wir uns auf Ministerebene darauf verständigt, dass wir unsere Schlüssel austauschen, um zu untersuchen, was eigentlich in den Randregionen passiert. Um Ihre Frage klar zu beantworten: Diese Simulation bezieht sich leider nur auf Niedersachsen. In Niedersachsen behandeln wir natürlich auch Patienten aus Nordrhein-Westfalen und auch aus Hamburg, von dort allerdings nicht so viele. Das bildet sich natürlich in den Fallzahlen ab. Das hält sich ungefähr die Waage.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Herr Minister, ich hoffe, Sie sind noch so lange hier bei uns im Ausschuss, dass wir zwei Themenblöcke behandeln können. Bis wann werden Sie etwa hier im Ausschuss bleiben?

Minister **Dr. Philippi** (MS): Bis um 11 Uhr.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Steht danach noch jemand seitens des Ministeriums zur Verfügung? Denn 11 Uhr ist es gleich.

Minister **Dr. Philippi** (MS): Ja. Fangen Sie an!

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Erst mal finde ich es gut, dass wir in die geforderte Transparenz noch einsteigen. Ich möchte aber Sie und den Ausschussvorsitzenden fragen: Wir dürfen die Präsentation lesen und abschreiben, aber nicht bekommen. Sie wird als vertraulich deklariert. Das ist aber eine öffentliche Sitzung. Gibt es nicht doch einen Dreh, diese Präsentation - in welcher Form auch immer - dem Protokoll beizufügen? Das wäre ganz gut.

Wann steht die Entscheidung der Landesregierung, und wovon machen Sie es jetzt noch abhängig, ob Sie den Vermittlungsausschuss anrufen wollen oder nicht?

Da es bei dieser Entscheidung am 22. November aus unserer Sicht insbesondere um viel Geld geht: Sie sagen, der Erhalt in der Fläche erscheint möglich, und Sie können auch simulieren, dass die Krankenhäuser dann alle noch da sind. Wichtig ist aber, ob auch die auskömmliche Finanzierung dieser Häuser mit der Vorhaltefinanzierung möglich ist. Können Sie das schon so berechnen, dass Sie auch eine Aussage dazu treffen können, dass sich das dort auch lohnt, oder gibt es dann immer noch das Problem, dass die Kommunen kräftig draufzahlen und die freigemeinnützigen Krankenhäuser nach wie vor nicht auskömmlich finanziert sind?

Ich überspringe jetzt die eine oder andere Frage. - Sie haben selber auch die Regelungen angesprochen, die für den Transformationsfonds noch durch eine Verordnung erforderlich sind. Vor dem Hintergrund dessen, was sich in Berlin zuträgt: Wann rechnen Sie damit? Denn ohne zu wissen, wann diese Verordnungen kommen und greifen, ist ja diese Reform im Grunde genommen obsolet. Das zu wissen wäre ja auch für Sie vor dem 22. November 2024 ganz gut.

Zu der höheren Betriebskostenvergütung in 2026 von 1,5 Milliarden Euro bis 1,6 Milliarden Euro und dann von 8 Milliarden Euro, die für 2027 in Aussicht stehen: Falls die Finanzierung - so verstehe ich das heute - über Krankenversicherungsbeiträge beabsichtigt ist, in welcher Höhe ist 2026 und 2027 vor allem mit Beitragssteigerungen für die Kassenpatienten zu rechnen? Auch das ist ja sicherlich eine Frage, die man sich stellt, bevor man im Bundesrat entscheidet.

Ich habe noch eine Verständnisfrage. Trifft es zu, dass die Kofinanzierung dieses Transformationsfonds seitens des Landes aus bestehenden Landesmitteln und nicht durch zusätzliche Mittel geleistet wird? Ich finde, das geistert in der öffentlichen Darstellung etwas durcheinander.

Diese Fragen wollte ich kurz vorab stellen. Ich hätte noch viele Fragen, aber möchte jetzt noch etwas anknüpfen, bevor Sie aus dem Ausschuss gehen: Überall bzw. auf vielen Fluren wird inzwischen vom sogenannten Härtefallfonds des Landes gesprochen. Darüber wird ersichtlich irgendwo und irgendwie diskutiert, ob das notwendig ist, wie wir dies lange fordern, und ob das jetzt kommt. Die Haltung der Landesregierung gegenüber den Kommunen ist: Die sollen bitte Schulden machen, um die Häuser zu stützen. - Die freigemeinnützigen Häuser trifft das aber nicht. Jetzt höre ich: Es gibt einen solchen Härtefallfonds für sowohl als auch. Dazu würde mich interessieren: Über welches Volumen dafür spricht die Landesregierung zurzeit? Über welchen Zeitraum soll dieser Härtefallfonds greifen? Welche Behörde soll diesen Härtefallfonds verwalten, und wie wird der Härtefallfonds finanziert?

Minister **Dr. Philippi** (MS): Ich versuche, kurz und präzise zu antworten. Ich hätte Ihnen jetzt mehr sagen können, wenn ich vorhin, als während der Unterrichtung mein Telefon geklingelt hat, den Anruf von Herrn Lauterbach angenommen und er mir gesagt hätte, wann er zumindest die erste Verordnung vorhat, was den Transformationsfonds angeht. - Es ist wichtig, noch einmal ganz klar zu sagen: Es ist auch Niedersachsen bzw. dem Ministerpräsidenten Stefan Weil zu verdanken, dass wir Karl Lauterbach in einem sehr intensiven Gespräch klargemacht haben, dass die 3 Milliarden Euro, die Niedersachsen in einem Sondervermögen für die nächsten zehn Jahre angelegt hat, für uns Grundvoraussetzung sind, um den Transformationsfonds gegenzufinanzieren. Das ist auch gelungen, weil im KHVG steht, dass das nicht erst ab dem 1. Januar 2026, sondern ab dem 1. Januar 2024 gilt. Das heißt, die halbe Milliarde, die wir dieses Jahr schon im Planungsausschuss verteilt haben, kann auch schon im positiven Sinne dazu beitragen, diesen Transformationsfonds zu bedienen und die zweieinhalb Milliarden damit gegenzufinanzieren. Das ist also ein echter Gewinn. Es ist für Niedersachsen und auch für die Krankenhäuser auch

völlig klar, dass die Investitionskosten für infrastrukturelle Maßnahmen - Großgeräte usw. - dann auch vom Land bezahlt werden. Das ist wichtig. Deshalb können Sie sicher sein: Der Bundesminister und wir sind wirklich ernsthaft im Gespräch. Ich gehe auch davon aus, dass uns zu der Beratung im Bundesrat am 22. November 2024 möglicherweise schon eine erste Fassung der Rechtsverordnung vorliegen wird. Es ist zumindest zugesagt, dass diese erste Rechtsverordnung bis dahin diskutiert wird. Ansonsten ist der Bundesminister ja auch nach der Auflösung des Bundestages noch im Amt. Für die Rechtsverordnung brauchen wir keine Entscheidung des Bundestages, sondern dann können wir mit Ländermehrheit - dann schlägt sozusagen die Stunde der Länder - zustimmen oder ablehnen und dementsprechend auch noch mit bestimmten Forderungen zu den Rechtsverordnungen verhandeln.

Zu dem Härtefallfonds, den Sie ansprechen: Ich weiß nicht, auf welchen Fluren Sie das gehört haben. Zu mir ist es noch nicht durchgedrungen, wo dieser Härtefallfonds in welcher Art und Weise aufgesetzt werden soll. Sie wissen, dass unsere Haushaltsverhandlungen vor dem Abschluss stehen. Wir werden das ja dann auch noch einmal diskutieren. Aber noch einmal: Zu dem Härtefallfonds, den Sie zum Ausgleich der Betriebskosten aus den Jahren 2022, 2023 und dem halben Jahr 2024 fordern, wäre ohnehin erst mal zu klären, ob ein Land Betriebskosten ausgleichen kann. Sie wissen ja genauso gut wie ich, dass das eine Forderung ist, die sich an den Bund richtet. Ich appelliere an dieser Stelle vielmehr an Sie - ich habe das auch an verschiedenen anderen Stellen schon getan -: Sprechen Sie doch noch einmal mit den Fraktionen in Berlin! Ich habe durchaus gehört, dass es dort in letzter Zeit viel geschmeidigere Gespräche über Dinge gegeben hat, die wichtig sind. Auch Herr Laumann hat in einem seiner letzten Gespräche mit mir noch einmal deutlich gemacht, wie wichtig es ist, Gesundheitspolitik aus einem Guss zu machen und sich auch über Parteigrenzen hinweg zu verständigen. Deshalb vielleicht auch noch einmal an dieser Stelle das Angebot an die Bundesregierung bzw. den Rest der Bundesregierung plus die Opposition, vielleicht doch noch ein Vorschaltgesetz zu initiieren, das mit 1,5 Milliarden Euro im nächsten Jahr genau die Lücke schließen könnte. Manchmal hat man zwar das Gefühl, dass es dort ein bisschen „knorrig“ zugeht. Aber wenn es um solch eine Sache geht, mit der man gemeinsam auch den Menschen etwas Gutes tun könnte, würde man auch ein großes gemeinsames demokratisches Zeichen setzen. Ich habe die Hoffnung noch nicht ganz aufgegeben, dass dann - möglicherweise auch durch Ihr Zutun - auch die niedersächsischen Krankenhäuser profitieren können.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Also kein Härtefallfonds des Landes.

Minister **Dr. Philippi** (MS): Sie haben ja gesagt, Sie hätten das auf irgendwelchen Fluren gehört. Das ist eine Sache, die muss der Ministerpräsident in erster Linie mit dem Finanzminister besprechen. Ich habe das an anderen Stellen gefordert, insbesondere dass das von außen kommt. Wenn so etwas kommen würde und wenn wir eine gute Gegenfinanzierung hätten - und Sie uns beim Aussetzen der Schuldenbremse an dieser Stelle helfen -, bin ich natürlich auch gerne bereit, das Geld mit zu finanzieren.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für diese Unterrichtung. Ich finde es wirklich gut, in welcher Art und Weise wir hier im Ausschuss eingebunden werden. Ich sage das bewusst; denn es ist immer auch ein großes Risiko, zu früh mit einer Information an die Öffentlichkeit zu gehen - diese Sitzung würde ich schon als öffentlich bezeichnen - und damit auch immer gleich bestimmte Reaktionen hervorzurufen. Ich finde es wirklich toll, dass wir als Parlamentarier mit unseren Aufgaben ernst genommen werden und diese Unterrichtung so vollumfänglich erfolgt

ist. - Das wollte ich vorwegschicken. Ich finde es auch nicht selbstverständlich, dass der Minister sich selber die Zeit dafür nimmt, diese Unterrichtung vorzunehmen. Ich finde das auch deshalb gut, weil er in diesem Thema so sehr drin ist. Das merkt man jedes Mal. Das liegt einfach daran, dass Herr Dr. Philippi selber verhandelt und diese ganzen Dinge vorangetrieben hat.

Ich habe eine Frage zu den Fachkrankenhäusern, weil mir das bislang nicht ganz klargeworden ist. Nach meinem Verständnis haben die Fachkliniken einen besonderen Wert, erhalten zu werden. Jetzt habe ich die Ausführungen ein bisschen so verstanden, dass sie auch zu Grundversorgern verändert werden können. Ist das richtig, oder ist das falsch?

