

**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 54. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit**  
**und Gleichstellung**  
**am 9. Januar 2025**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

1. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**  
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -  
[Drs. 19/5878](#)  
*Beratung* ..... 5
  
2. **Rechte und Schutz von Kindern stärken: Pubertätsblocker und Werbung für  
Geschlechtsumwandlungen untersagen**  
Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/5077](#) neu  
**hier:** Unterrichtung durch die Landesregierung  
*Unterrichtung* ..... 15  
*Aussprache* ..... 17
  
3. a) **Fortschreibung des Krankenhausplans**  
Unterrichtung - [Drs. 19/6103](#)  
  
b) **Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans**  
Unterrichtung - [Drs. 19/6115](#)  
**hier:** Unterrichtung durch die Landesregierung  
*Unterrichtung* ..... 21  
*Aussprache* ..... 21

**4. Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zur Versorgung von ME/CFS-Betroffenen in Niedersachsen**

*Beschluss*..... 25

**Anwesend:**

## Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Jan Henner Putzier (i. V. d. Abg. Andrea Prell) (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
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) (bis 10. 38 Uhr per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet, zu TOP 2 vertreten durch die per Videokonferenztechnik zugeschaltete Abg. Vanessa Behrendt) (AfD)

## Als ZuhörerIn (§ 94 GO LT):

Abg. Vanessa Behrendt (AfD) (bis 12.10 Uhr per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

## Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrat Dr. Oppenborn-Reccius (Mitglied),  
Richter am Verwaltungsgericht Barstein.

## Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer,  
Regierungsrätin Triefenbach.

## Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 10.16 Uhr bis 12.17 Uhr.

**Außerhalb der Tagesordnung:**

*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 42., 50. und 53. Sitzung.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 1:

## Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5878](#)

*direkt überwiesen am 22.11.2024*

*federführend: AfsAGuG*

*mitberatend: AfRuV*

zuletzt behandelt: 53. Sitzung am 05.12.2024

*Beratungsgrundlage: Vorlagen 1, 2 und 4*

### Beratung

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) trägt die Formulierungsvorschläge und Anmerkungen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu **Artikel 1 Nrn. 1, 3 und 4** und RiVG **Barstein** (GBD) zu **Nr. 2** des Gesetzentwurfs vor, die weitestgehend mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung abgestimmt worden seien, und erläutern diese im Sinne der schriftlichen Anmerkungen in der **Vorlage 4**. Darauf wird verwiesen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) hebt hervor, dass im Rahmen der Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Niedersächsische Landkreistag (NLT) und der Niedersächsische Städte- und Gemeindebund (NStGB) in ihrer schriftlichen Stellungnahme (**Vorlage 2**) darauf hingewiesen hätten, dass die Einführung von Planfallzahlen gemäß § 6 a KHG in der Fassung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes ab dem 1. Januar 2025 in das Ermessen der Bundesländer gestellt sei. Diese Regelung gehe auf eine Forderung der Bundesländer zurück. Auch Minister Dr. Philippi habe gegenüber dem Bund immer „Beinfreiheit“ bei planerischen Entscheidungen eingefordert ebenso wie Krankenhausträger, die sich gegen eine Gesundheitsplanwirtschaft gewandt hätten. Nach dem Bundesrecht bestehe also keine gesetzliche Verpflichtung, Fallzahlen für die Krankenhäuser für die jeweiligen Leistungsgruppen verbindlich vorzugeben und auch die Vergütung daran zu knüpfen. Auch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, die unaufgefordert ebenfalls eine Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf abgegeben habe (**Vorlage 1**), plädiere dafür, stattdessen Budgetvereinbarungen auf der Basis von Ist-Fallzahlen aus dem Vorjahr zu ermöglichen.

Die CDU-Fraktion teile die Auffassung des NLT und NStGB, dass im Gesetz nicht eine viel zu frühe Festlegung auf Planfallzahlen erfolgen sollte, und gebe zu überlegen, in **§ 5 Abs. 5 Satz 3** oder in einem neuen Satz 4 eine Kannregelung aufzunehmen, nach der sinngemäß anstelle von Planfallzahlen Vorhaltevolumina auf Basis von Ist-Fallzahlen zugewiesen werden könnten. Sie bitte hierzu um eine Stellungnahme und gegebenenfalls um einen Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes.

In einem Gespräch, das er, Holsten, mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft zu dem Gesetzentwurf geführt habe, habe diese erklärt, dass ihre Einwendungen zu den **§§ 6 a und 33** des Gesetzentwurfs durch die Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes weitestgehend ausgeräumt worden seien.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) erkundigt sich danach, was aus der Sicht des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung für die im Gesetzentwurf vorgesehene zwingende Festlegung von Planfallzahlen spreche.

MR **Vietze** (MS) legt dar, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz lasse zu, dass die Länder nicht nur die Leistungsgruppen, sondern auch Planfallzahlen zuweisen. In dem Antragsverfahren, welches das Ministerium ab dem 1. März 2025 durchführen werde, würden die Krankenhäuser angeben, welche Menge sie sich zutrauten und welche Leistungen sie erbringen wollten, und werde das Ministerium dann die Anträge vor dem Hintergrund des Bedarfs in den Versorgungsregionen und Leistungsgruppen bewerten. Dabei handele es sich wie auch bislang bei den Planbetten um ein mengengesteuertes Planungsverfahren. Deswegen sei es aus der fachlichen Sicht des Ministeriums erforderlich, nicht nur die Leistungsgruppen zuzuweisen, sondern auch festzulegen, in welcher Höhe die Krankenhäuser die Leistungen erbringen sollten, um eine Bedarfsplanung und Mengensteuerung zu ermöglichen.

Das Ministerium beabsichtige, die Leistungsgruppen zu planen und entsprechende Planfallzahlen zu ermitteln und dies dann in die Abstimmung im Planungsausschuss zu geben. An den Beratungen im Planungsausschuss sei dann auch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft beteiligt. Das Ministerium gehe davon aus, dass die GKV, aber auch die NKG dann dort ihre Interessen vertreten und die Interessen der Krankenhäuser vorbringen würden.

Wenn keine Planfallzahlen festgelegt würden, würden die Leistungsgruppen anhand der Qualitätskriterien zugewiesen und würden Ende 2026 die Planfallzahlen durch die Istzahlen auf der Grundlage der Zahlen zwei Jahren davor, also durch die letzten statistischen Daten, ersetzt. Wenn keine Planfallzahlen vergeben würden, würde also nach dem KHVVG ein Stück weit das Ist fortgeschrieben.

Das Ministerium versuche jetzt erst einmal, mit den Partnern gemeinsam in eine Steuerung zu kommen. Die Auffanglösung, wenn zeitliche oder inhaltliche Probleme entstünden oder wenn man im Planungsausschuss zu keinem Ergebnis kommen sollte, bestünde darin, auf das Ist zurückzugehen. Das würde dann automatisch eintreten.

Fachlich wolle das Ministerium aber an seiner Vorgehensweise festhalten und versuchen, mit allen Beteiligten gemeinsam in ein Planverfahren zu kommen und die Planfallzahlen auszuweisen, um die Versorgungsstruktur durch das Land zu beeinflussen und zu steuern.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) führt aus, der § 5 regle nur, welche Festlegungen im Krankenhausplan getroffen werden müssten. Die konstitutive Entscheidung, ob Planfallzahlen vergeben würden und in welcher Höhe sie vergeben würden, sei gesondert zu treffen; der Krankenhausplan gebe das sozusagen nur wider. Wenn die Planfallzahlen nicht vergeben würden, dann weise der Krankenhausplan die Planfallzahl null aus. Aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sei der § 5 aber nicht die richtige Stelle im Gesetz, um die fachlich gesondert zu treffende Frage zu lösen, dass möglicherweise keine Planfallzahlen vergeben würden oder nach welchen Kriterien diese vergeben würden, sondern die Vergabe von Planfallzahlen sei in § 6 a KHG geregelt, ergänzt durch das nunmehr im Niedersächsischen Krankenhausgesetz zu regelnde Antragsverfahren. Wenn andere Vorgaben gemacht werden sollten, käme dafür eher der § 6 oder eine andere Stelle des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes in Betracht. Eine solche Regelung könnte möglicherweise noch im Rahmen der von der Landesregierung angekündigten

größeren Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes getroffen werden, wenn diese zeitnah angegangen werden sollte. Das Bundesrecht lasse jedenfalls zu, dass Planfallzahlen vorgegeben werden könnten. Ob das geschehen solle, müsse fachlich entschieden werden. Wenn hierzu nähere Regelungen im Gesetz getroffen werden sollten, würde dies eine komplexere rechtliche Prüfung erfordern.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) bittet um eine Stellungnahme des Ministeriums zu den datenschutzrechtlichen Bedenken des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu § 33 Abs. 1 Sätze 3 und 4 unter Nr. 4 des Gesetzentwurfs und zu dessen Formulierungsvorschlag für einen neuen Satz 5, mit dem dem Medizinischen Dienst die Befugnis zur Übermittlung personenbezogener Daten an die für die Zuweisung von Leistungsgruppen zuständige Stelle eingeräumt würde.

