

N i e d e r s c h r i f t
über die 66. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung
am 21. August 2025
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Ladenöffnungs- und Verkaufszeiten**
Gesetzentwurf der Fraktion der AfD - [Drs. 19/7484](#)
Beginn der Beratung, Verfahrensfragen..... 5

2. **Entwurf eines Gesetzes zur Verwirklichung der Gleichberechtigung**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/7500](#)
Beginn der Beratung, Verfahrensfragen..... 6

3. **Unterrichtung durch die Landesregierung und die PD (Partnerschaft Deutschland) - Berater der öffentlichen Hand GmbH zum Bedarfsgutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen**
Unterrichtung 7
Aussprache 23

4. a) **Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -

[Drs. 19/7478](#)

b) **Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Situation der Geburtshilfe in Niedersachsen**

Unterrichtung zu a)..... 37

Aussprache zu a)..... 37

Unterrichtung zu b)..... 42

Aussprache zu b)..... 42

5. **Die Zukunft der Medizin: geschlechtsspezifische Forschung und Versorgung stärken!**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/7491](#)

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen..... 44

6. **Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans**

Unterrichtung - [Drs. 19/7515](#)

Unterrichtung 45

Beschluss..... 45

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) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (i. V. d. Abg. Swantje Schendel) (GRÜNE)
13. Abg. Nicolas Mülbrecht Breer (i. V. d. Abg. Eva Viehoff) (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (zu TOP 1 vertreten durch die per Videokonferenztechnik zugeschaltete Abg. Vanessa Behrendt) (AfD)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrat Dr. Oppenborn-Reccius (Mitglied),
Oberregierungsrätin Dr. Wetz.

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 13.00 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 64. und 65. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Ladenöffnungs- und Verkaufszeiten

Gesetzentwurf der Fraktion der AfD - [Drs. 19/7484](#)

erste Beratung: 68. Plenarsitzung am 25.06.2025

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD) beantragt eine Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Gesetzentwurf möglichst bereits in der nächsten Sitzung, zu der auch der Abg. Moriße (AfD) eingeladen werden sollte, der den Gesetzentwurf in der 68. Sitzung des Landtags eingebracht habe.

Weiteres Verfahren

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

Tagesordnungspunkt 2:

Entwurf eines Gesetzes zur Verwirklichung der Gleichberechtigung

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/7500](#)

erste Beratung: 68. Plenarsitzung am 25.06.2025

federführend: AfsAGuG

mitberatend: AfRuV

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

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen

Abg. **Karin Emken** (SPD) schlägt vor, zunächst die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Gesetzentwurf zu bitten und im weiteren Verfahren eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchzuführen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE) und Abg. **Sophie Ramdor** (CDU) schließen sich diesem Verfahrensvorschlag an und sprechen sich dafür aus, zeitnah die Beratung des Gesetzentwurfs aufzunehmen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zu dem Gesetzentwurf. In der nächsten Ausschusssitzung will er sich über einen Termin für die Anhörung zu dem Gesetzentwurf verständigen.

Tagesordnungspunkt 3:

Unterrichtung durch die Landesregierung und die PD (Partnerschaft Deutschland) - Berater der öffentlichen Hand GmbH zum Bedarfsgutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen

Der Ausschuss war in der 65. Sitzung am 19. Juni 2025 unter TOP 1 übereingekommen, sich das Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen durch PD - Berater der öffentlichen Hand GmbH vorstellen zu lassen.

Die Präsentation ist dieser Niederschrift in Großformat als **Anlage 1** beigelegt.

Unterrichtung

Dr. Thomas Topf (PD): Kurz zu meiner Person: Seit sieben Jahren bin ich als Gesundheitsökonom bei der PD tätig und von Anfang an mit der Krankenhausplanung und den Leistungsgruppen befasst. Vor der PD war ich einige Zeit bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und davor mehrere Jahre in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats im Bundesministerium für Gesundheit tätig. Gemeinsam mit Frau von Ameln habe ich das Gutachten für Nordrhein-Westfalen erstellt, in dem wir gemeinsam mit der TU Berlin und der Lohfert & Lohfert AG die Leistungsgruppenplanung vorgeschlagen haben. Seitdem unterstützen wir sehr intensiv die Ministerien bei der Analyse der Krankenhauslandschaft in insgesamt neun Bundesländern. Aktuell unterstützen wir elf Bundesländer bei der Umsetzung der Krankenhausplanung.