Minister **Dr. Philippi** (MS): Erst einmal ist es wichtig, dass die Fachkrankenhäuser nicht wie in der ersten geplanten Fassung des KHVVG sozusagen gezwungen werden, sich mit großen Stationen - zum Beispiel für Innere Medizin und Chirurgie - zu erweitern. Wir haben regeln können, dass die Fachkrankenhäuser die Leistung auch in Kooperationen erbringen können. Das ist ein ganz entscheidender Schritt auch im KHVVG gewesen, auch einer der technischen Schritte, die für uns dazu führen, dass wir das KHVVG an dieser Stelle für machbar halten.

Und ja, wir haben an bestimmten Stellen die Möglichkeit, Fachkrankenhäuser, die dann auch eine bestimmte Vorhaltung haben, in die Grund- und Regelversorgung mit einzubinden. Das ist auch eine Idee. Man muss ja Strukturen, die gut sind und gut gearbeitet haben, nicht aufgrund von irgendwelchen theoretischen Leistungsgruppen oder Leistungserbringern zerschlagen. Im Gegenteil. Das wäre ja Unfug.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Ich schließe mich dem Dank von Frau Schüßler ausdrücklich an. Ich bin wirklich sehr dankbar, dass Sie uns so ausführlich im Ausschuss Rede und Antwort stehen, weil ja wirklich klar ist, dass Sie sich in den letzten anderthalb, zwei Jahren quasi tagtäglich mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. Ich glaube, wir können keinen besseren Experten hier sitzen haben. Also vielen Dank dafür.

Ich habe ein paar inhaltliche Fragen - weniger zu dem „Flurfunk“, sondern mehr zu dem, was Sie uns gerade präsentiert haben. In der Tabelle „Anzahl Standorte, die die LG in den Versorgungsregionen erbringen (TOP 40) nach 5 %-cutoff“ - sind die verschiedenen Leistungsgruppen aufgeführt und ist bei manchen Versorgungsregionen die Zahl 0 aufgeführt. In diesen Versorgungsregionen sind also bestimmte Leistungsgruppen nicht abgedeckt. Aufgefallen ist mir zum Beispiel die Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“. Da wir ja auch immer die Versorgungsregionen in den Blick nehmen, stellt sich die Frage, inwieweit nicht nur die Grundversorgung, sondern auch die Spezialversorgung so weit abgesichert ist, dass sie gut erreichbar ist. Die Analyse war ja nicht so sehr nur auf die Versorgungsregionen bezogen, sondern basiert auf den Fahrzeiten, wenn ich das richtig verstanden habe. Das ist ja auch sinnvoll, weil wir dabei die Patient*innenströme berücksichtigen. Da wir die anliegenden Bundesländer nicht mit einbeziehen können, ist es gut, das bei den Versorgungsregionen selber anders zu handhaben. Das finde ich auch sinnvoll. Ich würde das aber gerne für mich einordnen können.

Ich habe noch eine weitere Frage: Nach Ihren Ausführungen bekommen, wenn ich das richtig notiert habe, die top 20 Kliniken etwa 40 % der Vorhaltevergütung. Große Kliniken sind damit gut abgedeckt. Das ist auch wichtig. Aber wir gehen ja auch in Richtung kleiner Grundversorger wie Regionale Gesundheitszentren mit sektorenübergreifender Versorgung. Dazu interessiert mich, wie sie abgesichert sind und ob die Hybrid-DRGs noch im Raum stehen, sodass wir gerade

auch diese kleinen Häuser und die neuen Modelle der sektorenübergreifenden Versorgung sicherstellen können.

Ich habe noch eine Verständnisfrage zu der Karte mit den weißen Flecken im Osten von Niedersachsen. Sie erwähnten am Beispiel der Inneren Medizin, dass sie trotzdem innerhalb von etwa 30 bis 40 Minuten gut erreichbar sind. Habe ich das richtig verstanden? Ansonsten zieht man diese Kreise ja um die Fahrzeit und nicht um die Klinik.

Abschließend würde ich mir noch ein Statement von Ihnen dazu wünschen, ob das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz einen Vorteil für uns für eine bessere Versorgung bietet. Das ist jetzt die Auswirkungsanalyse. Aber wir können ja mal den Blick darauf lenken, wenn alles so bleiben würde, wie es ist; denn gerade dreht sich ja die Diskussion auch immer um den Bundesrat.

Minister **Dr. Philippi (MS)**: Ich versuche, die Fragen schnell und präzise zu beantworten.

Die weißen Flecken gab es schon vorher und bleiben auch. Dort waren keine Krankenhäuser und gehen keine Krankenhäuser weg. Es ist immer auch die Entscheidung der Menschen, ob sie eine Paranoia haben und immer neben einer Rettungswache wohnen müssen, damit sie jemand retten kann, oder ob sie im ländlichen Raum leben möchten und dann halt auch in Kauf nehmen, dass der Rettungswagen zwölf Minuten braucht. Das ist ja auch eine freie Entscheidung der Menschen, wo sie leben wollen.

Zu der speziellen Frage zur komplexen Gastroenterologie: Was das ist, brauche ich, glaube ich, an dieser Stelle nicht zu erklären. Wir haben 22 komplexe Gastroenterologien; nur in der Versorgungsregion 6 ist momentan keine komplexe Gastroenterologie vorhanden. Das würde dort aber bei dem Zusammenschluss zu einem neuen Maximalversorger sicherlich auch entstehen. Die komplexe Gastroenterologie ist in diesem Fall nicht die normale Gastroenterologie. Der Notfall einer Magenperforation könnte überall behandelt werden, auch in einer nicht komplexen Gastroenterologie. Das ergeben halt gerade die Zahlen; das ist die Analyse. Das beweist aber auch das, was wir wollen: dass es im Endeffekt auch zur Konzentration dieser speziellen Leistungen kommen soll, wo spezielle Behandlungen, die sonst relativ selten durchgeführt werden, dann häufig vorgenommen werden, weil sie dort konzentriert sind.

Meine Lieblingsfrage zu den Hybrid-DRGs, zu den sektorenübergreifenden Ideen und zu den Regionalen Gesundheitszentren - die Idee dazu ist ja in Niedersachsen sozusagen geboren worden -: Wir sind gerade dabei, das sehr genau zu analysieren und zu überlegen, wie wir diese Regionalen Gesundheitszentren weiter bauen und auch weiter finanzieren können. Die RGZ als solche werden ja nicht klassischerweise über Vorhaltekosten, sondern über tagesgleiche Pflegesätze finanziert. Wir überlegen gerade noch sehr, wie wir diese Hybrid-DRGs als solche auch dafür attraktiv machen können, dass auch die niedergelassenen Kollegen davon profitieren können und damit auch die Versorgung besser wird.

Abschließend noch mein Statement zu Ihrer Frage, ob das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz die Situation in Niedersachsen verbessern würde: Ja, nach den Daten, die ich heute habe, würde es die Situation nicht nur verbessern, sondern es macht das, wofür die Politik antritt: Es stellt die Weichen für die Zukunft, für eine bessere Zukunft. In den nächsten zwei, drei Jahren werden Milliarden - nächstes Jahr 1,2 Milliarden Euro - durch das Gesetz in den Markt

hineinkommen. Das entlastet ein bisschen. Ich habe das jetzt nicht erwähnt. Das ist nicht sehr viel Geld, aber es hilft erst einmal.

(Abg. Eike Holsten [CDU]: Zulasten der Beitragszahler!)

- Es ist natürlich immer die Frage, wo es herkommt. Dann reden wir noch über den Transformationsfonds. Aber ja, dieses Gesetz ist zukunftssträchtig. Es ist nicht optimal, aber die nächste Regierung hat ja die Chance, die kleinen Unebenheiten noch auszuwuchten. Ich bin gerne bereit, dabei mitzuwirken.

Ich muss jetzt leider gehen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank, Herr Minister. - Die Frage von Frau Ramdor behandeln wir dann vielleicht im Nachgang oder unter dem Tagesordnungspunkt 2. Wir konnten gerade auch noch klären: Die Präsentation wird in leicht veränderter Form der Niederschrift beigefügt.

Tagesordnungspunkt 2:

Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 13. November 2024

*Mit E-Mail vom heutigen Tage war den Ausschussmitgliedern der Vermerk des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung über die wesentlichen Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses vom 13.11.2024 zugeleitet worden. Er ist dieser Niederschrift als **Anlage 2** beigelegt.*

Unterrichtung

RefL **Dr. Robbers** (MS): Vielen Dank, dass ich kurz über die Ergebnisse der gestrigen Sitzung des Planungsausschusses unterrichten darf. Das ist jetzt ein ziemlich massiver Sprung von der hohen Wissenschaft der Zuteilung von Leistungsgruppen zum Auslaufmodell der Bettenverteilung.

Wir haben den Ausschuss ja gestern schon schriftlich informiert (s. **Anlage 2**). Der erste Teil betraf den Sachstand zur Krankenhausreform. Herr Minister Dr. Philippi hat dazu bereits unter dem TOP 1 den aktuellen Stand vorgetragen, der sich von gestern auf heute nicht verändert hat. Aber durch die vielen Regionalgespräche, die wir führen - am Freitag wird das weitere Regionalgespräch in Braunschweig stattfinden -, ist die Kommunikation mit den Beteiligten im Planungsausschuss ohnehin sehr eng.

Unter dem zweiten Teil hatten wir verschiedene Anträge auf Veränderung der Bettenzahl und Neuzulassung von Fachabteilungen. Das ist regelmäßig in der letzten Sitzung des Planungsausschusses in einem Jahr so. Es sind sehr viele Punkte. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würde ich meine Unterrichtung auf vier wesentliche Punkte konzentrieren. Wenn Sie zu einzelnen Punkten noch Fragen haben, dann beantworte ich sie gerne. Wenn ich jetzt Krankenhaus für Krankenhaus vorgehen würde, wäre das sehr zeitintensiv. Wenn Sie aber Fragen zu einzelnen Krankenhäusern haben, dann beantworte ich sie gerne im Nachgang.

Das Erste, was zur Fortschreibung des Krankenhausplans einvernehmlich beschlossen wurde, war auch gestern Gegenstand der Presseinformation des Sozialministeriums. Wir haben beschlossen, die bedarfsnotwendigen Kapazitäten vom Klinikum KRH Nordstadt an das Klinikum Siloah zu verlagern. Das KRH hat gerade auch mit Blick auf die Krankenhausreform den Antrag gestellt, das Krankenhaus Siloah zu einem Maximalversorger mit dann über 800 Betten zu entwickeln. Insgesamt werden aber auch deutlich Betten abgebaut, nämlich die Betten, die in der Vergangenheit im Klinikum Nordstadt waren, aber nicht betrieben wurden. Über die Gesamtverlagerung der somatischen Kapazitäten an das Krankenhaus Siloah ist ein Einvernehmen erzielt worden. Zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Ersatzneubaus am Krankenhaus Siloah - dort muss ja ein weiterer Bettenflügel gebaut werden - würde das Krankenhaus Nordstadt aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Das ist allerdings ein Projekt auf mittlere bis lange Sicht. Wir gehen jetzt auf der Grundlage dieser Planbettenverteilung gemeinsam mit dem Träger in die Bauplanung. Das wird dann im nächsten Jahr im Planungsausschuss beraten werden. Dabei geht es auch Volumina und bauliche Möglichkeiten. Dann muss das baufachlich geprüft werden. Die Erweiterung des Krankenhauses Siloah erfolgt, wie gesagt, auf lange Sicht. Das ist keine Baumaßnahme, die im nächsten Jahr beginnen wird.