MR **Vietze** (MS) teilt mit, der Medizinische Dienst gehe nach dem aktuellen Stand von einer anonymisierten Datenweitergabe aus. Das Ministerium würde insofern das Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Qualitätskriterien und die Leistungsgruppen anonymisiert erhalten, aber könnte dann nicht erkennen, ob ein Arzt, der maximal dreimal auf verschiedene Leistungsgruppen angerechnet werden könne, gleichwohl mehrfach angerechnet werde und ob das Qualitätskriterium erfüllt werde. Diese anonymisierte Datenübermittlung würde das Ministerium als Planungsbehörde bei der Bewertung des Gutachtens einschränken.

Das Ministerium nehme jedoch den Hinweis des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz in § 275 a SGB V abschließend Gebrauch gemacht habe, sehr ernst und spreche sich dafür aus, zumindest die auf Seite 14 der Vorlage 4 vorgeschlagene Regelung als Auffanglösung in das Gesetz aufzunehmen, nach der das Ministerium den Medizinischen Dienst bitten könnte, ihm die entsprechenden Daten zu übermitteln. Der Medizinische Dienst stünde dann in der Verantwortung, rechtlich zu bewerten, welche Daten er an das Ministerium übermitteln könne. In der praktischen Prüfsituation werde sich dann erweisen, inwieweit die datenschutzrechtlichen Regelungen ausreichten, um ein gutes Ergebnis zu erzielen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) hält die rechtliche Begründung des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes für nachvollziehbar, dass nach § 5 Abs. 1 Satz 1 NKHG ausschließlich das für Gesundheit zuständige Ministerium die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sei und dementsprechend in § 6 a Abs. 1 des Gesetzentwurfs die in eckige Klammern gesetzten Worte „und für Hochschulkliniken im Sinn des § 108 Nr. 1 SGB V bei dem für die Hochschulkliniken zuständigen Ministerium“ eigentlich gestrichen werden müssten, um die Zuständigkeit für das Antragsverfahren ausschließlich dem MS zuzuweisen. Die Abgeordnete wirft die Frage auf, ob dadurch das Verfahren erleichtert und eine bessere Steuerung bewirkt würde, weil möglicherweise aufwendige Abstimmungen zwischen dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung und dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur vermieden werden könnten.

RefL **Dr. Robbers** (MS) gibt zur Antwort, die Planung der Kapazitäten der beiden Hochschulkliniken MHH und UMG - nicht aber der Universitätsmedizin Oldenburg - werde bislang vom MWK vorgenommen. Das MWK sei auch mit beratender Stimme im Planungsausschuss vertreten und habe bislang die Veränderung von Kapazitäten dem Planungsausschuss zur Kenntnis gegeben; denn Hochschulkliniken seien kraft Gesetzes direkt zur Krankenhausbehandlung berechtigt und verpflichtet. Insofern seien bislang die Planungskompetenzen in Niedersachsen zwischen den

Hochschulkliniken einerseits und den Plankrankenhäusern andererseits zwischen MWK und MS klar getrennt. Eine Länderumfrage zu der Kompetenzverteilung in den anderen Bundesländern habe ergeben, dass der überwiegende Teil der Bundesländer sowohl die Plankrankenhäuser als auch die Hochschulkliniken in einer Einheit beplane. Es gebe zwar auch Länder, in denen die Zuständigkeit dafür ebenfalls zweigeteilt sei; in der Mehrheit der Länder sei die Zuständigkeit jedoch in einem Referat gebündelt.

Die rechtliche Argumentation des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass nach § 6 a Abs. 1 Sätze 1 und 2 KHG und § 5 Abs. 1 Satz 1 NKHG ausschließlich das MS die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sei, sei nachvollziehbar. Allerdings sollten die erheblichen Konsequenzen aus einer Änderung der bisher auf zwei Ministerien verteilten Zuständigkeiten innerhalb der Landesregierung intensiv geprüft werden, zumal das Antragsverfahren ab dem 1. März 2025 beginnen solle und Änderungen der Zuständigkeiten für ein nicht ganz einfaches Planungsinstrument - die Hochschulkliniken würden insgesamt weitaus mehr als 100 Leistungsgruppen beantragen und zugewiesen bekommen - auch im Hinblick auf die personelle Unterstützung, die nicht ohne Weiteres aus dem Bestand geleistet werden könne, eine nicht unerhebliche Herausforderung darstellen würden.

Die in Rede stehende Formulierung im Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes „die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde“ sei möglicherweise darauf zurückzuführen, dass auf Bundesebene, wie er, Dr. Robbers, bei den regelmäßigen Beratungen dort festgestellt habe, gar nicht genau bekannt sei, dass auf der Ebene der Bundesländer unterschiedliche Planungsbehörden für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser existierten.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) merkt an, wenn die auf das MS und das MWK verteilten Zuständigkeiten im Sinne der „normativen Kraft des Faktischen“ nicht ganz mit dem Bundesrecht kompatibel seien, dann könne und müsse dieses Risiko möglicherweise getragen werden. Allerdings stelle sich die Frage, wie die Entscheidungen koordiniert würden und ob zwei unterschiedliche Planungsbehörden die zuzuweisenden Leistungsgruppen und die vorzugebenden Planfallzahlen nicht unter Umständen aneinander vorbei planen würden. Eine Lösung bestünde aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes möglicherweise darin, eine Regelung zu treffen, nach der das MS für die Krankenhausplanung sowie die Zuweisung von Leistungsgruppen und die Vorgabe von Planfallzahlen einheitlich zuständig sei, die Entscheidungen für die Hochschulkliniken aber im Einvernehmen mit dem MWK treffe.

RefL **Dr. Robbers** (MS) macht deutlich, die historisch gewachsenen getrennten Zuständigkeiten in Niedersachsen bedingten eine intensive Abstimmung zwischen diesen beiden Ressorts. Die nach dem derzeitigen Stand der Auswertung rund 55 Leistungsgruppen an der UMG und rund 45 Leistungsgruppen an der MHH würden, was die damit verbundenen Fallvolumina angehe, natürlich erhebliche Auswirkungen darauf haben, wie viele Leistungsgruppen und Fallmengen den Krankenhäusern in Göttingen und Hannover zugewiesen würden. Insofern sei es zwingend erforderlich, im Vorfeld eine sehr intensive Abstimmung mit dem MWK in einem sehr geordneten Verfahren vorzunehmen, zumal die Meldung der Länder an das InEK über die Art und Anzahl der Leistungsgruppen und der jeweiligen Fallmengen nur von einer Stelle und nicht von zwei Stellen erfolgen könne und das MS in dem technischen Verfahren diese Daten übermitteln werde. Zwingende Voraussetzung dafür sei, dass das MS inhaltlich und mengenmäßig eine Abstimmung mit dem MWK durchführe. Das Verfahren werde in Anbetracht der sehr engen Fristen

und der rund 2 000 zu erwartenden Anträge mit Sicherheit eine gewisse Herausforderung darstellen.

Herr Dr. Robbers fährt fort, die Diskussion über Ist-Fallzahlen sei aus der Perspektive der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft durchaus nachvollziehbar, aber aus einer anderen ganz anderen Perspektive verwunderlich. Denn im nächsten Jahr werde es nach dem derzeitigen Stand, wenn auf der Bundesebene nach den Bundestagswahlen mit den dann neuen Mehrheitsverhältnissen die Beratungen weitergeführt und die entsprechenden Rechtsverordnungen erlassen würden, neben den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien auch leistungsgruppenbezogene Mindestvorhaltezahlen geben. Ziel der Krankenhausreform des Bundes sei es ja, die sogenannte Gelegenheitsversorgung zu minimieren. Zu diesem Zweck würden Mindestvorhaltezahlen eingeführt und werde eine Umverteilung von den 5 % Krankenhäusern mit den geringsten Fällen in einer Leistungsgruppe hin zu Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen vorgenommen. Dies bedinge automatisch, dass Planfallzahlen zugrunde gelegt werden müssten. Ist-Fallzahlen und Mindestvorhaltezahlen schlossen sich gegenseitig aus. Wenn nur von Ist-Fallzahlen ausgegangen würde, dann müssten auch zukünftig die viel zu niedrigen Ist-Mengen in die Leistungsgruppen zugewiesen werden. Ziel des Bundes sei es aber gerade, die Leistungsgruppen und Mengen neu zu planen und so dafür zu sorgen, dass je nach Leistungsgruppe und Qualitätsanforderungen die kritische Untermenge der letzten 5 % oder - je nach Leistungsgruppe - 10 % abgeschnitten und umverteilt werde, um mit mehr Menge an weniger Standorten die Qualität zu erhöhen, was in vielen Fällen auch bewiesen werden könne. Schon allein deshalb sei es praktisch unmöglich, anhand von Ist-Fallzahlen zu planen. Er, Dr. Robbers, gehe auch davon aus, dass für jede Leistungsgruppe Mindestvorhaltezahlen festgelegt würden. Wenn es nicht so wäre, müssten künftig einem Krankenhaus beispielsweise 12 Fälle von Ösophagus-Operationen zugewiesen werden, wie sie dort in der Vergangenheit vorgekommen seien, während es eigentlich das Ziel des Bundes sei, nur noch Versorger mit 50 solcher Fälle und mehr zu haben. Wenn weiter nur auf die Ist-Fallzahlen abgestellt würde, müsste dieses Krankenhaus mit 12 Fällen weiterhin geführt werden. Dies sei aber gerade nicht das Ziel.