Winnie von Ameln (PD): Auch ich möchte mich zunächst kurz vorstellen: Ich bin Managerin bei der PD und seit sieben Jahren dabei. Von Haus aus bin ich Wirtschaftsingenieurin mit dem Schwerpunkt Gesundheitstechnik. Ich habe damals an dem Lehrstuhl von Herrn Professor Busse studiert und gearbeitet. Gemeinsam mit Herrn Dr. Topf war ich im Gutachterteam in NRW und darüber hinaus auch in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt tätig. Ich habe bei der Erstellung des Gutachtens unterstützt und begleite mehrere Ministerien bei der Krankenhausplanung.

Dr. Thomas Topf (PD): Ich möchte zunächst kurz die PD (Partnerschaft Deutschland) - Berater der öffentlichen Hand GmbH vorstellen.

Die PD ist Partnerin der Verwaltung. Wir arbeiten gemeinsam mit Ihnen an Deutschlands Zukunft – für die öffentliche Hand von morgen.

100% Prozent im Besitz öffentlicher Gesellschaften

275 Gesellschafter*innen

1.250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die PD ist die Inhouse-Beratung der öffentlichen Hand.
Unsere Auftraggeber und Gesellschafter sind ausschließlich Bund, Länder, Kommunen sowie andere öffentliche Körperschaften und Einrichtungen.
Unsere Gesellschafter können uns im Rahmen der Inhouse-Vergabe direkt beauftragen.
Als Partnerin der Verwaltung bieten wir der öffentlichen Hand fundierte Beratungs- und Managementleistungen zur effizienten moderneren Verwaltung und Infrastruktur an.

Das Besondere an unserer Beratung:
Wir agieren neutral, unabhängig und raten konsequent vom unternehmerischen Privatisten ab.
Wir hochfragen gewählte Akteure und entwickeln neue Impulse.
Wir stehen für eine ganzheitliche Herangehensweise, strategische Planung und einen klaren Fokus auf Nachhaltigkeitsszenarien.
Wir erreichen Qualität und Innovation durch das Know-how der über 800 Beraterinnen aus den Bereichen Verwaltung und Privatwirtschaft sowie aus einer Vielzahl von Studien und Fachpublikationen.
Wir sind die Inhouse-Beratung der öffentlichen Hand.

PD ist ein besonderes Unternehmen: Wir sind zu 100 % im Eigentum der öffentlichen Hand. Wir beraten ausschließlich unsere Gesellschafter, also ausschließlich Kunden im öffentlichen Bereich. Aktuell haben wir 275 Gesellschafter. Wir sind ein recht großes Unternehmen mit knapp 1 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Als ich vor sieben Jahren zur PD gekommen bin, waren es 160 Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter. Das war also ein ziemlich großes Wachstum.

Von acht Städten aus beraten wir bundesweit unsere 275 Gesellschafter¹. Der PD-Gesellschafterkreis verteilt sich auf alle Bundesländer.

PD-Gesellschafterkreis

- Bundesrepublik Deutschland
- 14 Bundesländer
- Kommunale Gesellschafter²
- Universitätsklinik und kommunale Großkrankenhaus
- Körperschaften
- Öffentliche Unternehmen
- Hochschulen und Forschungseinrichtungen
- Weitere öffentlich-rechtliche Gesellschafter
- Republik Zypern

Unsere Standorte und Büros

- Berlin
- Düsseldorf
- Karlsruhe
- Hamburg
- München
- Nürnberg
- Stuttgart
- Wiesbaden

Wir beraten in den verschiedensten Bereichen und haben verschiedenste Gesellschafter: Bundesländer, große Universitäten, Körperschaften und auch die Republik Zypern. In Deutschland sind wir sehr gut verteilt. Wir haben mehrere Büros. Einzige die beiden Bundesländer Sachsen und Bayern sind noch nicht Gesellschafter; aber daran arbeiten wir noch.

Agenda

1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens	5
2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick	8
3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen	11
4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche	16
5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen	38

Wir werden Ihnen zunächst die Ziele des Gutachtens vorstellen. Anschließend werde ich einen kurzen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse und danach über die stationäre Versorgung in Niedersachsen geben. Frau von Ameln wird dann ausgewählte Leistungsbereiche im Detail vorstellen und darauf eingehen, wie wir vorgegangen sind und zu welchen Ergebnissen wir im Detail gekommen sind.