Weil es hier im Ausschuss immer mal wieder kurz angesprochen worden ist, habe ich mir als zweites Thema für Sie notiert, dass das Krankenhaus Varel jetzt auch die chirurgische Abteilung schließen wird. Die internistische Abteilung wurde ja zurückgegeben. Jetzt geht auch die Chirurgie im bedarfsgerechten Umfang an das Krankenhaus Sanderbusch, sodass in Varel nunmehr ein Fachkrankenhaus für Gynäkologie, Geburtshilfe und vor allen Dingen für ambulante Operationen in den weiteren Fachgebieten entstehen wird. Auch darüber wurde ein Einvernehmen erzielt.

Der dritte Punkt, der auch ein bisschen mehr Außenwirkung hat, als Bettenkapazitäten anzupassen, ist das Elisabeth-Krankenhaus Thuine, das ehemals dem Niels-Stensen-Verband zugehörig war. Das Krankenhaus in Thuine befindet sich in einem Regelinsolvenzverfahren. Es ist ungefähr 13 km nördlich vom Krankenhaus in Lingen gelegen. Der Insolvenzverwalter hat einen Antrag an das Land gerichtet, dass er das insolvente Krankenhaus Thuine, das damals ein Krankenhaus mit Grund- und Regelversorgung und einem gewissen Schwerpunkt im Bereich der Orthopädie und Geriatrie war, in eine reine Fachklinik für Orthopädie und Geriatrie mit rund 90 Betten umwandeln möchte. Er sucht dafür einen Träger, der dann dieses Fachklinikkonzept entsprechend umsetzen soll. Der Planungsausschuss hat einvernehmlich erklärt, dass er dieses Konzept für nicht tragfähig hält. Das werden wir dem Insolvenzverwalter auch so mitteilen.

Ein Thema, das auch sehr intensiv diskutiert wurde und das wir auch schon hier im Ausschuss erörtert haben, ist das Regionale Gesundheitszentrum in Holzminden. In Holzminden ist ja das damalige Krankenhaus AGAPLESION im Dezember letzten Jahres in Insolvenz gegangen und hat zum Ende letzten Jahres den Betrieb eingestellt. Seitdem findet dort keine Krankenhausversorgung mehr statt. Mittlerweile haben sich die Patientenströme deutlich verteilt, insbesondere nach Hörter auf der anderen Seite der Weser. Es gibt jetzt einen Interessenten, der in Holzminden ein Regionales Gesundheitszentrum in diesem kernsanierten Krankenhaus etablieren möchte. Dieses Gebäude ist ja innen wie neu. Wenn man dort hindurchgeht, ist es schon ein Stück weit traurig, dass dort jetzt kein Krankenhausbetrieb mehr stattfindet. Der Interessent möchte dort ein Regionales Gesundheitszentrum mit 18 Betten Innere Medizin und 2 Betten Chirurgie betreiben, also so ähnlich analog wie in Ankum und Bad Gandersheim. Er möchte in diesem RGZ leichtere Fälle zusammen mit den ortsansässigen Medizinischen Versorgungszentren und dann auch mit den Pflegeeinrichtungen behandeln, die dann ja auch im Krankenhaus mit betrieben werden. Das Ministerium hat vorgeschlagen, zu diesem Antrag positiv zu votieren. Darüber konnten wir gestern im Planungsausschuss noch kein Einvernehmen erzielen. Zwischen allen Beteiligten des Planungsausschusses wurde verabredet, dass wir hier kurzfristig noch einmal mit den unmittelbar Beteiligten in Kontakt treten, noch einmal die Zahlen-, Daten- und Faktenlage austauschen und auf jeden Fall noch in 2024 - das war Herrn Minister Dr. Philippi besonders wichtig - hier zu einer rechtskräftigen Entscheidung kommen und nicht auf den nächsten Planungsausschuss warten. Dieses Thema wollen wir also noch bis Ende Dezember klären.

Das waren die wesentlichen Punkte, die ich mir zum Thema Bettenfortschreibung notiert habe.

Zu dem letzten Punkt - Geburtshilfe - berichte ich auch etwas allgemeiner. Die AOK hatte ja in der vorletzten Sitzung des Planungsausschusses angeraten, dass wir uns mal grundsätzlich mit dem Thema Geburtshilfe in Niedersachsen beschäftigen. Das hat im Planungsausschuss ein großes Einvernehmen erzielt. Die AOK und wir haben gemeinsam Zahlen, Daten, Fakten ausgewertet und abgeglichen. Es war aber jetzt auch in Anbetracht der intensivsten Beratungen zum

KHVVG, täglich ändernd, leider nicht möglich, diese Analysen in der Detailtiefe in der Arbeitsgruppe des Planungsausschusses, insbesondere mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den kommunalen Spitzenverbänden, auszutauschen. Dazu fehlte im Moment die Zeit, weil wir gerade mit dem Thema Leistungsgruppen sehr stark beschäftigt sind. Langer Rede kurzer Sinn: Der Planungsausschuss hat dann das Einvernehmen erzielt, dass sich Anfang des nächsten Jahres die Arbeitsgruppe Planungsausschuss en détail mit dem Thema Geburtshilfe beschäftigt.

Von meiner Warte aus, kurz gesagt, die wesentlichen Ergebnisse - diese kennt man natürlich schon ein Stück weit aus den Erfahrungen -: Mit den jetzigen Standorten, wo noch Geburtshilfe betrieben wird, kommen wir schon an eine kritische Untergrenze. Wir sollten also deutlich Wert darauf legen, dass das, was noch an Geburtshilfe betrieben wird, zwingend auch zukünftig erhalten bleibt. Das ist ein Ergebnis, das die Analyse sehr klar ergibt. Es wird auch unsere Zielrichtung sein, dass wir das, was noch an geburtshilflicher Versorgung in Niedersachsen stattfindet, nach allen Kräften erhalten, weil wir wirklich auf eine absolut kritische Untergrenze gehen.

Das waren die wesentlichen Punkte aus der Sitzung des Planungsausschusses. Ich stehe gerne für Fragen zur Verfügung.

Aussprache

Abg. **Delia Klages** (AfD): In dem Vermerk über die wesentlichen Ergebnisse der gestrigen Sitzung des Planungsausschusses ist mir aufgefallen, dass mehrere Anträge für Erweiterungsbetten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie abgelehnt worden sind. Ich bitte Sie, das näher zu erläutern.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Das mache ich gerne. Es gab drei Anträge zum Themenkomplex Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zwei Kliniken haben eine Aufstockung der Kapazitäten bei uns beantragt, nämlich das AMEOS Klinikum Hildesheim und die KRH Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wunstorf. Es gab einen dritten Antrag, nämlich der Burghof-Klinik Rinteln - die ja bislang nur Erwachsene mit psychischen Erkrankungen behandelt -, auf Neuzulassung einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem besonderen Schwerpunkt der Behandlung von Schreikindern. Diese drei Anträge haben wir bereits im letzten Jahr sehr kontrovers beraten. Das sind keine neuen Anträge. Wir sind zu der Entscheidung gekommen, alle drei Anträge abzulehnen, die ohnehin untereinander in Konkurrenz stehen. Man müsste ein Auswahlverfahren durchführen; denn die KJP ist kein Gegenstand einer wohnortnahen Versorgung, sondern hat ja ein größeres Einzugsgebiet. Wir waren einvernehmlich - dazu gab es im Planungsausschuss keine Gegenstimme - der Meinung, dass es sachgerecht ist, diese Anträge abzulehnen, weil keine der bestehenden Kinder- und Jugendpsychiatrien derzeit die Sollauslastung von 90 % überschreitet. Statistisch gesehen gibt es also keinen unterversorgten Bedarf. Insofern ist der Antrag abzulehnen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Kurz vorweg möchte ich die Frage stellen: Haben wir nicht früher die Ergebnisse der Sitzungen des Planungsausschusses seitens des Ministeriums direkt zugeschickt bekommen und nicht über den Umweg des Landtages? Wir warten an diesem Tag ja immer sehr auf die Ergebnisse. Ich bin von einigen Kollegen im Land angeschrieben worden, wann ich das denn bekomme. Dann gab es nur die Pressemitteilung. Wir

selber waren gegen Abend nicht informiert, sondern haben die Informationen erst heute Morgen bekommen. Insofern stellt sich die Frage, ob es technisch möglich ist, eine Weiterleitung an den Ausschuss einzurichten, wenn die Ergebnisse vorliegen. Das ist sicherlich unproblematisch.

Sie haben das Elisabeth-Krankenhaus in Thuine und das abschlägige Votum des Planungsausschusses angesprochen, diese Konzeption sei nicht tragfähig. Was genau wird dem Insolvenzverwalter jetzt mitgeteilt, und was hat man im Planungsausschuss über die Zukunft des Hauses besprochen? Ist man übereingekommen, dass dieses Haus jetzt in die Abwicklung geht und man denen das mitteilt, oder welche Perspektiven sind dort aufgezeigt worden? Darauf warten die Menschen vor Ort ja sehr dringlich, und zwar nicht nur vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern natürlich auch diejenigen, die von dieser Klinik versorgt werden. Das ist ja wahrscheinlich nur ein erstes Schlaglicht auf das, was uns jetzt zunehmend im Zuge der eben besprochenen Reformen blühen kann. Wie dann seitens des Planungsausschusses mit denen umgegangen wird, die als Insolvenzverwalter bei Ihnen vorstellig werden, ist vielleicht spiegelbildlich für das, wie es sich so entwickelt. Deswegen interessiert mich, wie Sie tatsächlich jetzt auf den Insolvenzverwalter zugehen.

Zum Klinikum Siloah Hannover habe ich jüngst eine kleine Anfrage an das Ministerium bzw. an die Landesregierung zu der Presseberichterstattung über diese Häuser gerichtet. Darin wird noch verneint, dass man dort sozusagen zum Maximalversorger aufrückt. Die Pressemitteilung, die wir gestern bekommen haben, zeugt jedoch von etwas anderem. Sind die kleine Anfrage und die Pressemitteilung von gestern in Einklang zu bringen, oder lese nur ich Widersprüche daraus?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Zu der Verfahrensfrage: Ich kenne es nicht anders, als dass wir sofort nach der Sitzung des Planungsausschusses die Unterrichtung schreiben und das dann über das Ministerbüro dem Ausschuss zur Verfügung gestellt wird. Ich werde mit dem Ministerbüro im Nachgang klären, welche Verfahrensschritte unter Umständen noch unternommen werden können, um das Verfahren zu verändern bzw. zu beschleunigen. Wir haben natürlich ein sehr hohes Interesse daran, dass Sie möglichst schnell die Informationen bekommen. Aber das sind Verfahrensfragen, die ich noch intern klären muss. Dafür bitte ich um Verständnis.