Abg. **Delia Klages** (AfD) greift den Hinweis auf, dass das Sozialministerium Planfallzahlen ermitteln werde, die zur Mengensteuerung benötigt würden, und wirft die Frage auf, in welche Richtung das Ministerium steuern werde und ob es dafür schon Vorgaben gebe. - MR **Vietze** (MS) gibt zur Antwort, das Ministerium lasse derzeit, wie der Minister auch in den Dialogveranstaltungen angekündigt habe, eine Bedarfsanalyse erarbeiten, die ausweise, welcher Mengenbedarf in den neuen Leistungsgruppen in den Versorgungsregionen bestehe. In dem Antragsverfahren ab dem 1. März bis zum 31. Mai 2025 würden die Krankenhäuser ihre Mengen mitteilen und werde das Ministerium das Ganze im Planungsverfahren zueinander bringen.

Unter Hinweis darauf, dass in der Vergangenheit immer schon die Auslastung der Krankenhäuser ein Thema gewesen sei und künftig Vorhaltezahlen festgelegt werden sollten, erkundigt sich Abg. **Delia Klages** (AfD) danach, welche Belegungszahlen in Zukunft für die einzelnen Leistungsgruppen zu erwarten seien und welche Planungen das Ministerium diesbezüglich anstelle. - Refl **Dr. Robbers** (MS) erläutert, bislang würden im Krankenhausplan Bettenzahlen nach Fachrichtungen ausgewiesen und die Mengen der Bettenzahlen an eine 85-prozentige Auslastung über das Jahresmittel gekoppelt. In den letzten zwei bis drei Jahren habe das Ministerium jedoch wegen der besonderen Situation während der Corona-Pandemie, in der Bettenkapazitäten freige-

halten worden seien, von der auslastungsorientierten Fortschreibung des Krankenhausplans abgesehen, weil die Zahlen nicht repräsentativ gewesen seien. Innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen würden zum ersten Mal wieder alle Krankenhäuser angeschrieben und die Belegungsdaten abgefragt. Zum Jahresende werde das Ministerium erstmals seit der Corona-Sondersituation wieder die Bettenplanung, die noch bis Ende 2026 betrieben werde - die Leistungsgruppen würden ja erst ab 2027 eingeführt -, nach dem Auslastungsgrad durchführen. Nach der Corona-Sondersituation seien allerdings deutlich niedrigere Auslastungszahlen als davor zu erwarten. Insofern würden in diesem Jahr mit Sicherheit einige Bettenreduzierungen vorgenommen.

Wenn dann im Jahr 2027 mit Ist- oder Planfallzahlen - oder einer Mischung aus beidem - Leistungsgruppen beständen, gebe es für die Krankenhausplanung keine Planbetten mehr. Wie hoch eine Klinik ausgelastet sei, spiele dann für die Abrechnung der Leistungsgruppen und für die Krankenhausplanung im Prinzip keine Rolle mehr. Das Krankenhaus bekomme dann eine Ist- oder Planfallzahl pro Leistungsgruppe zugeordnet und erhalte dann dafür nach den Vorgaben des Bundes in einem Korridor von plus/minus 20 % ein Vorhaltebudget. Dabei handele es sich um eine entgeltrechtliche Regelung nach den Planfallzahlen, anhand deren das InEK das Vorhaltebudget errechne, welches in einem bestimmten Korridor einer leichten Überschreitung bzw. Unterschreitung der Fallmenge gleich bleibe. Eine Auslastungsprüfung und eine Abhängigkeit der Höhe des Vorhaltebudgets von der Auslastungsprüfung seitens des MS werde es dann nicht mehr geben. Dabei handele es sich um eine rein bundesrechtliche Folgeregelung, bei der sich das Vorhaltebudget nur noch an Planfallzahlen bemessen werde. Durch dieses Vorhaltebudget, bei dem das zugewiesene Fallzahlvolumen in einer gewissen Bandbreite über- oder unterschritten werden könne, werde dann von der bisherigen Mengenkompone mit der reinen Fallpauschalenvergütung, die in der Vergangenheit zu Missständen in der Krankenhausversorgung geführt habe, ein Stück weit abgekehrt.

Von der Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) zu § 6 a nach den bisher rechtlich geregelten Zuständigkeiten von MS und MWK befragt, teilt ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) mit, nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes würden die Planfallzahlen und die Leistungsgruppen von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vorgegeben bzw. zugewiesen. Nach dem Niedersächsischen Krankenhausgesetz sei bislang ausschließlich das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung für die Krankenhausplanung zuständig. In der Praxis habe es jedoch, soweit die Hochschulkliniken betroffen seien, den Krankenhausplan unter Einbeziehung des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur aufgestellt. Dieser Abstimmungsprozess sei aber nicht im Gesetz angelegt.

Der § 6 a des Gesetzentwurfs beinhalte keine Zuständigkeitsregelung, sondern regele nur, wo Anträge auf Zuweisung von Leistungsgruppen und Vorgabe von Planfallzahlen zu stellen seien, nämlich vom Krankenhausträger bei dem für Gesundheit zuständigen Ministerium und für Hochschulkliniken bei dem für die Hochschulkliniken zuständigen Ministerium. Diese Systematik sei aus der Sicht des Gesetzgebungs- und Beratungsdienst ein bisschen schwierig mit dem Bundesrecht zu vereinbaren. Insofern könnte eine Lösung, wie dargelegt, möglicherweise darin bestehen, dass das für die Krankenhausplanung zuständige MS bezüglich der Hochschulkliniken im Einvernehmen mit dem MWK entscheide.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) wirft die Frage auf, ob an der im Gesetzentwurf vorgesehenen Zuständigkeit für die Antragstellung auch beim MWK zunächst festgehalten werden sollte, damit das Antragsverfahren zum 1. März 2025 starten könne. - MR **Vietze** (MS) gibt zur Antwort, die

zeitnahe Beschlussfassung über den vorliegenden Gesetzentwurf sei trotz aller Unsicherheiten hinsichtlich der Entwicklungen auf Bundesebene notwendig, damit das Antragsverfahren mit dem elektronischen Antragstool am 1. März 2025 beginnen und das Planungsverfahren innerhalb der im Krankenhausfinanzierungsgesetz festgelegten Frist bis zum 31. Oktober 2026 abgeschlossen werden könne. Mit dem auch bislang für die Hochschulkliniken zuständigen MWK sei abgestimmt, dass die Anträge zwar dort eingingen, aber dass auch diese Anträge einheitlich im Antragstool beim MS verarbeitet würden. Aus fachlicher Sicht wäre es sehr hilfreich, wenn mit diesem Setting erst einmal gestartet werden könnte, um auch Klarheit für die MHH und UMG zu behalten, für die bislang das MWK der Ansprechpartner für das Antragstool sei. Es sei aber unbenommen, im weiteren Verlauf noch einmal über die Zuständigkeiten für das Planungsverfahren und die Bescheide nachzudenken.

Unter Hinweis darauf, dass nach den Erläuterungen des Ministeriums im weiteren Verfahren durchaus eine Auffanglösung bzw. Rückfalloption vorhanden sei, wenn keine Planfallzahlen festgelegt würden, und dann automatisch die Ist-Fallzahlen aus den letzten statistischen Daten zugrunde gelegt würden, gibt Abg. **Eike Holsten** (CDU) zu überlegen, eine Kannregelung in das Gesetz aufzunehmen, nach der anstelle von Planfallzahlen auch Vorhaltevolumina auf Basis von Ist-Fallzahlen zugewiesen werden könnten. - MR **Vietze** (MS) merkt hierzu an, dass sich das Ministerium bewusst gegen die Kannregelung und für die Festlegung von Planfallzahlen als Mussregelung entschieden habe. Die letzte Entscheidung obliege jedoch dem Landtag als Gesetzgeber.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) ist interessiert zu erfahren, wie die Fraktionen der SPD und der Grünen, die den vorliegenden Gesetzentwurf in den Landtag eingebracht hätten, den mehr als eindeutigen Appell des Niedersächsischen Landkreistages und des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes bewerteten, dass insbesondere auch im Hinblick auf die Komplexität der Auswirkungen und die massiven Eingriffe in die Eigenständigkeit und unternehmerische Freiheit der Krankenhäuser in einem ersten Schritt von der Einführung von Planfallzahlen „unbedingt abgesehen“ werden sollte.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD) legt dar, wenn Verbände zu einem Entwurf Stellung nähmen, dann sei es die Aufgabe der politisch Verantwortlichen, sich inhaltlich damit zu befassen und die Stellungnahmen zu bewerten. Dem diene auch die Beratung dieses Gesetzentwurfs im Ausschuss. Wenn sie dabei zu einer anderen Einschätzung gelangten, dann werde dies auch so kommuniziert. Die Stellungnahmen eines jeden Verbandes könnten jedoch nicht eins zu eins übernommen werden, zumal sie manchmal auch widersprüchlich seien.