Unsere Zusammenfassung werden wir dann mit einer Darstellung der Handlungsempfehlungen abschließen.

Fragestellungen und Ziel des Gutachtens

Das Gutachten soll als Grundlage für einen **neuen Krankenhausplan in Niedersachsen** dienen, der die Vorgaben aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) umsetzt

Stationäre Versorgung der Bevölkerung

- Wo besteht eine Über- oder Unterversorgung?
- Wo sind (zu) lange Fahrzeiten/weite Strecken zurückzulegen?

Fallzahlprognose

- Welche Effekte ergeben sich aus der demografischen und epidemiologischen Entwicklung der Bevölkerung?
- Zeithorizont 2040

Bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige, medizinische Versorgung der Bevölkerung

- Welche Auswirkungen hat das KHVVG auf die Versorgung?

Das Hauptziel des Gutachtens ist die Vorbereitung der Erstellung des neuen Krankenhausplans, der jetzt im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes notwendig geboten ist. Insbesondere stellen sich die Fragen: Gibt es eine Überversorgung und vielleicht auch Regionen mit einer Unterversorgung? Wie sind die Fahrzeiten zu medizinischen Leistungen? Unterscheiden sie sich von Region zu Region? Unterscheiden sich auch die Leistungen? Im Krankenhausplan geht es natürlich vor allem um die Zukunft: Wie wird sich die Fallzahl entwickeln? Welche Effekte sehen wir? Ziel ist es natürlich, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die niedersächsische Bevölkerung sicherzustellen.

Ziel ist es natürlich, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die niedersächsische Bevölkerung sicherzustellen.

Datenbasis des Gutachtens

Öffentliche und nicht-öffentliche Daten werden zusammengeführt und miteinander verknüpft*

- § 21-KHEntG-Daten 2018 bis 2023 (Abrechnungs- und Behandlungsdaten der Krankenhäuser)
- Interviews mit ausgewählten Akteurinnen und Akteuren der gesundheitlichen Versorgung in Niedersachsen
- Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser 2018 bis 2023
- Statistische Daten (u. a. demographische und epidemiologische Daten)

Für ein solches Gutachten benötigt man immer eine große Datenbasis. So haben wir die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes genutzt. Das sind Abrechnungsdaten der Krankenhäuser. Wir hatten die Möglichkeit, dafür die Daten von 2018 bis 2023 zu nutzen. Das sind knapp 9,5 Millionen Krankenhausfälle.

Von jedem dieser Krankenhaufälle haben wir Informationen bezüglich Alter, Geschlecht, Behandlung und Ähnlichem. Das ist die wesentliche Grundlage für unsere Analysen.

Angereichert haben wir diese Informationen durch Interviews mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen in Niedersachsen, insbesondere mit Mitgliedern des Krankenhausplanungsausschusses. Darüber hinaus haben wir öffentlich verfügbare Daten genutzt, insbesondere die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, aber auch demografische und epidemiologische Daten, die über das Landesamt für Statistik zur Verfügung stehen.

Agenda	
1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens	5
2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick	8
3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen	11
4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche	16
5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen	38

Zu den wesentlichen Ergebnissen kann ich als Allererstes feststellen, dass die Versorgung in Niedersachsen insgesamt gut bis sehr gut ist. Wir erkennen eine sehr gute Erreichbarkeit der stationären Versorgung für viele Leistungsgruppen.

Zentrale Ergebnisse des Gutachtens im Überblick	
Thematik	Ergebnisse / Zentrale Aussagen
Erreichbarkeit	• Insgesamt gute Erreichbarkeit stationärer Versorgung, aber regionale Unterschiede, z. B. Elbe-Weser, Lüneburg, Diepholz mit längeren Fahrzeiten für einige Leistungsgruppen.
Regionale Unterschiede	• Z. B. südliches Niedersachsen: Alterung bei Bevölkerungsrückgang; Nordosten: dünn besiedelt, geringe Fallzahlen.
Notfallversorgung	• Flächendeckend gegeben, jedoch in einigen Regionen Optimierungspotenzial durch telemedizinische Konzepte und länderübergreifende Kooperationen.
Angebotsdichte & Qualität	• Teilweise hohe Angebotsdichte vor allem bei elektiven Leistungen (z. B. Endoprothetik); Konzentration kann Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern.
Demografie & Fallzahlprognose	• Bevölkerungswachstum führt insgesamt zu steigendem Versorgungsbedarf bis 2040; demografiedingte Unterschiede in Leistungsgruppenentwicklung; Ambulantisierung kann stationäre Fallzahlen senken. Der Ausbau ambulanten Angebots ist geplant. • Prognosen basieren auf 2023-Daten; fortlaufende Überprüfung notwendig; externe Faktoren (z. B. Pandemien) beeinflussen Entwicklung.
Bettenkapazitäten	• Rund 5.000 Planbetten 2023 ungenutzt; theoretisch 12 % Reduktion möglich; regionale Anpassung erforderlich; aber steigender Bettenbedarf im Vergleich zu 2023 bis 2040 möglich.