Ihre zweite Frage bezog sich auf das Krankenhaus in Thuine. Ich gehe hierbei noch einmal einen Schritt zurück, weil es in der momentanen Situation ein bisschen diffizil ist. Das Krankenhaus in Thuine ist im Moment kein eigener Träger, sondern wird durch einen Insolvenzverwalter im Rahmen einer Regelinsolvenz verwaltet. Das ist ein wichtiger Unterschied. Der Insolvenzverwalter hat gesagt: Ich habe verschiedene Modelle gerechnet, und das Modell, mit dem ich dieses Krankenhaus rechnerisch möglicherweise in Zukunft betreiben kann, ist ein Fachkrankenhaus für Geriatrie und Orthopädie. In diesem Kontext wurde uns nicht mitgeteilt, ob er für dieses Fachklinikkonzept einen Betreiber hat, der das dann tatsächlich auch umsetzen will und der damit auch ins wirtschaftliche Risiko gehen will. Wir werden nach dieser Unterrichtung, in der die Informationen hier zuerst vorgelegt haben, dem Insolvenzverwalter mitteilen, dass das vorgelegte Konzept im Planungsausschuss kein Einvernehmen dahin gehend erzielt hat, dass es als tragfähig anzusehen ist. Wie es dann weitergeht, ist Aufgabe des Insolvenzverwalters. Der Insolvenzverwalter hat im Prinzip, grob gesprochen, drei Möglichkeiten. Erstens: Er führt dieses Krankenhaus unter bestehender Trägerschaft mit dem bestehenden Leistungsangebot weiter. Das ist aber relativ unwahrscheinlich, weil es ja in die Insolvenz geführt hat. Zweitens: Er sucht nach einem neuen Träger mit einem neuen medizinischen Konzept, das tragfähiger ist als das, was uns vor-

gelegt wurde. Drittens: Das Krankenhaus wird im Rahmen des Regelinsolvenzverfahrens geschlossen, weil es weder einen Träger gibt, noch die bestehende Angebotsstruktur ausreichend ist, um genügend Erlöse zu erzielen.

Zu Ihrer dritten Frage in Bezug auf das Klinikum Siloah Hannover muss auch zurückfragen, weil ich die hannoversche Presse nicht immer so ganz genau lese: Ich kann mich sehr gut an Ihre Kleine Anfrage erinnern, und ich kann mich auch sehr gut daran erinnern, dass im Vorfeld gesagt wurde, es gab ein Interview und einen Beitrag in der *HAZ*, dass in Hannover weitere Maximalversorger entstehen sollen. Ich hatte mir gemerkt - dabei mag ich aber vielleicht nicht ganz richtig liegen -, dass das Thema Maximalversorger im Kontext DIAKOVERE, Zusammenlegung Friederikenstift und Henriettenstift stand. Darauf bezog sich meines Erachtens der Zeitungsartikel. Wir haben keinen offiziellen Antrag der DIAKOVERE zur Zusammenlegung des Friederikenstifts und des Henriettenstifts in einem Neubau; denn an der Marienstraße kann man nicht bauen, das kann ich mir jedenfalls nicht vorstellen. Ich weiß auch, dass es bei der DIAKOVERE in der Geschäftsführung auch einen Wechsel in der Leitungsebene gegeben hat, was ja nach meiner 20-jährigen Erfahrung häufig dazu führt, dass bisherige Konzepte noch einmal einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Von DIAKOVERE haben wir keinen Antrag auf Maximalversorger, aber auch nichts, was in irgendeiner Form im Planungsausschuss beratungsfähig ist. Wir haben aber den Antrag für das Klinikum Siloah. Diesen Antrag haben wir, wie dargelegt, dem Grunde nach positiv beschieden, dass diese Betten dann verlagert werden, wenn der Neubau oder der Anbau am Klinikum Siloah entstanden ist.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Ich habe eine Nachfrage zu den drei Ablehnungen bei den Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. -psychotherapien. Sie haben ausgeführt, dass die Auslastung nur 90 % beträgt. Wir wissen aber, dass es vor Ort in den meisten Fällen sehr lange Wartezeiten gibt und dies große Schwierigkeiten bedeutet. Vor allem auch durch die Legalisierung des Cannabis-Konsums bräuchten wir in diesem psychiatrischen Bereich vor allem bei den Jugendlichen sicherlich noch mehr Plätze, weil da noch einiges auf uns zukommt. Daher würde mich interessieren, wie es dazu kommt, dass diese Kliniken nicht ausgelastet sind - Sie sind ja sicherlich mit den Kliniken im Gespräch -, obwohl es in anderen Bereichen lange Wartelisten gibt, vor allem im ambulanten Bereich. Sie sprachen auch an, dass es nicht das erste Mal ist, dass sie die Planbettenzahl erhöhen wollen. Mich würde der Stand der Diskussion aus der Sicht des Ministeriums und aus der Sicht der Kliniken interessieren; denn aus meiner Sicht driftet das etwas auseinander auch im Hinblick auf die langen Wartezeiten für die Bevölkerung.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Das Thema KJP gerade in der Region ist sehr diffizil. Ich sagte ja eingangs, dieses Thema beraten wir bereits seit mindestens einem Jahr, wenn nicht sogar schon länger. Als Ministerium sind wir natürlich in erster Linie darauf bedacht, Entscheidungen zu treffen, die zum einen nachvollziehbar sind und zum anderen auch einer gerichtlichen Prüfung standhalten. Mit dem Ausbau der Versorgung sind das ja drei wesentliche Themen. Jedem Bescheid, den wir an einen Krankenhausträger versenden, schließt sich häufig genug auch eine verwaltungsrechtliche Überprüfung an. Das heißt, das Korsett, in dem wir uns krankenhaushausplanerisch bewegen, ist im Rahmen der Bettenplanung - das wird sich bei den Leistungsgruppen in Zukunft grundlegend ändern - sehr eng.

Wir haben in beiden Kliniken in Hildesheim und in Wunstorf derzeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Belegung von knapp unter 90 % und eben nicht darüber. Ich kenne es jetzt im

20. Jahr, dass im Planungsausschuss eine Bettenerhöhung in den Psychiatrien erst dann beschieden werden kann, wenn die Bettenauslastung über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren über 90 % liegt. Darüber liegt sie in den beiden Kliniken nicht. Von daher können und müssen wir diese Anträge rechtskräftig ablehnen. Würden wir beispielsweise nur einer der beiden Kliniken, die schon eine Kinder- und Jugendpsychiatrie betreiben, mehr Betten zuteilen und der anderen nicht, dann würde das sofort verwaltungsrechtlich überprüft werden. Bei beiden Kliniken liegt die Auslastung um die 88 oder 89 %; nageln Sie mich jetzt bitte aber nicht auf ein Prozent fest. Insofern kann ich nicht der einen Klinik etwas zuteilen und der anderen nicht, weil das sofort richtigerweise verwaltungsrechtlich überprüft würde. Von daher sind diese beiden Anträge abzulehnen, um auch hier rechtlich korrekt und konsequent vorzugehen.

Das Konzept der Burghof-Klinik Rinteln mit einer neuen Kleinsteinheit für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die dort neu eröffnet werden soll, hat im Planungsausschuss kein Einvernehmen gefunden, weil der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie - das führt mich zu der Beantwortung des zweiten Teils Ihrer Frage - noch deutlich mehr vom Fachkräftemangel betroffen ist als die anderen Gebiete. Ich werde jetzt nach der Entscheidung bzw. Beratung im Planungsausschuss - entscheiden wird ja das Kabinett - natürlich sofort mit Wunstorf und AMEOS Hildesheim Kontakt aufnehmen, warum die Auslastung jetzt nicht deutlich über 90 % liegt. In der Regel hat das zwei Gründe: Erstens sind die Räume nicht vorhanden. Das kann ich mir aber bei diesen beiden Einrichtungen nicht vorstellen, weil wir zumindest Wunstorf kernsaniert und neu gebaut haben. Zweitens stellt sich immer das Thema Fachkräftemangel, sodass eine Vollausslastung nicht möglich ist, weil ja durch die PPP-RL die Mindestpersonalausstattung sehr deutlich nachkontrolliert wird. Man kann nur dann neue Kinder zur Behandlung in die Klinik hineinlassen, wenn man nachweist, dass genügend Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung stehen.

Richtig ist, dass wir einen immensen Bedarf im Bereich KJP haben. Erstaunlicherweise schlägt er sich in den beiden Einrichtungen so nicht in den Auslastungszahlen nieder. Das mag durch die neuen Gesetze, die beschlossen worden sind, auch steigen.

Das Thema Wartelisten wird durchaus kontrovers diskutiert; denn es gibt durchaus Patientinnen und Patienten, die auf mehreren Wartelisten stehen. Dann muss man halt immer sehen, wie lang die Warteliste wirklich ist, wenn ein Kind auf mehreren Wartelisten steht. Das Thema Warteliste ist bekannt - ich kenne es auch aus anderen Gründen sehr gut -, aber es ist nicht entscheidungsleitend für Verwaltungsakte des Sozialministeriums.

Gleichwohl gehen wir davon aus, dass wir in Zukunft einen deutlichen Mehrbedarf im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie haben werden. Das wird auch weiterhin einer der Schwerpunkte sein - nicht nur Leistungsgruppen, sondern gerade die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In diesen Fällen Hildesheim, Wunstorf und Rinteln gab es im Planungsausschuss aber ein Einvernehmen. Alle haben also zugestimmt. Es wird für uns in der Folge mit Sicherheit Anfang nächsten Jahres eine Aufgabe sein, uns für die Regionen das Thema KJP noch einmal genau mit den Trägern anzusehen.

Abg. Laura Hopmann (CDU): Sie sind auch auf die Situation der geburtshilflichen Versorgung eingegangen. Dazu steht ja auch etwas in dem Vermerk über die wesentlichen Ergebnisse des gestrigen Sitzung des Planungsausschusses. Sie haben selber gesagt, dass die kritische Untergrenze erreicht ist. Wenn selbst das Ministerium das so formuliert, formulieren andere Betroffene das wahrscheinlich noch ein wenig schärfer. Können Sie sagen, wann konkret im Jahr

2025 die Beratung der Analyse stattfinden soll? Ich bitte auch darum, den Ausschuss dann zeitnah darüber zu unterrichten. Ich hätte Herrn Minister Dr. Philipp unter TOP 1 gerne auch noch gefragt, welche Auswirkungen das KHVVG auf bereits geschlossene Stationen hat und wie er sich die Zuweisung von Leistungsgruppen vorstellt, wenn in manchen Bereichen schon eine solche kritische Untergrenze erreicht ist. Dieser Teil der Frage richtet sich natürlich nicht an Sie. Aber wann soll dann konkret beraten werden, wenn die Situation schon so kritisch ist, und können wir das dann auch hier im Ausschuss auf die Tagesordnung nehmen?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Es bestand Einvernehmen, dass die Formulierung, dass wir mit den Standorten der Geburtshilfe in Niedersachsen, was eine gut erreichbare Versorgung angeht, eine kritische Untergrenze erreichen, den Sachverhalt sehr zutreffend beschreibt. Ich glaube auch nicht, dass andere Beteiligte im Planungsausschuss das noch deutlich schärfer formulieren würden. Mit den 56 Einrichtungen ist zwar nach wie vor eine gut erreichbare Versorgung gewährleistet; es sollten aber jetzt nicht noch im großen Umfang Einrichtungen außer Betrieb gehen. In der Vergangenheit wurden diese Einrichtungen ja nie durch das Land geschlossen. Entweder haben die Träger gesagt, dass die Erlöse zu niedrig sind. Das spielte aber in der Vergangenheit kaum eine Rolle. Bei den letzten beiden Schließungen von Geburtshilfen in Herzberg - dort gab es 300 Geburten - und in Göttingen-Weende wurde schlicht darauf hingewiesen, dass sie keine Ärztinnen und Ärzte mehr haben. Bevor sonst schlechte Qualität in diesem qualitätsmäßig hochsensiblen Bereich angeboten wird, fiel die Wahl dann auf die Schließung, zumal es im Umfeld noch Alternativen für die werdenden Mütter gibt. Von daher hatten wir dabei auch nur begrenzt Einflussmöglichkeiten. Von der Klinik in Herzberg weiß ich, dass Herr Minister Dr. Philippi dort auch als Oberarzt tätig war und dass er dort wirklich alles versucht hat, um in seinem Heimatkrankenhaus die Geburtshilfe zu erhalten. Das funktioniert aber im Moment in Anbetracht der Fachkräftesituation nicht.