Zu begrüßen sei, dass zwischen dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst und dem Ministerium bereits eine Auffanglösung zu Nr. 4 des Gesetzentwurfs abgestimmt worden sei, mit der dem Medizinischen Dienst die Befugnis zur Übermittlung personenbezogener Daten an die für die Zuweisung von Leistungsgruppen zuständige Stelle eingeräumt würde.

Noch weiter nachgegangen werden sollte jedoch den Bedenken des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass die in Niedersachsen historisch gewachsene Aufteilung der Zuständigkeit für die Plankrankenhäuser und die Hochschulkliniken auf MS und MWK nicht mit dem Bundesrecht kompatibel sei, nach dem ausschließlich das für Gesundheit zuständige Ministerium die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sei. Es sei gut, dass die Abstimmung zwischen

diesen beiden Ministerien in der Vergangenheit gut funktioniert habe und auch künftig stattfinden solle. Ihrer, Frau Schüßlers, Auffassung nach sollte jedoch nicht erst bei der angekündigten späteren Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes, sondern möglichst schon im aktuellen Gesetzgebungsverfahren eine Formulierung gefunden werden, die mit dem Bundesrecht in Einklang stehe, aber klarmache, dass zumindest eine Koordinierung bzw. ein Abstimmungsprozess stattfinden müsse. Sie bitte daher darum, bis zu der Sitzung des Ausschusses am 16. Januar 2025 einen entsprechenden Formulierungsvorschlag zu erarbeiten.

RefL **Dr. Robbers** (MS) bekräftigt, dass er die Position des Niedersächsischen Landkreistages, des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes sowie der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft zum Thema Planfallzahlen und Ist-Fallzahlen aus deren Perspektive für nachvollziehbar halte. Vielleicht sei es auch möglich, sowohl das eine als auch das andere rechtlich vorzusehen. In der Praxis werde es zu einer Mischung aus Ist-Fallzahlen und Planfallzahlen kommen. Für die Planungsbehörde wäre es wünschenswert, wenn, wie von Herrn Dr. Vietze ausgeführt, das Bedarfsgutachten für Leistungsgruppen und die Versorgungsregionen bestimmte Leistungsmengen ausweise, für die der Bedarf dann im Krankenhausplan zu befriedigen sei, und dann die Ist-Fallzahlen einfach addiert würden und zum Gutachten passten. Das wäre dann ein ganz schnelles und einfaches Verfahren. In der Praxis werde es jedoch nicht so kommen. Denn durch die Mindestvorhaltezahlen müssten Leistungsmengen, die darunterlägen, umverteilt werden. Schon an dieser Stelle werde es nicht möglich sein, die Ist-Fallzahlen zugrunde zu legen.

Zu einer Abweichung durch das Gesetz werde es zwangsläufig auch bei Krankenhäusern kommen, die in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mit einem neuen sektorenübergreifenden Angebot umgewandelt würden. Auch dabei würden nicht Ist-Fallzahlen zugrunde gelegt werden können. Insofern werde es immer eine Mischung sein. Wenn beispielsweise die Ist-Fallzahlen von MHH, Diakovere und KRH aufaddiert würden und passten, dann wäre dies überaus wünschenswert. Ihm, Dr. Robbers, wäre es für den Planungsausschuss am liebsten, wenn die Ist-Fallzahlen einfach übernommen werden könnten. Dann bestünde auch nicht die Gefahr von Klagen seitens der Krankenhausträger. In der Praxis würden jedoch die neuen Versorgungsangebote in Richtung sektorenübergreifender Versorgung und die Vorgabe des Bundes, gewisse Mindestvorhaltezahlen einzuführen, de facto dazu führen, dass nicht nur Ist-Fallzahlen zugrunde gelegt werden könnten.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) legt Wert auf die Feststellung, dass er nicht dafür eintrete, von der Festlegung von Planfallzahlen abzusehen. Wenn es aber, wie dargelegt, in der Praxis ohnehin zu einer Mischung von Planfallzahlen und Ist-Fallzahlen kommen werde, dann sollte seines Erachtens auch eine entsprechende Kannregelung in das Gesetz aufgenommen werden.

RefL **Dr. Robbers** (MS) kündigt an, dass das Ministerium mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst über eine entsprechende Regelung nachdenken werde, mit der aufgenommen würde, was in der Praxis seiner Einschätzung nach passieren werde, nämlich dass in Teilbereichen Planfallzahlen und in den Fällen, in denen dies gut möglich sei, Ist-Fallzahlen zugrunde gelegt würden.

MR **Vietze** (MS) fügt hinzu, das Ministerium gehe nach der folgenden Systematik vor: In dem dargestellten Antragsverfahren beantragten die Krankenhäuser in den Leistungsgruppen die Planfallzahlen, die sie sich wünschten. In der Bedarfsanalyse seien die entsprechenden Bedarfe ausgewiesen. Darüber werde dann in dem Planungsverfahren miteinander beraten. Die GKV und

NKG würden dann über den Planungsausschuss beteiligt. Am Ende stehe dann die Zuweisung von abgestimmten Planfallzahlen. Das Ministerium plädiere dafür, diese Struktur im Gesetz festzuschreiben.

Die Rückfalloption sei eine rein formale Rückfalloption, die sich aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ergebe. Wenn es nicht gelinge sollte, sich zu einigen, dann griffen die Istzahlen, die 21er-Daten aus dem Krankenhausentgeltgesetz von vor zwei Jahren laut KHVVG/SGB V. Dann werde durch das InEK auf Bundesebene festgelegt, dass das Land entgegen seinen Bestrebungen keine Planfallzahlen festgelegt habe und dass stattdessen die Istzahlen, die tatsächlichen Leistungsdaten eingesetzt würden.

ParlR **Dr. Oppenborn-Reccius** (GBD) kündigt an, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst für die Beratung in der Sitzung am 16. Januar 2025 eine bereinigte Vorlage erarbeiten werde, in der er das Ergebnis der heutigen Beratung darstellen werde, und, wenn dies vom Ausschuss gewünscht werde, möglichst zeitnah mit dem Ministerium den Versuch unternehmen werde, Formulierungsvorschläge zu den in Rede stehenden Punkten des Gesetzentwurfs abzustimmen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) erklärt, dass der Gesetzentwurf aus der Sicht der CDU-Fraktion noch nicht abstimmungsfähig sei. Er bittet den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, mit dem Ministerium eine Formulierung für eine Kannregelung in § 5 oder § 6 a in dem beschriebenen Sinne zu erarbeiten.

#### **Weiteres Verfahren**

Der **Ausschuss** beauftragt den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung die erbetenen Formulierungsvorschläge abzustimmen, und stellt die abschließende Beratung des Gesetzentwurfs bis zur Sitzung am 16. Januar 2025 zurück.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 2:

### **Rechte und Schutz von Kindern stärken: Pubertätsblocker und Werbung für Geschlechtsumwandlungen untersagen**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/5077](#) neu

*erste Beratung: 46. Plenarsitzung am 29.08.2024*  
*AfSAGuG*

**hier:** Unterrichtung durch die Landesregierung

*zuletzt behandelt: 41. Sitzung am 05.09.2024*

#### **Unterrichtung**

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Eine Geschlechtsidentität, die nicht dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht, gibt es schon im Kindes- und Jugendalter, und zwar in unterschiedlichen Ausprägungen. Liegt eine Geschlechtsinkongruenz vor, können sich betroffene Kinder und Jugendliche nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. In diesen Fällen gibt es keine Indikation für eine medikamentöse oder gar operative Behandlung.

Wenn für das Kind ein anhaltender, krankheitswertiger psychischer Leidenszustand entsteht, so spricht man von einer Geschlechtsdysphorie. Die Betroffenen leiden unter einem durchdringenden Gefühl, sich in ihrem Körper nicht wohlfühlen, sie sind beeinträchtigt durch Ängste, Depression und Reizbarkeit. Bei Menschen mit schwerer Geschlechtsdysphorie können die Symptome lange anhalten und sehr ausgeprägt sein. Die Betroffenen haben in der Regel den starken Wunsch, ihren Körper medizinisch und/oder chirurgisch zu verändern, damit er besser zu ihrer Geschlechtsidentität passt.