Gleichwohl ist Niedersachsen ein sehr besonderer Fall, da es viele Phänomene widerspiegelt, die auch in anderen Bundesländern vorherrschen. Es gibt auf der einen Seite extrem gut versorgte Regionen mit extrem kurzen Erreichbarkeiten und einer hohen Bevölkerungsdichte. Auf der anderen Seite gibt es auch eher dünn besiedelte Regionen, zum Beispiel Elbe-Weser, Lüneburg und Diepholz, wo die Ver-

sorgungsdichte weniger gut ist und die Bewohner zum Teil mit längeren Fahrzeiten rechnen müssen.

Darüber hinaus zeigt sich auch, dass die Zusammensetzung der Bevölkerung regional deutlich unterschiedlich ist. In den Ballungszentren gibt es eine relativ junge Bevölkerung, während im südlichen Niedersachsen eher eine ältere Bevölkerung vorhanden ist und dort auch mit einer Zunahme der Älteren gerechnet werden muss.

Für die Bevölkerung und für Sie ist es sicherlich besonders wichtig, dass in Niedersachsen eine flächendeckende Notversorgung vorhanden ist. Dennoch gibt es teilweise Optimierungspotenzial, insbesondere in den dünn besiedelten Regionen und an den Landesgrenzen. Dort sind sicherlich telemedizinische Konzepte, aber auch länderübergreifende Kooperationen das Mittel der Wahl, um auch dort die Versorgung adäquat sicherzustellen.

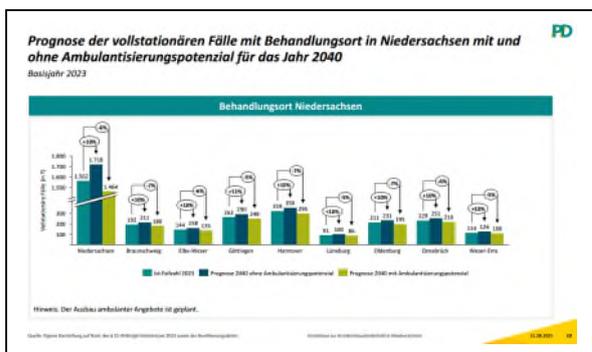
Durch die unterschiedlichen Bevölkerungsdichten erkennt man auch eine deutlich unterschiedliche Konzentration von Anbietern. So ist insbesondere um Hannover und Göttingen eine relativ dichte Versorgung vorhanden, vor allem bei elektiven Leistungen. Hier stellt sich uns die Frage,

ob in diesen Regionen eine Konzentration dazu beitragen könnte, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit zu steigern. Die Daten zeigen deutlich, dass es insbesondere in diesen Regionen relativ viele Anbieter gibt, die teilweise nur wenige Fallzahlen im Jahr bearbeiten.

Bei der Demografie gibt es deutlich regionale Unterschiede in Niedersachsen. Insgesamt ist die Situation aber anders als in anderen Bundesländern. In Niedersachsen ist ein eher positiver Bevölkerungszuwachs zu erwarten, zumindest wenn man positive Annahmen trifft. Dieses Wachstum hat jedoch unterschiedliche Auswirkungen auf die Leistungsgruppen bzw. auf die Nachfrage nach Leistungen. So wird es in Zukunft wahrscheinlich auf der einen Seite mehr Nachfrage nach geriatrischen Leistungen, aber auf der anderen Seite eher weniger Nachfrage zum Beispiel nach Kinder- und Jugendmedizin geben.

Für dieses Gutachten, das im April dieses Jahres veröffentlicht wurde, konnten wir nur noch auf die Daten von 2023 zurückgreifen. Darin kann man aber immer noch einige Corona-Effekte beobachten, sodass wir empfehlen, die Prognose regelmäßig fortzuführen.