Für die Beratungen gibt es noch keinen Termin in der Arbeitsgruppe Planungsausschuss. Die Analysen, die wir gemacht haben, sind schon sehr fortgeschritten. Ich brauche jetzt also kein halbes Jahr mehr, um irgendetwas auszuwerten. Im Prinzip liegen schon alle Zahlen, Daten und Fakten vor. Es steht aber noch aus, dass wir die Daten, die wir haben, gemeinsam nicht nur mit der GKV, sondern insbesondere mit der Krankenhausgesellschaft und den kommunalen Spitzenverbänden dann auch gemeinsam beraten. Das ist zentral wichtig, weil wir nur durch diese gemeinsame Beratung auch zu einem gemeinsamen Ergebnis kommen, weil die Kommunen ja in der Regel auch den Sicherstellungsauftrag haben. Von daher ist es uns ein besonderes Anliegen, dass gerade die kommunalen Spitzenverbände sehr aktiv in diesen Prozess eingebunden werden.

Das KHVVG kenne ich auch, aber ich kann Ihnen nur noch nicht sagen, wie sich dieses Gesetz konkret auf die Geburtshilfe auswirkt. Herr Minister Dr. Philippi hat ja auch schon darauf hingewiesen, dass wir sehr genau hinschauen, dass die Qualitätsanforderungen aus dem NRW-Katalog nicht falsch zu hoch sind. Herr Minister Dr. Philippi erwähnte die Qualitätsvorgaben im Bereich der Kinderchirurgie, die ja dazu geführt hätten, dass fünf von sechs ausscheiden. Wir hatten auch schon mal thematisiert, dass die Qualitätsanforderungen im NRW-Katalog für die Neurologische Frührehabilitation viel zu hoch sind. Auch da wird es Änderungen geben. Für den Bereich der Geburtshilfe werden wir uns das auch noch einmal genau ansehen. Aber das Thema Zuweisung von Leistungsgruppen konkret auch bescheidmäßig für die Geburtshilfe wird intern frühestens Ende nächsten Jahres beraten werden, weil wir ja auch noch auf die entsprechende

Verordnung warten. Es ist natürlich auch sehr spannend - Herr Holsten hat das unter dem TOP 1 angesprochen -, wie jetzt solch ein Verfahren auf der Bundesebene läuft. Dafür bin ich kein Experte. Aber wir brauchen halt, um so etwas dann auch für Sie valide dokumentieren und prognostizieren zu können, eine Rechtsverordnung, die die Kriterien der Leistungsgruppenzuteilung beschreibt. Insofern sind wir da im Moment durch die bundespolitischen Entwicklungen ein bisschen im leeren Raum, was die konkrete Planung angeht. Das wird sich aber, denke ich, zeitnah ändern. Den Termin für die Arbeitsgruppe Planungsausschuss im Frühjahr - Februar, März - halte ich für absolut realistisch. Dann wird man dort auch schnell zu Ergebnissen kommen.

In welcher Art und Weise und wie schnell wir den Ausschuss dann unterrichten, kläre ich dann natürlich sofort mit dem Ministerbüro. Zur Leistungsgruppenzuordnung und zu Auswirkungen auf die Geburtshilfe würde ich persönlich nach den bisherigen Beratungen davon ausgehen, dass wir frühestens im Herbst nächsten Jahres erste Prognosen dazu abgeben können, wie sich das möglicherweise auf die Geburtshilfe konkret auswirken wird.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung und die Beantwortung der Fragen. Dadurch hat sich schon ein Großteil meiner Fragen erledigt. Insbesondere zur Kinder- und Jugendpsychiatrie hätte auch ich Nachfragen gehabt. Sie haben dazu schon umfangreich Stellung genommen. Ich weiß jetzt nicht, ob das, was Frau Hopmann gesagt hat, als Antrag auf Unterrichtung zu verstehen ist. Auch wir haben den Wunsch, das zu erfahren. Das Verfahren muss dann geklärt werden. Ich denke, das macht Sinn, wenn man weiß, wie die Entscheidung am 22. November 2024 ausgefallen ist und wenn man dann die Auswirkungen noch ein bisschen besser geprüft hat. Ich glaube auch, dass dies Sinn machen würde, bevor der Planungsausschuss das nächste Mal tagt, weil ich auch unser Votum als Parlamentarier für den Planungsausschuss, wie wir die Situation einschätzen, ganz spannend fände.

Wir haben ja auch schon besprochen, dass für die Übersendung der Ergebnisse der Sitzungen des Planungsausschusses nach einer technischen Lösung gesucht wird. Ich habe mich gestern gezwungenermaßen relativ viel mit diesem Thema beschäftigen müssen, weil in der Tat viele Kolleginnen und Kollegen bei uns nach den Ergebnissen anfragen. Die Übersendung am selben Tag direkt nach der Sitzung des Planungsausschusses wäre wirklich hilfreich. Ich habe noch einmal nachgesehen: Wir hatten uns hier im Ausschuss darauf verständigt, dass die Ergebnisse unverzüglich übersendet werden sollen. Für uns wäre das tatsächlich hilfreich. Denn das kann man nicht abstellen. Jeder in einem Wahlkreis, der weiß, dass eine Entscheidung ansteht, fragt eben nach.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Ich habe nur eine kurze Nachfrage zu der Versorgungsregion 2 zur Ausbildungsstätte für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten. Das ist ja in dieser Versorgungsregion bislang nicht so stark vorgesehen. Wir hatten ja vorher nur Salzgitter und Göttingen. Von daher ist es sehr begrüßenswert, dass es dafür neue Plätze gibt. Mich würde interessieren, wie viele Plätze das tatsächlich umfasst.

Frau **Bauersfeld** (MS): Es sind jeweils 25 Plätze für Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten sowie Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Ich habe keine Frage, sondern möchte mich für die ausführliche Unterrichtung bedanken und auch dafür, dass ich durchaus den Eindruck gewinnen konnte,

wie differenziert das Ministerium auch das Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Blick nimmt. Es sind eben nicht nur einfach die Zahlen, die wir bekommen, sondern Sie haben auch aufgezeigt, was dahintersteht und wie sensibel Sie damit umgehen, gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel und dessen Auswirkungen. Auch wenn es jetzt erst einmal den Anschein hat, dass da etwas nicht gegeben wird, finde ich es gut und auch sehr beruhigend, dass langfristig strategisch daran gearbeitet wird, diese Versorgung zu verbessern.

Im Übrigen schließe ich mich den Ausführungen von Frau Schüßler komplett an. Ich freue mich auch darüber, dass Sie uns weiterhin so gut auf dem Laufenden halten.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung.

* * *

Tagesordnungspunkt 3:

Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5319](#)

erste Beratung: 47. Plenarsitzung am 25.09.2024

federführend: AfHuF

mitberatend: AfRuV, AfluS, KultA, AfWuK, AfWVBuD, AfSAGuG, AfUEuK

Mitberatung der Artikel 6 bis 9

Beratungsgrundlage: Vorlage 9

MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD) trägt zu den im Zuständigkeitsbereich des Ausschusses liegenden **Artikeln 6 bis 9** des Gesetzentwurfs die mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung sowie mit dem Finanzministerium abgestimmten Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes vor und erläutert diese im Sinne der Anmerkungen in der **Vorlage 9**. Darauf wird verwiesen.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) erklärt, dass sich die Fraktion der Grünen den Formulierungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sowie den von MS und MF vorgeschlagenen Änderungen zu **Artikel 7 Nr. 2 Buchst. a)**, die auch der GBD für sinnvoll erachte, anschließe.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD) spricht sich ebenfalls dafür aus, die Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu übernehmen. Die Abgeordnete begrüßt insbesondere die Formulierungsvorschläge zu Artikel 7 Nr. 2 Buchst. a), mit denen mehr Transparenz und durch die Einfügung eines Enddatums auch größere Rechtssicherheit geschaffen würden. Sie gibt abschließend ihrer Hoffnung Ausdruck, dass die Notwendigkeit zur Bildung des Sondervermögens zur Förderung von Krankenhäusern und des Aufbaus von regionalen Gesundheitszentren von allen politisch Verantwortlichen erkannt werde, um große Klarheit für die Zukunft zu schaffen, dass in diesem Bereich investiert werden könne.

Zu Artikel 7 **Nr. 4** betreffend § 6 „Bewirtschaftung“ wirft Abg. Claudia Schübler (SPD) die Frage auf, was dagegen spreche, in **Absatz 1** des Gesetzentwurfs den **Satz 1** „Ausgaben für Maßnahmen nach § 2 dürfen bis zur Höhe des verfügbaren Bestandes geleistet werden“ beizubehalten. - MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD) erläutert, im geltenden Recht sei geregelt, dass Ausgaben für Maßnahmen nach § 2 nur geleistet und entsprechende Verpflichtungen nur eingegangen werden dürften, soweit jeweils Ermächtigungen im betreffenden Kapitel des Haushaltsplans ausgewiesen seien. Das Fachministerium und der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst stimmten darin überein, dass es besser sei, an dieser Regelung festzuhalten, weil die Übernahme nur des Satzes 1 des Entwurfs zur Erreichung des Gewollten nicht erforderlich sei - was für sich genommen schon gegen eine Änderung des geltenden Rechts spreche - und überdies eine redaktionelle Anpassung der geltenden Fassung erforderlich machen würde.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) verweist auf die kontroverse Diskussion darüber, ob es richtig sei, die Mittel für Krankenhausinvestitionen aus dem Landeshaushalt in das Sondervermögen zu verlagern, und kündigt an, dass sich die Ausschussmitglieder der CDU-Fraktion bei der Abstimmung im Ausschuss der Stimme enthalten würden.

Beschluss

Der - mitberatende - **Ausschuss** empfiehlt dem - federführenden - Ausschuss für Haushalt und Finanzen, dem Landtag die Annahme der Artikel 6 bis 9 mit den aus der Vorlage 9 ersichtlichen und den in der Sitzung besprochenen Änderungen zu empfehlen.

Zustimmung: SPD, GRÜNE

Ablehnung: -

Enthaltung: CDU, AfD

Tagesordnungspunkt 4:

Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4569](#)

direkt überwiesen am 12.06.2024

AfSAGuG

Der **Ausschuss** setzt diesen Punkt, der versehentlich auf die Tagesordnung gesetzt worden war, von der Tagesordnung ab.