Eine geschlechtsangleichende Behandlung beginnt bei Kindern und Jugendlichen zunächst mit der Einnahme sogenannter Pubertätsblocker. Mit ihnen lässt sich die physiologisch angelegte Geschlechtsreifung stoppen. Meist werden dazu sogenannte GnRH-Analoga verwendet. Diese führen bei regelmäßiger Anwendung nach einigen Wochen zu einem Sistieren der Ausschüttung von Geschlechtshormonen. Wichtig ist, dass diese Wirkung reversibel ist. Setzt man die Medikamente ab, nimmt der hormonelle Regelkreis seine Funktion wieder auf, und die Pubertätsentwicklung schreitet weiter voran. So lässt sich Zeit gewinnen, und die Entscheidung über eine Transition kann unbeeinträchtigt von der Sorge vor einer demnächst einsetzenden Entwicklung im Wesentlichen unveränderbarer Merkmale des biologischen Geschlechts - Stimmbruch, Bartwuchs, Ausbildung einer weiblichen Brust usw. - in Ruhe getroffen werden.

Fällt ein Entschluss der dann schon etwas älteren und gereiften Person für eine Fortsetzung der Transition, führen die nächsten Therapieschritte zu in der Regel irreversiblen Ergebnissen. Sogenannte Cross-Sex-Hormone (CSH) - etwa Testosteron, Östradiol oder Progesteron - werden gegebenenfalls im zweiten Schritt dazu genutzt, um bei als Jungen geborenen und zugeordneten Menschen mit Transitionswunsch typisch weibliche Geschlechtsmerkmale zu induzieren und umgekehrt bei als Mädchen zugeordneten Menschen eine Vermännlichung zu fördern, was sich

dann nicht bzw. nur sehr schwierig und meist auch nur unvollständig wieder rückgängig machen lässt. Das gilt nachvollziehbar noch mehr für geschlechtsangleichende Operationen. Da eine Fehlentscheidung zu sehr schwerwiegenden Belastungen führen kann, ist es hilfreich, wenn Betroffene durch ein Aufschieben der Pubertät die Möglichkeit erhalten, mit ihren Eltern und behandelnden Ärztinnen und Ärzten in aller Ruhe abzuwägen, und derart endgültige Maßnahmen ohne Zeitdruck geplant werden können.

Die Einnahme von Pubertätsblockern ist andererseits selbstverständlich nicht ohne Risiken. Die Entscheidung über die Verschreibung liegt daher ausschließlich im Ermessen der behandelnden Fachärztinnen und -ärzte. Sie sollte immer nur nach sehr sorgfältiger Prüfung der Indikation erfolgen - beispielsweise nicht bei einer reinen Geschlechtsinkongruenz ohne wesentlichen Leidensdruck. Wichtig ist auch eine besonders ausführliche Information über Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung sowie Risiken und potenzielle Folgen bei Nichtbehandlung. Die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen hat in besonderer Weise im Mittelpunkt zu stehen, und die Risiken sind immer im jeweils vorliegenden Einzelfall abzuwägen. Jegliche ideologisierenden Einflüsse haben hier zu unterbleiben.

Auch jegliche Art von Werbung verbietet sich selbstverständlich. Werbung ist aber nicht mit einem Zugang zu entsprechenden Informationen gleichzusetzen, die Betroffene sachlich bei dieser folgenreichen Entscheidung über ihre Möglichkeiten aufklären können.

Ref'in **Kantzke** (MS): Zu betonen ist, dass Pubertätsblocker nicht präventiv eingesetzt werden, sondern die natürliche Entwicklung der eigenen Sexualhormone abgewartet wird, bis Pubertätsblocker dann bei bestehendem Leidensdruck zum Einsatz kommen.

Der Bedarf für eine landesweite Kampagne zu Risiken und Nebenwirkungen von bestimmten Medikamenten wird nicht gesehen und eine solche Aufklärungskampagne zu den im Antrag genannten Themen fachlich auch nicht befürwortet. Die Entscheidung für oder gegen die Einnahme von Hormontherapien erfolgt generell im Austausch der Betroffenen, ihren Eltern und Sorgeberechtigten und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Bei Minderjährigen und noch nicht einwilligungsfähigen Personen richtet sich die Einwilligung in medizinische Behandlungen nach dem Familienrecht.

Bei der Geschlechtsidentität handelt es sich um einen selbstbestimmten Teil der eigenen Identität. Die Geschlechtsidentität wird intrinsisch festgelegt und kann nicht anezogen oder umerzogen werden. Das im Entschließungsantrag erwähnte „Rapid-Onset Gender Dysphoria (ROGD)“ ist nicht in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) dokumentiert. Es handelt sich bei dem von Lisa Littman 2017 etablierten Begriff und dargestellten Phänomen um eine reine Hypothese. Ihre Studie wurde bereits kurz nach Veröffentlichung methodisch in der Auswahl ihrer Erhebungsgruppe und in Korrelation auch inhaltlich stark kritisiert. Littman selbst überarbeitete die Ergebnisse und schrieb 2019, dass das von ihr beschriebene Phänomen und der Begriff „ROGD“ von Eltern und Kliniken mit Vorsicht zu verwenden seien, da dieses Phänomen keineswegs gänzlich auf die Gruppe der trans\* Jugendlichen projiziert werden könne und nicht zur Stigmatisierung dieser ohnehin schutzbedürftigen Personengruppe verwendet werden solle.

Ein Outing als transident ist auch heutzutage immer noch kein leichter Weg. Transidente Menschen sind häufig mit Unverständnis und Ablehnung konfrontiert. Um Betroffenen diese herausfordernde Zeit zu erleichtern, ist ein offener und sensibler Umgang vor allem mit transidenten

Jugendlichen unverzichtbar. Das Regenbogenportal des Bundes klärte zu Fragen zur geschlechtlichen und sexuellen Identität auf. Nur Menschen mit genügend Wissen können ihre eigene Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung verstehen und einordnen, wenn diese nicht hetero oder cis ist. Dieses Wissen ist elementar, wenn transidente Jugendliche Entscheidungen, wie das Streben nach der Einnahme von Hormontherapien oder Pubertätsblockern, fällen möchten. Das Regenbogenportal wurde Ende 2024 vom Bund eingestellt.

Um betroffene Jugendliche zu stärken, diese Entscheidung mit Weitsicht und in Abwägung aller potenziellen Konsequenzen zu treffen, ist eine gute Aufklärung zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt unabdingbar. Auch das Überwinden traditioneller Rollenbilder und darin determinierter Verhaltensweisen von Frauen und Männern könnte helfen, Unsicherheiten bei Jugendlichen bezüglich ihrer Geschlechtsidentität auszuräumen.

Eine unausgesprochene und nicht anerkannte Transidentität kann zu einem hohen Leidensdruck bei den Betroffenen führen. Im Sinne des Kindeswohls ist daher zu betonen, wie wichtig es ist, als öffentliche Jugend-, Freizeit- oder Bildungseinrichtung zu signalisieren, dass sich Kinder und Jugendliche den Mitarbeitenden mit ihren Sorgen und Ängsten jederzeit anvertrauen können, ohne dabei zu riskieren, von Erwachsenen diskriminiert zu werden oder Vorurteilen zu begegnen.

Aus der Sicht der Landesregierung gibt es keinen Anlass, eine Statistik zur Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die in Niedersachsen mit Pubertätsblockern behandelt werden, zu erheben.

### **Aussprache**

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Mich würde interessieren, ob mittlerweile Zahlen vorliegen, wie viele Kinder und Jugendliche in Niedersachsen mit Pubertätsblockern behandelt werden und, falls nein, ob geplant ist, das statistisch erfassen zu lassen. Wir hatten dazu ja bereits eine Anfrage gestellt.

Ref'in **Kantzke** (MS): Das ist die Kleine Anfrage, die am 11. April 2023 vom MS beantwortet wurde (s. [Drs. 19/1142](#)). An der Antwort hat sich nichts geändert.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Danke schön für die Unterrichtung. Sie haben den Unterschied zwischen Inkongruenz und Dysphorie dargelegt und die verschiedenen Behandlungsformen beschrieben: erst Pubertätsblocker und dann Cross-Sex-Hormone. Sie haben erwähnt, dass Pubertätsblocker nicht bei einer reinen Geschlechtsinkongruenz verschrieben würden, sondern nur bei einer Dysphorie. Von welchen Fachärzten werden Pubertätsblocker verschrieben? Mich interessiert, ob auch eine Form von psychologischer bzw. psychiatrischer Begutachtung dahintersteht.

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Das sind üblicherweise Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aber generell finde ich es gut, wenn eine solche Behandlung auch von einem endokrinologisch erfahrenen Arzt begleitet wird, der sich mit den Auswirkungen von Hormonen auf den Körper auskennt. Es ist auch wichtig, dass vorher psychologisch und psychiatrisch gut beraten wird. Das trifft ganz oft zu. Es ist immer im Einzelfall zu entscheiden. Das ist nicht ohne Nebenwirkungen und nicht ohne Risiken. Das gilt auch für die Pubertätsblocker, auch wenn die Wirkung reversibel ist. Sie halten ja praktisch die Pubertät nur an. Das sind GnRH-Analoga. Diese

Stoffe sehen für den Körper aus wie das Gonadotropin-Releasing-Hormon, das die Hypophyse anregt, Sexualhormone zu bilden, aber sie wirken nicht so. Sie setzen an den Rezeptoren an, besetzen diese Stellen und machen dann einfach nichts. Deswegen bildet die Hypophyse dann nach einigen Wochen - das wirkt ja nicht sofort - praktisch keine Hormone mehr, die die Eierstöcke oder Hoden wiederum anregen, ihrerseits Testosteron, Östradiol oder Progesteron auszuschütten. Trotzdem ist das alles nicht ohne Nebenwirkungen, und es ist immer im Einzelfall zu prüfen: Was schadet am wenigsten? Was ist für das betreffende Kind oder für die betreffende Jugendliche bzw. den betreffenden Jugendlichen die optimale Behandlung?

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung und die Ausführungen. Es wird ja schon länger an der S2k-Leitlinie gearbeitet, die ja genau festlegt, dass Endokrinologen, Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiater\*innen an der Indikation beteiligt sind, dass es verschiedene Stufen geben muss, dass eine Geschlechtsinkongruenz und eine Geschlechtsdysphorie festgestellt werden müssen plus die Voraussetzungen, die Sie eben schon genannt haben. Ist Ihnen bekannt, wann diese Leitlinie veröffentlicht werden soll? Wir erwarten sie ja schon seit mindestens einem halben Jahr.

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Sie sollte eigentlich schon im Mai 2024 veröffentlicht werden, aber ich habe nichts dazu gefunden. Wahrscheinlich machen es sich die Betroffenen damit nicht leicht.

Wichtig ist der Unterschied zwischen Inkongruenz und Dysphorie. Bei einer Inkongruenz fühlt jemand: Das stimmt nicht so richtig, es ist aber nicht so schlimm. Bei einer Dysphorie leiden die Betroffenen darunter; es muss also wirklich ein Leidensdruck bestehen.

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Gibt es schon Zahlen, wie viele Minderjährige in Niedersachsen ihren Geschlechtseintrag seit Inkrafttreten des Selbstbestimmungsgesetzes haben ändern lassen? Wenn Sie diese Frage nicht direkt beantworten können, bitte ich, die Antwort schriftlich nachzureichen.

Ref'in **Kantzke** (MS): Dazu liegen zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Zahlen vor. Das Innenministerium ist dafür zuständig. Dort sammelt man gerade noch und arbeitet an Statistiken. Von daher kann ich noch nichts dazu sagen. Mir ist auch nicht bekannt, ob in der Erhebung so stark hinsichtlich des Alters differenziert wird, weil das alles in der Zuständigkeit des Innenministeriums liegt.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für die ausgewogene Unterrichtung. Ich habe eine Frage zum Alter der Kinder. Das Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG) stellt ja auf das 14. Lebensjahr ab. Sie sprachen davon, dass zum Teil auch schon Kinder Pubertätsblocker bekommen. Um welches Alter geht es dabei? Ab welchem Alter geht man überhaupt frühestens ins Gespräch darüber?

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Ganz genau kann ich das nicht sagen. Ich denke, dass das sehr unterschiedlich ist. Ich habe gelesen, dass in manchen Fällen bereits Kinder das Gefühl haben: Irgendwie passt das Geschlecht nicht, in dem ich gerade lebe. - Ich schätze, das könnte ab dem 8. oder 9. Lebensjahr beginnen. Nach Freud gibt es ja eine Phase, in der die Kinder nicht richtig festgelegt sind. Es gibt die orale, die anale und die genitale Phase, und dann kommt eine Phase, in der praktisch Ruhe ist. Dann geht die Entwicklung erst los. Das wäre im Grundschulalter.

Ref'in **Kantzke** (MS): Ich möchte zu der Rückfrage noch betonen, dass im SBGG keinerlei medizinische Sachverhalte geregelt werden. Dabei geht es nur um die Änderung des Personenstandes. Von daher hat das auch keinen Einfluss auf die medizinische Behandlung.

Aus Trans-Communities kann ich berichten, dass es Fallbeispiele gibt, bei denen sich die Personen schon sehr früh darüber im Klaren waren, dass ihre Transidentität nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinkommt. Es gibt Fälle, in denen das den Betroffenen schon im Alter von fünf Jahren bekannt war. Das kann also auch sehr früh vorkommen.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Sie haben mir das, was ich zur Kenntnis geben wollte, vorweggenommen. Wir sollten die Themen medizinische Indikation, medizinische Behandlung, verschiedene Behandlungswege und das Selbstbestimmungsgesetz, das ja nur den Personenstand regelt, nicht vermischen. Das wird in dieser Diskussion leider sehr oft getan. Es gibt auch sehr viele transidente Personen, die lediglich ihren Geschlechtseintrag ändern lassen. Die medizinischen Behandlungen, die Personen an sich vornehmen lassen, sind dann sehr unterschiedlich. Das wollte ich gerne zu Protokoll geben.

Ref'in **Kantzke** (MS): Ich möchte noch darauf hinweisen, dass die Risiken und Nebenwirkungen von Pubertätsblockern in den Packungsbeilagen schön verschriftlicht sind. Aber die Risiken, die transidente Jugendliche oder Kinder eingehen, wenn sie diese Medikamente nicht einnehmen können und ihnen die Möglichkeit verwehrt wird, die Entwicklung in das nicht gewollte und nicht identifizierte Geschlecht aufzuhalten, sind nicht so einfach nachzulesen. Man muss sich an dieser Stelle wirklich mit den Studien beschäftigen. Das sollte in der Debatte immer mit betrachtet und bedacht werden.

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Auch die Entscheidung, das Geschlecht nicht zu ändern, obwohl man sich dem zugewiesenen Geschlecht nicht richtig zugehörig fühlt, gehört zur Diversität dazu. Das darf man auch nicht vergessen. Alle sollen so ja leben dürfen, wie sie dies gerne möchten. Dazu gehört auch zu sagen: Das passt für mich nicht, aber ich lasse das jetzt trotzdem so.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Ich habe noch eine Frage zur Wirkung von Pubertätsblockern. Der Einsatz von Pubertätsblockern ist ja kein Massenphänomen. Sie haben angedeutet, dass die Pubertätsblocker die Entwicklung nur aufhalten und nichts verändern. Sind Ihnen Studien bekannt, die die Wirkweise noch dezidierter untersuchen? Wir hatten gerade schon die Assoziation zur Antibabypille, da ja die Ausschüttung von Hormonen geblockt wird. - Sie schütteln schon den Kopf. Meine Frage zielt in die Richtung: Was können Pubertätsblocker anrichten? Gibt es Ihres Wissens Bestrebungen, über die Wirkweise noch mehr Evidenz zu bekommen? Denn wenn die Wirkweise der Medikamente im Ansatz verglichen werden kann, muss man ja auch in den Blick nehmen, wie viele Millionen Frauen bzw. auch junge Mädchen die Antibabypille nehmen. Ich will darauf hinaus, wie gefährlich das wirklich sein kann. Ist die Wirkweise sehr unterschiedlich, oder ist das Konzept vielleicht vergleichbar?

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Nein, das ist nicht vergleichbar. Die Bildung von Eizellen wird nicht unterdrückt, sondern kommt gar nicht erst zustande bzw. wird nicht durch die körpereigenen Hormone gefördert. Die Wirkung ist die Hormonwirkung, und auch die Nebenwirkungen entstehen durch die Hormonwirkung bzw. durch das Fehlen des Östradiols, obwohl die Pubertät eigentlich schon beginnen würde. Pubertätsblocker kommen selten zum Einsatz. Es gibt aber Untersuchungen und Studien dazu, was mit Kindern und Jugendlichen passiert, die aus anderen Gründen zu

spät in die Pubertät kommen. Es ist zum Beispiel aufgefallen, dass dann die Knochen brüchiger sind. Eine fehlende Östradiolwirkung kann grundsätzlich die Bildung von Osteoporose fördern. Das betrifft ja auch Frauen ab der Menopause: Es wird kein bzw. immer weniger Östradiol gebildet, und dann steigt die Osteoporosehäufigkeit. Natürlich kann man die Frage stellen, wie gut und sicher das alles nachgewiesen ist, aber davon kann man eigentlich ziemlich sicher ausgehen.