Tagesordnungspunkt 5:

Kinderschutz neu denken - Sicherheit für unsere Kleinsten an erste Stelle setzen

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/5647](#)

erste Beratung: 51. Plenarsitzung am 07.11.2024

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfluS

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

Verfahrensfragen

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU) bittet zu dem Antrag um eine Unterrichtung durch die Landesregierung.

Abg. **Marten Gäde** (SPD) regt an, zu den Punkten des Antrages, die im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Inneres und Sport liegen, auch eine Stellungnahme dieses Ministeriums einzuholen.

Weiteres Verfahren

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

TOP 1

Unterrichtung des Ministers Dr. Andreas Philippi zu den Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf Niedersachsen

Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung,
14.11.2024



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Inhalt

- **Technische Ausgangslage zur Wirkungsanalyse**
- **Inhaltliche und technische Annahmen zur Auswertung**
- **Darstellung des Bindoc-Tools:** Beispiel Leistungsgruppe 1 „Allgemeine Innere Medizin“
- **Auswertung Land:** Flächendeckende Versorgung und Vorhaltevergütung
- **Fazit und Ausblick** zum KHVVG



Technische Ausgangslage zur Auswirkungsanalyse

Ausgangslage

- **Tool des BMG von der Firma „Oberender/Bindoc“:**
 - Fallzahl und Leistungserbringer je Leistungsgruppe
 - Erreichbarkeit und Bedeutung für die Versorgung
 - Neue Vorhaltevergütung und Zuordnung zum Standort je Leistungsgruppe
- **Ergänzende Analyse durch die Landesregierung:**
 - Überprüfung der BMG-Ergebnisse
 - Bewertung Erfüllungsgrad der Qualitätskriterien in Niedersachsen
 - Wirtschaftlichkeit der Vorhaltevergütungen
 - Vertiefung der Fragestellungen



Inhaltliche und technische Annahmen zur Auswertung

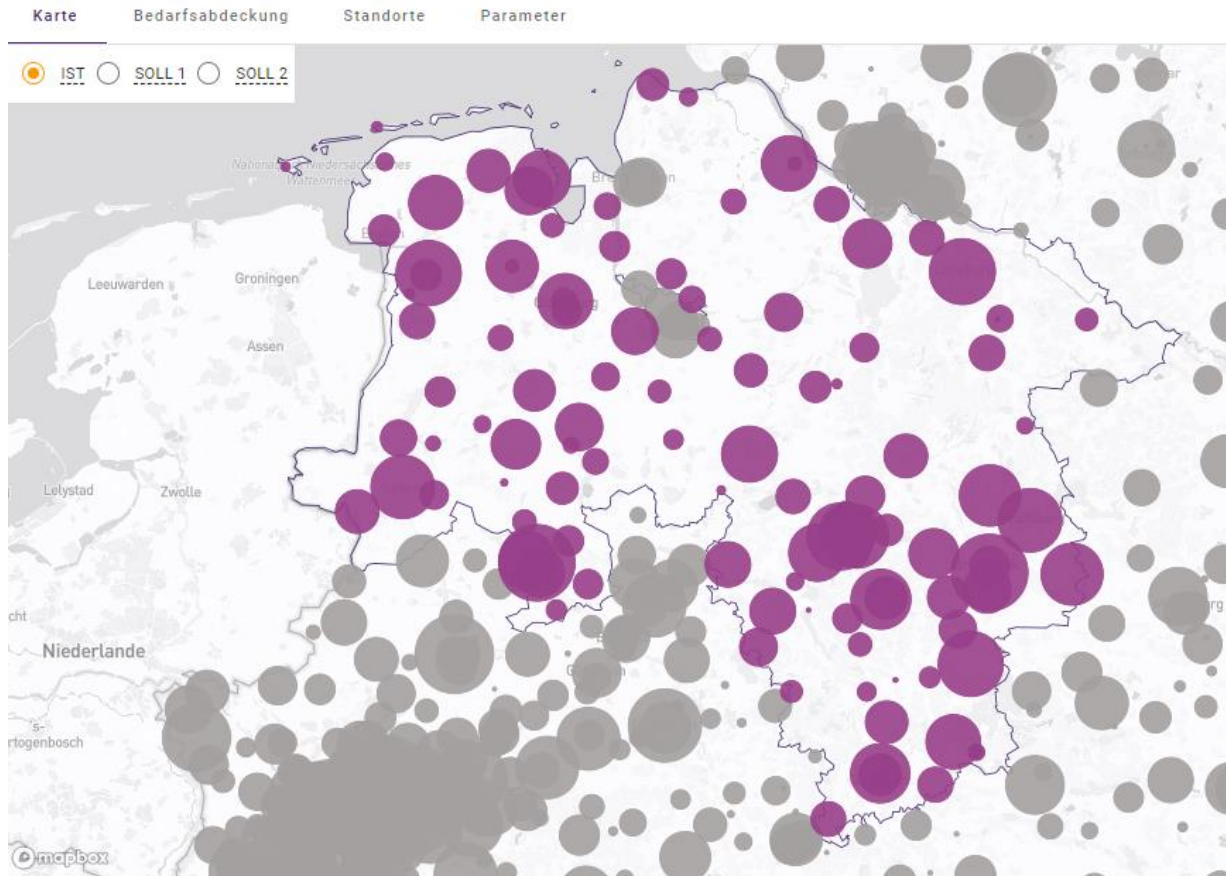
Vorgaben und Annahmen

- Das KHVVG beabsichtigt **Leistungs-Konzentration** an tendenziell größeren Standorten. Darüber entsteht eine Umverteilung zu den verbleibenden Krankenhäusern.
- Die Auswirkungsanalyse hat analog der Onkochirurgie einen **„cut off“ der deutschlandweit fünf Prozent Krankenhäuser** mit den geringsten Fällen in einer Leistungsgruppe vorgenommen.
- Die Länder können **für Fachkrankenhäuser und zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung Ausnahmen** von den Qualitätskriterien vornehmen.

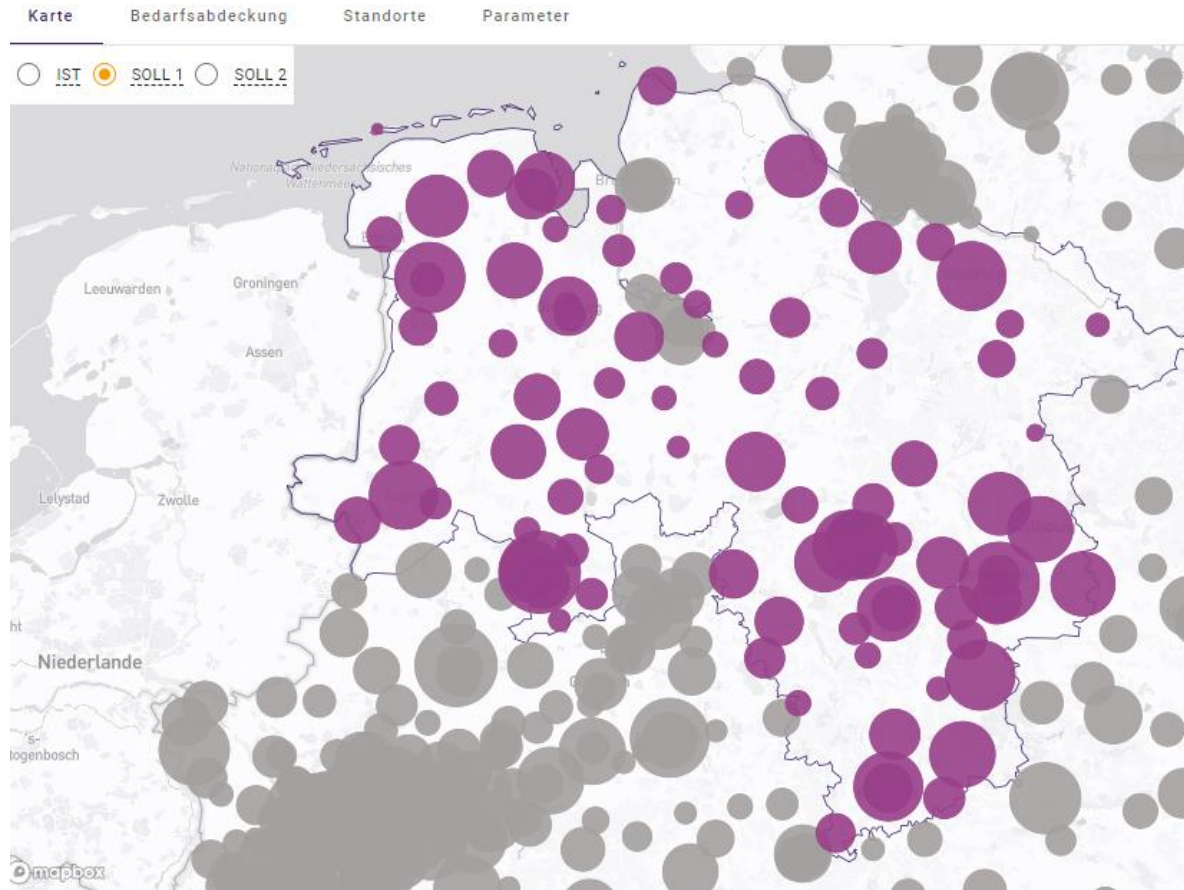


Darstellung des Bindoc-Tools – Beispiel Leistungsgruppe 1 „Allgemeine Innere Medizin“

Leistungserbringer - Karte



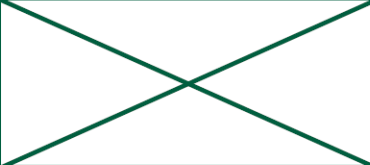
Leistungserbringer – Karte (5 % „Cut off“)



Auswertung Land: Flächendeckende Versorgung und Vorhaltevergütung

NRW-Grouper funktioniert – Bindoc-Tool validiert

Die fünf neuen Leistungsgruppen spielen auf Basis des aktuellen INEK-Leistungsgruppen-Groupers noch keine Rolle (so auch vom INEK angekündigt).

NRW		Bund		
LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Anzahl Fälle NDS
		3	Infektiologie	
		16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	
		27	Spezielle Traumatologie	4.113
		47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	
		65	Notfallmedizin	
31.1	Psych - vollstationär			
31.2	Psych - teilstationär			
32.1	KJP - vollstationär			
32.2	KJP - teilstationär			
			ges. Anzahl Fälle NDS ohne Psych	1.486.842
			Anteil neue LG	0,28%

- Von den 5 neuen Leistungsgruppen wird **lediglich eine LG (Spezielle Traumatologie) in landesweit 4.113 Fällen angesteuert** – das entspricht einem Anteil von **0,28%** bezogen auf alle Fälle in NDS.
- Für die **Psychiatrie** findet das KHVVG (noch) **keine Anwendung**.