Es gibt auch weitere Studien - auf die man sich aber meines Erachtens nicht 100-prozentig verlassen kann -, nach denen bei spät einsetzender Pubertät - nichts anderes bewirken ja die GnRH-Analoga - das Herzinfarktrisiko erhöht ist und EKG-Veränderungen im Sinne einer QT-Verlängerung, wenn man ganz bestimmte Medikamente einnimmt, zu gefährlichen Arrhythmien führen können. Wenn es Hinweise darauf gibt, dann ist das für mich aber noch kein hinreichender Beleg für einen Zusammenhang mit dem Einsatz von Pubertätsblockern. Auch die Glucosetoleranz soll beeinflusst werden. Das ist im Alter wahrscheinlich auch tatsächlich der Fall; bei Kindern vielleicht höchstens bei Diabetikern. Aber die haben ja irgendwann ohnehin keine Insulinausschüttungen mehr. Für mich wäre das alles insofern nicht spruchreif oder geeignet, um zu sagen, dass man das auf gar keinen Fall machen kann. Denn wenn jemand wirklich extrem darunter leidet, bringt er sich schlimmstenfalls um. Dann muss man abwägen, was gefährlicher ist.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Gibt es dazu eine aktuelle Studie?

RefL'in **Dr. Reinelt** (MS): Es gibt alle möglichen Studien. Das müsste ich herausuchen und vorlegen.

Ref'in **Kantzke** (MS): Zur erhöhten Suizidprävalenz bei Transjugendlichen gibt es tatsächlich verschiedene Studien, vor allem aus der Schweiz.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Zur Studienlage möchte ich gerne ergänzen: Die S2k-Leitlinie beruht laut Klassifikation auf der zweithöchstmöglichen Evidenz. Das Problem bei Pubertätsblockern ist, dass Kontrollstudien ethisch nicht vertretbar sind. Das grenzt uns mit Blick auf die Evidenz ein bisschen ein. Deswegen dauert die Veröffentlichung dieser Leitlinie wahrscheinlich so lange. Dazu möchte ich auch zu bedenken geben, dass es im Umfeld auch sehr viele transfeindliche Debatten und Angriffe gibt und dass nicht ausgeschlossen ist, dass es in der gesamten Bevölkerung, das heißt auch beim medizinischen Fachpersonal, gewisse Agitationen gibt. Das muss man, glaube ich, mit bedenken. Nach meiner Kenntnis besagt aber die Studienlage eigentlich schon lange, dass Pubertätsblocker sicher sind und dass sie bereits langfristig evidenzbasiert eingesetzt werden. Nach meinen Gesprächen mit entsprechenden Fachärzt\*innen zu diesem Thema ist das, was die S2k-Leitlinie an Indikationsstellungen beinhalten wird, bereits gelebte Praxis.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung. Der Antrag wird zu gegebener Zeit wieder auf die Tagesordnung gesetzt.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 3:

a) **Fortschreibung des Krankenhausplans**

Unterrichtung - [Drs. 19/6103](#)

b) **Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans**

Unterrichtung - [Drs. 19/6115](#)

*zu a: gemäß § 62 Abs. 1 GO LT überwiesen am 17.12.2024*

*federführend: AfSAGuG*

*mitberatend: AfHuF*

*zu b: gemäß § 62 Abs. 1 GO LT überwiesen am 18.12.2024*

*federführend: AfSAGuG*

*mitberatend: AfHuF*

### **Unterrichtung**

RefL **Dr. Robbers** (MS): Über die Fortschreibung des Krankenhausplans entsprechend der Unterrichtung zu a) in der [Drs. 19/6103](#) habe ich den Ausschuss bereits in der 51. Sitzung am 14. November 2024 unmittelbar nach der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 13. November 2024 unterrichtet. Dabei geht es um Änderungen der Zahl der Betten und von Fachrichtungen an einzelnen Standorten von Krankenhäusern. Ich schlage vor, sie jetzt nicht noch einmal im Einzelnen durchzugehen, aber bin gerne bereit, auf gezielte Fragen dazu einzugehen.

Zu der Unterrichtung zur Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans in der [Drs. 19/6115](#): Wir haben im Planungsausschuss die Zulassung eines Regionalen Gesundheitszentrums in Holzminden in den Räumlichkeiten des ehemaligen Krankenhauses Holzminden, das im Dezember 2023 insolvenzbedingt schließen musste, beraten. Dort gibt es einen Träger, der die Einrichtung eines Regionalen Gesundheitszentrums mit 18 Betten in der Inneren Medizin und 2 Betten in der Chirurgie beantragt hat. In der Sitzung des Planungsausschusses konnte dazu kein Einvernehmen hergestellt werden. In der Konsequenz haben wir unmittelbar danach ein Umlaufverfahren als erforderliche zweite Beratung zur Herstellung eines Einvernehmens gestartet. Auch in diesem Umlaufverfahren im Dezember konnte kein Einvernehmen hergestellt werden. Mit diesen zwei Beratungen - einmal im Planungsausschuss und einmal im Umlaufverfahren - hat nach der Rechtsprechung das Land Niedersachsen alles Mögliche unternommen, um dieses Einvernehmen herzustellen, und sich damit in die Lage versetzt, auch selbstständig über diesen Antrag zu entscheiden. Das hat das Kabinett getan. Somit wird das Regionale Gesundheitszentrum mit insgesamt 20 Betten zum 1. April 2025 in Holzminden in Teilen des ehemaligen Krankenhauses Holzminden in Betrieb gehen.

### **Aussprache**

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Ich habe eine Frage zu der [Drs. 19/6103](#), auf die Sie jetzt nicht mehr im Detail eingegangen sind. In der Versorgungsregion 4

soll die Zahl der Planbetten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie im AMEOS Klinikum Seepark, Geestland, um 10 Planbetten erhöht werden. Der Träger AMEOS steht über die Zustände in Osnabrück hinaus regelmäßig im Fadenkreuz von Diskussionen auch in der Öffentlichkeit auch aufgrund seiner baulichen Investitionen und der Zuverlässigkeit der Maßnahmen, die dort umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang sind bereits Landtagsabgeordnete aller Fraktionen auch von vielen Patientinnen und Patienten kontaktiert worden. Ich bitte Sie um eine Einschätzung, inwiefern die baulichen Zustände auch im AMEOS Klinikum Seepark, Geestland, und die Umsetzung von Maßnahmen bisher Anlass zur Sorge gegeben haben. Wir haben erfahren, dass in der Vergangenheit manchmal Anträge zurückgezogen worden sind und Anträge vom Träger nicht mehr aufgefunden worden sind, sodass er im Ministerium nachgefragt hat, wo die Anträge wohl sein mögen. Mich interessiert also Ihre Einschätzung des Trägers konkret in Bezug auf das AMEOS Klinikum Seepark, Geestland, und auch darüber hinaus landesweit. Das würde uns sehr interessieren.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Das AMEOS Klinikum Seepark, Geestland, war ursprünglich ein sehr besonderes Krankenhaus in Niedersachsen mit einem sehr speziellen Versorgungsauftrag, der auf dem Papier eigentlich gar nicht zueinander gepasst hat. Vor meiner Tätigkeit im Ministerium vor 20 Jahren hatte ich eine solche Kombination der Fachrichtungen Urologie, Orthopädie und Psychiatrie noch nie gesehen. Das hat sich aus der Historie ergeben, dass dort früher vorwiegend Kinder mit bestimmten degenerativen und seltenen Erkrankungen behandelt worden sind. Das ist ja kein klassisches Angebot, das man im Allgemeinen kennt. Über den Träger der Seeparkklinik Geestland gab es in der Vergangenheit keinerlei Beschwerden. Die Welt hat sich natürlich weiterentwickelt. Gerade im somatischen Bereich hat AMEOS vor einiger Zeit gemeinsam mit uns und der Freien Hansestadt Bremen abgestimmt, dass die somatischen Fachdisziplinen nach Bremerhaven verlagert werden im Bereich Urologie und Orthopädie, was ja durchaus Sinn macht, weil sich die Keimzelle, dass dort früher vorwiegend Kinder bzw. Fehlbildungen behandelt wurden, dann ja auch verlagert hat. Dem Antrag haben wir zusammen mit Bremen stattgegeben. Dass die Somatik an einer Stelle konzentriert wird, ist ja in diesem Fachgebiet nicht so weit weg und auch kein Thema der wohnortnahen Versorgung, was Orthopädie und Urologie angeht. Insofern wird dort jetzt nur noch Psychiatrie betrieben. Ich habe für Geestland keinen Bau- bzw. Förderantrag für Psychiatrie. Die Situation in Geestland ist ja ein Stück weit anders. Anders als im ehemaligen Landeskrankenhaus in Osnabrück - diese Diskussion verfolge ich natürlich auch sehr intensiv - gibt es dort keinen Maßregelvorzug. Dort gibt es zwar auch eine kleine geschlossene Einheit, aber das ist eigentlich eine klassische Psychiatrie, ähnlich wie in Haselünne und an anderen Standorten, ohne besonders schwere Fälle. In Bezug auf Osnabrück gibt es ja gerade zu Recht intensive Diskussionen um die Zustände in der Gerontopsychiatrie als großer psychiatrischer Träger mit einer großen Gerontopsychiatrie. Die Platzzahlen und psychiatrischen Zahlen in Geestland sind ja deutlich geringer als in einem ehemaligen Landeskrankenhaus. Beschwerden von Patientinnen und Patienten oder eine fehlende Mitwirkung des Trägers in Geestland, was bauliche oder pflegerische Maßnahmen angeht, liegen uns nicht vor. Das läuft dort eigentlich sehr unauffällig. Dann unterstellen wir auch, dass es gut läuft.