Flächendeckende Versorgung gesichert (5 % „Cut off“)

Anzahl Standorte, die die LG in den Versorgungsregionen erbringen (TOP 40) nach 5%-cutoff

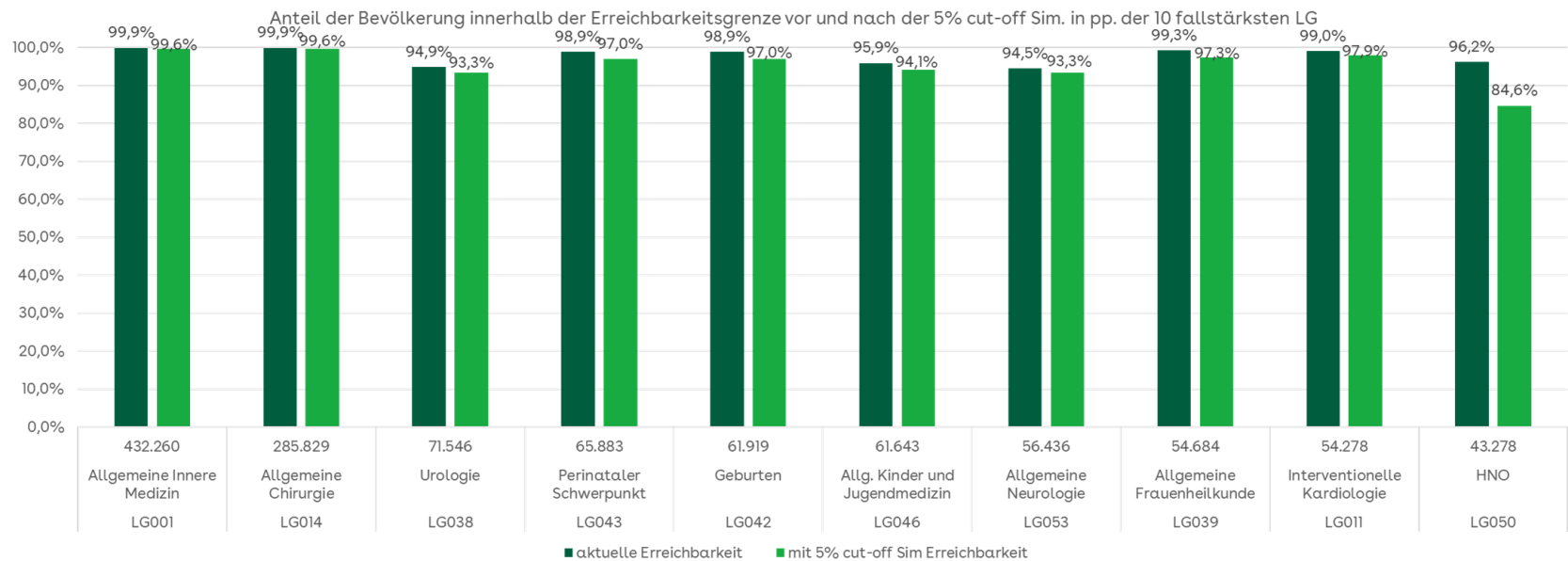
Anzahl von Standort Leistungsgruppe	Versorgungsregion								Gesamtergebnis
	1	2	3	4	5	6	7	8	
LG001 Allgemeinnere Medizin	18	16	20	14	7	9	16	22	122
LG014 Allgemeine Chirurgie	14	13	18	11	5	9	16	12	98
LG024 Endoprothetik Knie	16	8	13	10	5	6	11	11	80
LG023 Endoprothetik Hüfte	13	8	13	11	5	7	11	12	80
LG027 Spezielle Traumatologie	10	9	11	10	5	6	8	10	69
LG025 Revision Hüftendoprothese	11	6	13	7	4	4	11	12	68
LG026 Revision Knieendoprothese	13	6	11	10	3	6	9	10	68
LG040 Ovarial-CA	12	7	11	8	4	5	9	9	65
LG043 Perinataler Schwerpunkt	6	6	9	7	5	5	8	10	56
LG039 Allgemeine Frauenheilkunde	7	6	11	6	5	5	8	7	55
LG042 Geburten	5	6	8	7	5	5	8	9	53
LG056 Geriatrie	10	7	11	7	6	2	5	4	52
LG028 Wirbelsäuleneingriffe	9	7	7	9	2	3	8	6	51
LG011 Interventionelle Kardiologie	8	6	9	5	5	4	5	8	50
LG012 Kardiale Devices	9	6	7	5	4	4	5	8	48
LG034 Tiefe Rektumeingriffe	7	5	9	3	3	4	6	6	43
LG020 Komplexe periphere arterielle Gefäße	10	6	7	3	3	3	4	6	42
LG031 Lebereingriffe	10	5	10	3	1	2	6	5	42
LG041 Senologie	7	4	7	4	3	1	4	6	36
LG038 Urologie	5	3	9	5	2	2	6	3	35
LG019 Carotis operativ/ interventionell	8	3	8	2	3	1	5	5	35
LG057 Palliativmedizin	4	7	3	3	2	1	5	8	33
LG054 Stroke Unit	4	4	8	3	3	2	3	5	32
LG010 EPU/Ablation	3	3	5	4	4	1	3	7	30
LG053 Allgemeine Neurologie	4	2	8	2	3	2	3	5	29
LG045 Perinatalzentrum Level 2	4	2	5	3	1	3	4	6	28
LG046 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	4	4	4	2	2	4	3	5	28
LG032 Ösophaguseingriffe	5	3	6	2	1	1	5	5	28
LG044 Perinatalzentrum Level 1	4	4	5	1	1	3	2	7	27
LG033 Pankreaseingriffe	4	2	7	2	2		5	4	26
LG018 Bauchaortenaneurysma	5	3	5	3	1	2	3	3	25
LG004 Komplexe Gastroenterologie	5	2	7	1	2		2	3	22
LG050 HNO	3	3	4	2	2	1	3	3	21
LG029 Thoraxchirurgie	5	2	4	2	1	2	3	1	20
LG017 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	7	2	6	2		1	2		20
LG030 Bariatrische Chirurgie	3	1	3	1	2	1	3	4	18
LG037 MKG	5	2	6	2			1	2	18
LG009 Leukämie und Lymphome	2	2	2	2		2	3	4	17
LG051 Cochlea-implantate	2	3	2	1			3	1	12
LG055 Neuro-Früherkennung (NNF, Phase B)	3		1	1	2		1	3	11

- Flächendeckende Versorgung ist auch bei 5%-cutoff mit dem Bundesmodell gesichert

Die Auswirkungsanalyse hat analog der Onkochirurgie einen „cut off“ der deutschlandweit fünf Prozent Krankenhäuser mit den geringsten Fällen in einer Leistungsgruppe vorgenommen.



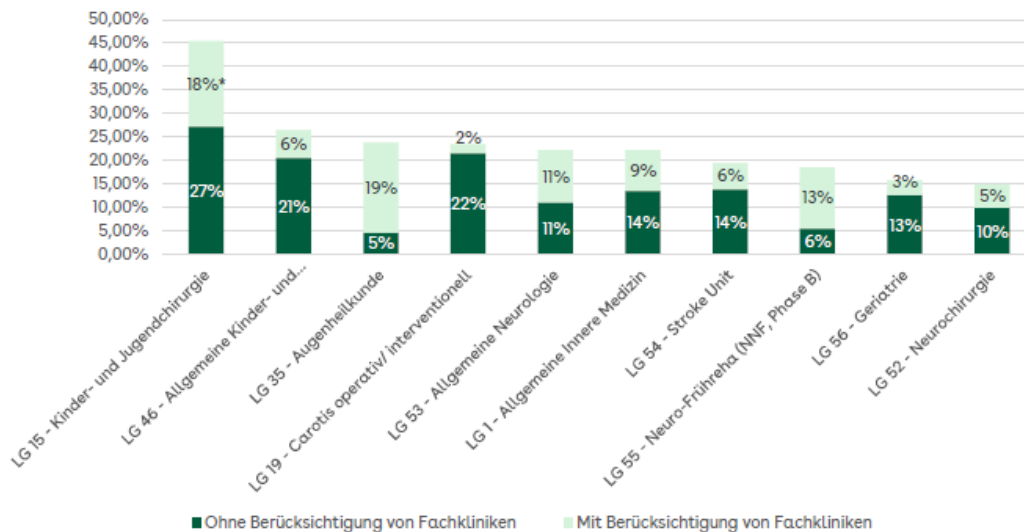
Erreichbarkeit nach „Cut off“



Erfüllung der Qualitätskriterien – Ausnahmen für Level F

→ Leistungsgruppen mit geringem Anteil an Standorten, die die Qualitätskriterien erfüllen

10 Leistungsgruppen mit höchstem Anteil an Standorten, die die Qualitätskriterien nicht erfüllen unter Berücksichtigung des Fachkliniken-Kriteriums



* = Rückgang in Prozentpunkten des Anteils an Standorten ohne die Berücksichtigung von Fachkliniken

Mit Berücksichtigung
Kriterium Fachklinik

- Bedeutung für diese 10 LG:
 - 59 Standorte erfüllen die Musskriterien nicht (vorher 87 Standorte)
 - 4 % Fallumverteilungsvolumen
- Erkenntnis:
 - Kliniken können trotz fehlender Qualitätskriterien als Fachklinik Kooperationen eingehen
 - Fälle können weitestgehend an bisherigen Standorten erbracht werden



Keine Verschiebung bei Vorhaltevergütung

Top 20 Krankenhäuser nach DRG-Erlösvolumen

Name	kumulierter CM-Anteil (alt) an gesamt	kumulierter Anteil Vorhaltung an NDS gesamt
	5%	5%
	10%	10%
	13%	12%
	15%	15%
	18%	17%
	20%	19%
	21%	21%
	23%	23%
	25%	25%
	27%	26%
	29%	28%
	30%	30%
	32%	31%
	33%	33%
	35%	34%
	36%	36%
	38%	37%
	39%	39%
	40%	40%
	42%	41%

- Das Vorhalte-Casemix-Volumen verteilt sich im Ist-Zustand kongruent zur bisherigen DRG-Casemix-Verteilung.
- Auf die **Top 20** Leistungserbringer entfallen **41% des Vorhalte-Volumens**.
- Eine Umverteilung wird erst durch die Neu-Zuweisung von Leistungsgruppen zustande kommen.



Fazit und Ausblick zum KHVVG

Fazit I

1. Die bundeseinheitlichen Leistungsgruppen sind sehr nah am **NRW Modell**. Der (von einigen Akteuren) befürchtete Systembruch („nur die Überschriften stimmen überein“) findet nicht statt. Relevante Umverteilungen bei der Zuordnung sind sachlich nachvollziehbar. Dadurch war eine Analyse mit den NRW-Modell möglich.
2. Die bundesweit definierten **Erreichbarkeitsniveaus** (30 bzw. 40 Minuten) werden in allen volumenstarken Leistungsgruppen mit sehr hohen Erfüllungsgraden erreicht (Bandbreite 95 bis 100%). Diese Erreichbarkeit verschlechtert sich bei einer Umverteilung der Fälle, die (bundesweit) 5% des Gesamtfallzahl Niveaus ausmachen, nur geringfügig (Ausnahme HNO) in der Bandbreite 93 bis 100%.
3. Durch die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien wird das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung zu stärken, erfüllt. Durch die Öffnungsklausel des KHVVGs, dass **Fachkliniken** die verwandten Leistungsgruppen auch in Kooperation sicherstellen können, können die Leistungen an den Standorten mit den höchsten Fallzahlen je Leistungsgruppe in Niedersachsen (weiterhin) durch die aktuellen Leistungserbringer erbracht werden. Gelegenheitsversorger erfüllen die Qualitätskriterien (häufiger) nicht.



Fazit II

4. Bei Gefährdung einer **flächendeckenden Versorgung** kann das Land (neben den Abweichungen bei Fachkliniken) von seinem Gestaltungsspielraum Gebrauch machen und Abweichungen zulassen.