Wir beschäftigen uns natürlich nach wie vor sehr intensiv mit der Situation des Klinikums in Osnabrück. Ihre Ausführungen über Anträge, die Beteiligte irgendwo suchen oder meinten, gestellt zu haben, treffen in der Tat ein Stück weit zu. Wir recherchieren da auch selber, sind aber der Meinung, dass wir das alles immer sehr ordnungsgemäß abgearbeitet haben. Da sind wir in Gesprächen. Es gab ja auch hier im Ausschuss schon eine große Debatte über das AMEOS Klinikum

Osnabrück. Das kann ich aus meiner Perspektive, was die bauliche Mitwirkung des Trägers angeht, durchaus nachvollziehen. Ich habe jetzt einen Anruf von AMEOS bekommen, dass man mit mir in Kürze über eine Aktualisierung des Bauantrags für die Gerontopsychiatrie in Osnabrück auf Arbeitsebene sprechen möchte. Das Gesprächsangebot habe ich, wie immer, angenommen. Wir werden dann sehen, wie konstruktiv das verläuft und ob wir in absehbarer Zeit einen neuen prüffähigen Antrag haben. Hinzuweisen ist natürlich darauf, dass es seinerzeit, noch lange vor der Corona-Pandemie, nach meiner Erinnerung um eine Summe von knapp unter 10 Millionen Euro für die Sanierung der Gerontopsychiatrie gegangen ist. Wir werden mittlerweile über ganz andere Volumina reden, mindestens doppelt so viel. Wenn wir jetzt im Frühjahr mit dem Träger auf Arbeitsebene über bauliche Möglichkeiten reden, dann müssen wir dazu noch in den Planungsausschuss gehen, der ja noch sein Okay für diese neue Planung mit der höheren Summe geben muss. Dann geht das in die fachliche Prüfung und Beratung. Wir reden dann aber nicht von einer Förderung in diesem Jahr oder im nächsten Jahr, sondern das ist ein Prozess, den wir beginnen, was eine bauliche Förderung angeht, wie bei jedem anderen Träger auch.

**Abg. Delia Klages (AfD):** Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Meine erste Frage: Sie haben erwähnt, dass es für das Regionale Gesundheitszentrum in Holzminden im Planungsausschuss zu keiner Einigung gekommen ist und dass es dann einen Kabinettsbeschluss gegeben hat. Aus welchem Grund hat es im Planungsausschuss keine Einigung gegeben?

Meine zweite Frage: Unter dem Tagesordnungspunkt 1 haben wir ausführlich darüber gesprochen, dass bei der Planung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen noch ganz viel im Unklaren ist. Welche Auswirkungen hat dieses Unkenntnis auf die Entscheidung, jetzt in Holzminden ein Regionales Gesundheitszentrum ans Netz gehen zu lassen, und wie soll der Landkreis Holzminden, der als einziger Landkreis in Niedersachsen kein Krankenhaus mehr hat, in Zukunft planerisch behandelt werden?

**RefL Dr. Robbers (MS):** Zu Ihrer ersten Frage, warum es im Planungsausschuss kein Einvernehmen gegeben hat: Das Einvernehmen konnte deshalb nicht hergestellt werden, weil die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen nicht der Überzeugung waren, dass es eines Regionalen Gesundheitszentrums in Holzminden bedarf, sondern dass eine gut erreichbare stationäre Versorgung auch durch das benachbarte Krankenhaus in Höxter auf der anderen Seite der Weser sichergestellt werden kann. Diese beiden Städte sind ja durch den Fluss geteilt. Also rein von der Entfernung her hat die GKV den Standpunkt vertreten, dass mit dem Krankenhaus in Höxter ein großer Schwerpunktversorger zur Verfügung steht, der bereits seit einem Jahr, nachdem das Krankenhaus in Holzminden geschlossen worden war, auch die Versorgung dort sichergestellt hat. Deshalb hat die GKV sowohl im Planungsausschuss als auch im Umlaufverfahren kein Einvernehmen hergestellt. Wir sind hingegen der Auffassung, dass ein Regionales Gesundheitszentrum in Holzminden sehr viel Sinn macht, weil es dort zum einen keine somatische Versorgung mehr in einem Krankenhaus gibt, die wir für die Bevölkerung dort dennoch sicherstellen wollen, und zum anderen mit dem Aufbau und der Zulassung eines Regionalen Gesundheitszentrums gerade dafür gesorgt werden kann, dass leichtere und nicht schwerkranke Fälle wohnortnäher behandelt werden können und dann die großen Schwerpunktversorger gerade auch um diese leichteren Fälle entlastet werden; denn wir haben ja durchaus an vielen Stellen Kapazitätsprobleme baulicher und personeller Art. Von daher sind wir der Überzeugung, dass das Regionale Gesundheitszentrum in Holzminden dort zugelassen werden muss.

Zu Ihrer zweiten Frage möchte ich zunächst darauf hinweisen, dass es im Landkreis Holzminden das Albert-Schweitzer-Therapeutikum gibt. Das ist ein zugelassenes Plankrankenhaus, aber ein Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das ist also nicht der einzige Landkreis ohne Plankrankenhaus. Richtig wäre: der einzige Landkreis ohne somatisches Plankrankenhaus.

Die Unsicherheit über das, wie wir die Krankenhausplanung in Zukunft betreiben - mit wie vielen Leistungsgruppen, mit Planfallzahlen, Ist-Fallzahlen, geschätzten Fallzahlen oder wie auch immer -, hat relativ wenig damit zu tun, dass wir der Überzeugung sind, für die Menschen im Landkreis Holzminden durch die Zulassung des Regionalen Gesundheitszentrums eine wohnortnahe und gut erreichbare Erstversorgung sicherzustellen. Die Grundkonzeption dieses Regionalen Gesundheitszentrums wird dort keine Vor- oder Nachteile gegenüber den möglichen Auswirkungen der Krankenhausreform haben, weil der Bund gerade durch die positiven Erfahrungen mit den Sondermodellen, die Niedersachsen schon seit einiger Zeit in Norden, Bad Gandersheim und Ankum umgesetzt hat, auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen einführen will. Diese sind bereits im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verankert. Insofern ist die Zulassung des Regionalen Gesundheitszentrums Holzminden im Einklang mit den geplanten Änderungen, die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zu erwarten sind.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank, dass Sie noch einmal die Gelegenheit genutzt haben, die Gründe aufzuführen, die für das Regionale Gesundheitszentrum in Holzminden gesprochen haben. Wir haben mit dem Niedersächsischen Krankenhausgesetz ja ausdrücklich unseren Willen als Gesetzgeber kundgetan, solche Zentren zuzulassen und damit dort, wo es kein Krankenhaus mehr gibt, die Grund- und Regelversorgung zu gewährleisten. Man wird die Entwicklung in den nächsten Jahren abwarten müssen. Sie bieten aber eine Möglichkeit, den Menschen ein Stück weit Unsicherheit zu nehmen. Ich glaube, dass die Entscheidung deshalb umso wichtiger war, damit gerade jetzt für den Landkreis Holzminden Klarheit besteht. Insofern begrüße ich das außerordentlich. Wir werden in Zukunft den Blick darauf richten, wie sich diese Zentren entwickeln und was man tun kann, um das zu unterstützen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Auch die CDU-Fraktion begrüßt die Entscheidung für dieses Regionale Gesundheitszentrum in Holzminden ausdrücklich.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Wir begrüßen das nicht nur als Fraktion, sondern auch in meinem Austausch mit den Menschen vor Ort ist das als sehr positives Signal wahrgenommen worden. Ich glaube, das ist der richtige Weg, um das Vertrauen in die Versorgung vor Ort sicherzustellen und dem auch gerecht zu werden.

## **Beschluss**

Der **Ausschuss** nimmt die Unterrichtungen über die Fortschreibung des Krankenhausplans zur Kenntnis.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 4:

**Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zur Versorgung von ME/CFS-Betroffenen in Niedersachsen**

**Beschluss**

Der **Ausschuss** beschließt einstimmig, sich durch die Landesregierung in einer der nächsten Sitzungen über die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen in Niedersachsen unterrichten zu lassen.

\*\*\*