5. Die Vorhaltekosten wurden in der angekündigten Größenordnung ausgegliedert. Echte Wirkungen der **Vorhaltefinanzierung** werden aber erst durch echte Umverteilungen von Leistungsaufträgen (durch Träger Entscheidungen und/oder Planungsentscheidungen des Landes) oder durch Fallzahl Reduktionen der Krankenhäuser sichtbar werden.

6. Das **KHVVG** liegt am 22.11. zur Beratung im Bundesrat. Diese bleibt abzuwarten. Genauso wie die Erstellung der Rechtsverordnungen durch die Bundesregierung. Aber: Nur das KHHVG sorgt in 2025 für eine bessere Erlössituation in den Krankenhäusern und stellt einen Transformationsfonds für die folgende Leistungsgruppen-Einführung zur Verfügung.



Wesentliche Ergebnisse der Sitzung des Planungsausschusses am 13. November 2024

Sachstand zur Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Der Planungsausschuss nimmt den Bericht von Herrn Minister Dr. Philippi über den aktuellen Sachstand zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zur Kenntnis. Die entscheidende Sitzung findet am 22.11.2024 im Bundesrat statt. Nach aktuellem Stand ist davon auszugehen, dass sich für die Anrufung des Vermittlungsausschusses voraussichtlich keine Mehrheit finden wird.

Fortschreibung Niedersächsischer Krankenhausplan

I. Der Planungsausschuss erklärt sein Einvernehmen zu folgenden Maßnahmen:

Versorgungsregion 1:

- 159 016 03 Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende
Kenntnisnahme über die Herausnahme der Fachabteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit 4 Planbetten wegen Einstellung des Betriebes für länger als drei Monate.
- 252 003 20 MEDIAN Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont
Erhöhung der Planbetten im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie um 6 Planbetten.
- 254 021 01 HELIOS Klinikum Hildesheim
Kenntnisnahme über die Herausnahme der Fachabteilungen für Strahlentherapie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie mit jeweils einem Planbett wegen Einstellung des Betriebes für länger als drei Monate.

- 254 021 02 St. Bernward Krankenhaus Hildesheim
Aufnahme der Ausbildungsstätte zur Anästhesietechnischer Assistentinnen und Assistenten und Operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten zum 01.10.2024.
- 254 021 03 AMEOS Klinikum Hildesheim
Ablehnung des Antrages auf Aufnahme von zusätzlichen 18 Planbetten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Versorgungsregion 2:

- 101 000 01 Städt. Klinikum Braunschweig
Aufnahme der Ausbildungsstätte zur Anästhesietechnischer Assistentinnen und Assistenten und Operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten zum 01.01.2025.

Versorgungsregion 3:

- 241 001 01 Klinikum Nordstadt Hannover
Verlagerung von 20 Planbetten der Augenheilkunde, 68 Planbetten der Chirurgie, 50 Planbetten der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 51 Planbetten der Inneren Medizin, 30 Planbetten der Neurochirurgie und 60 Planbetten der Neurologie an das Klinikum Siloah. Das Klinikum Nordstadt wird nach Abschluss der für die Verlagerung notwendige Baumaßnahme vollständig aus dem Niedersächsischen Krankenhausplan herausgenommen.
- 241 001 01 Klinikum Siloah Hannover
Verlagerung von 20 Planbetten der Augenheilkunde, 68 Planbetten der Chirurgie, 50 Planbetten der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 51 Planbetten der Inneren Medizin, 30 Planbetten der Neurochirurgie, 60 Planbetten der Neurologie. Gleichzeitig wird die Frauenheilkunde um 3 Planbetten und die Urologie um 10 Planbetten reduziert. Insgesamt wird das Klinikum Siloah dann mit 830 Planbetten in den Niedersächsischen Krankenhausplan aufgenommen.

- 241 001 12 Vinzenzkrankenhaus Hannover
Ausweisung einer Fachabteilung für Orthopädie mit 46 Planbetten durch Umwidmung aus der Chirurgie; es erfolgt im Feststellungsbescheid die Klarstellung, dass damit keine Erweiterung des Leistungsspektrums verbunden ist.
- 241 001 34 DIAKOVERE Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hannover
Aufnahme der Ausbildungsstätte zur Pflegeassistentin zum 01.09.2024.
- 241 012 01 Klinikum Neustadt a. Rbge
Kenntnisnahme über die Herausnahme der Fachabteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit 1 Planbett wegen Einstellung des Betriebes für länger als drei Monate.
- 241 021 01 KRH Psychiatrie Wunstorf
Ablehnung des Antrages auf Erhöhung der teilstationären Plätze im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie um weitere 9 teilstationäre Plätze.
- 257 031 02 Burghof-Klinik Rinteln
 - 1.) Ablehnung des Antrages auf Einrichtung einer zweizügigen Tagesklinik mit jeweils 12 teilstationären Plätze und 6 Planbetten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
 - 2.) Auslastungsbedingte Erhöhung der Planbetten und teilstationären Plätze in der Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie um 14 Planbetten und 5 teilstationären Plätze sowie in der Fachabteilung für Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie um 6 Planbetten und einem teilstationären Platz.

Versorgungsregion 4:

- 352 030 01 AMEOS Klinikum Seepark, Geestland
Erhöhung der Planbetten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie um 10 Planbetten.
Eine weitere Aufstockung um 4 Planbetten ist in einem Umlaufverfahren im Jahr 2025 beabsichtigt.

Versorgungsregion 5:

- 353 005 01 Krankenhaus Buchholz
Umwidmung von 15 Planbetten aus der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in 2 Planbetten Chirurgie und 13 Planbetten Innere Medizin.
- 354 004 01 Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg
Umwidmung von 1 Planbett aus der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in 1 Planbett Chirurgie.

Versorgungsregion 6

- 405 000 01 Klinikum Wilhelmshaven
Umwandlung von 5 chirurgischen Planbetten in 5 orthopädische Planbetten zum 17.09.2024.
- 455 014 01 Northwest-Krankenhaus Sanderbusch
Verlagerung von 40 chirurgischen Planbetten vom St. Johannes Hospital Varel.
- 455 026 01 St. Johannes-Hospital Varel
Verlagerung von 40 chirurgischen Planbetten an das Northwest-Krankenhaus Sanderbusch, Rückgabe von 20 chirurgische Planbetten.

Versorgungsgebiet 7:

- 403 000 02 Klinikum Oldenburg
Zustimmung zu Ausweisung von 2 eingestreuten teilstationären Plätze im Bereich KJP.
- 451 007 01 Ammerland-Klinik
 - 1) Der Antrag über zusätzliche 35 Planbetten in der Neurologie wurde aufgrund von konkurrierenden Anträgen anderer Träger und der damit notwendigen Auswahlentscheidung vertagt.
 - 2) Erhöhung in der Inneren Medizin um 9 Planbetten.

3) Erhöhung in der Urologie um 1 Planbett.

- 453 004 01 St. Josef-Hospital Cloppenburg

Kenntnisnahme über die Herausnahme der Fachabteilung für Augenheilkunde mit einem Planbett nach § 7 Abs.1 S. 2 Nr. 2 NKHG.

Versorgungsgebiet 8:

- 454 019 01 St. Vinzenz-Hospital Haselünne

Zulassung von 4 eingestreuten tagesklinischen Plätzen in der PSM.

- 454 053 01 Elisabeth-Krankenhaus Thuine

1) Der Antrag auf Umwandlung in ein orthopädisch-geriatrisches Fachzentrum wurde im Planungsausschuss abschlägig votiert.

2) Kenntnisnahme über die Herausnahme der Chirurgie zum 31.12.2024 sowie über die Herausnahme der Frauenheilkunde.

- 459 006 01 Augenklinik Bad Rothenfelde

Neuaufnahme in den Krankenhausplan nach Trägerwechsel.

II. Die Beratung folgender krankenhausesplanerischer Maßnahmen soll in einem Umlaufverfahren erfolgen:

Versorgungsregion 1:

- 255 023 03 Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) Holzminden

Aufnahme des Regionalen Gesundheitszentrum (RGZ) in Holzminden mit insgesamt 20 Planbetten (2 Planbetten in der Chirurgie und 18 Planbetten in der Inneren Medizin) zum 01.04.2025 am Standort des ehemaligen AGAPLESION Krankenhaus Holzminden.

Herr Minister wird zu diesem Antrag ein Umlaufverfahren in der ersten Dezemberwoche mit einer verkürzten Frist durchführen, so dass über diesen Antrag noch in 2024 entschieden werden kann.

Versorgungsregion 2:

- 154 013 01 AWO Psychiatriezentrum Königsutter
Beratung über die Neuaufnahme einer zusätzlichen Station für Transitionspsychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 15 Planbetten.

Versorgungsregion 4:

- 352 030 01 AMEOS Klinikum Seepark, Geestland
Aufstockung der Psychiatrie um 4 Planbetten.
- 357 039 01 AGAPLESION Diakoniekrankenhaus Rotenburg
Umwidmung eines orthopädischen Planbettes in einen teilstationären Platz im Bereich Innerer Medizin.
Die GKV spricht sich für eine Vertagung aus, um die Klärung von Abrechnungsfragen herbeizuführen. Dies soll Ende des Jahres abgeschlossen sein.

III. Die Beratung folgender krankenhaushausplanerischer Maßnahmen wurde vertagt:

Versorgungsregion 5:

- 360 002 05 Falkenried Caduceus-Klinik
Erhöhung der Planbetten im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie um 20 Planbetten.

Versorgungsregion 6

- 402 000 01 Klinikum Emden
Beratung über die Aufnahme einer Tagesklinik mit 20 teilstationären Plätzen im Bereich PSY am Standort Weener. Hierzu liegen Konkurrenzanträge vor, so dass ein Auswahlverfahren durchzuführen ist
- 457 13 01 Klinikum Leer

Beratung über die Aufnahme von 40 teilstationären Plätzen der Fachrichtung PSY an den Standorten Leer und Papenburg. Hierzu liegen Konkurrenzanträge vor, so dass ein Auswahlverfahren durchzuführen ist.

- 457 021 01 Krankenhaus Rheiderland
Sukzessive Schaffung von 120 Planbetten im Bereich Psychiatrie, im Gegenzug Rückgabe des Versorgungsauftrages Chirurgie

Versorgungsgebiet 7:

- 451 007 01 Ammerland-Klinik
1) Der Antrag über zusätzliche 35 Planbetten in der Neurologie wurde aufgrund von konkurrierenden Anträgen anderer Träger vertagt.

Situation der geburtshilflichen Versorgung in Niedersachsen

Im Planungsausschuss am 26. Juni 2024 hat die AOKN vorgeschlagen, in der nächsten Sitzung des Planungsausschusses die Situation der geburtshilflichen Versorgung zu beraten. Diesem Vorschlag haben in der Sitzung alle Beteiligten zugestimmt. Ausgangslage war, dass in der Vergangenheit geburtshilfliche Abteilungen ungesteuert durch Krankenhausträger geschlossen wurden.

Die AOK hat hierzu erste Analysen durchgeführt, die aber aus Zeitgründen noch nicht gemeinsam in der Arbeitsgruppe des Planungsausschusses beraten werden konnten. Diese Beratungen sollen in 2025 stattfinden.