Darüber hinaus ist noch nicht genau klar, wie sich der Ausbau der ambulanten Angebote auf die Nachfrage auswirken wird. Das werde ich auf der nächsten Folie zeigen. Dort werden Sie sehen, dass es entscheidend ist, inwieweit es gelingen wird, heute noch stationär behandelte Fälle in Zukunft auch ambulant behandeln zu können. Sie können sich vorstellen, dass genau diese Unsicherheit hinsichtlich der Anzahl der zukünftigen Fälle natürlich auch Unsicherheiten bezüglich der Bettenkapazitäten hervorruft. Neben einer Reduktion ist es genauso gut auch möglich, dass wir mit einem steigenden Bettenbedarf bis 2040 rechnen müssen.



In dieser Grafik sind ganz links für Niedersachsen die Zahl der stationären Fälle im Jahr 2023 und die Schätzung der vollstationären Fälle für das Jahr 2040 mit Ambulantisierungspotenzial (gelb/grüner Balken) und ohne Ambulantisierungspotenzial (blauer Balken) dargestellt. Das IGES Institut hat eine Studie veröffentlicht, anhand derer man jeden Fall danach klassifizieren kann, ob er ambulantisierbar ist. Das sind

typischerweise leichte Fälle, Fälle mit kurzer Verweildauer und Fälle von nicht alten Leuten. Wenn man dieses ambulante Potenzial bis zum Jahr 2040 vollständig realisieren könnte, würden wir von einem Rückgang der Fallzahlen ausgehen. Wir würden dann 6 % weniger Fälle als im Jahr 2023 erwarten. Sollte dies jedoch nicht möglich sein - die Ambulantisierung benötigt auch gewisse Strukturen, damit sie funktionieren kann; man kann nicht in einem normalen OP eine ambulante OP durchführen; die Kosten und Aufwände sind deutlich andere -, sollten also die Infrastruktur und das Personal nicht zur Verfügung stehen und wir von keiner Ambulantisierung ausgehen können, dann würden wir sogar ein Fallwachstum sehen.

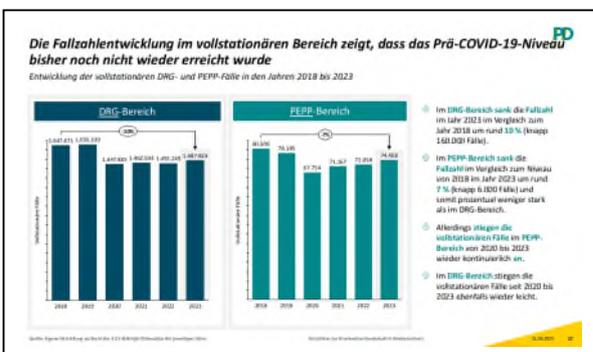
Aufgrund der Datenlage haben wir also einen etwas paradoxen Fall: Wir können auf der einen Seite ein deutliches Wachstum von 10 % bis 2040, aber auf der anderen Seite bei vollständiger Ambulantisierung einen Rückgang um 6 % vorhersagen.

Ferner sind in dieser Grafik die anderen Versorgungsregionen in Niedersachsen aufgeführt. Einige haben ein höheres Ambulantisierungspotenzial und andere ein geringeres. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass Veränderungen notwendig sind, um dieses Ambulantisierungspotenzial zu heben, und dass auch die entsprechende Infrastruktur notwendig ist. Soweit mir bekannt ist, ist dies auch geplant. Das ist aber nicht ganz selbstverständlich.

Agenda

1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens	5
2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick	8
3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen	11
4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche	16
5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen	38

Im Folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über die stationäre Versorgung allgemein geben.



Links in der Grafik ist die Entwicklung der stationären Fälle in dem Zeitraum von 2018 bis 2023 im DRG-Bereich dargestellt. Von 2019 auf 2020 ist hier ebenso wie in allen anderen Bundesländern ein deutlicher Knick aufgrund der COVID-19-Pandemie erkennbar, in der die Bevölkerung aufgefordert wurde, nicht ins Krankenhaus zu gehen. Die Leute sind dieser Aufforderung gefolgt, wie man an dem Knick deutlich sieht. Der Rückgang ist in Niedersachsen mit knapp 12,5 % etwas geringer als im Rest der Bundesrepublik. In Niedersachsen gab es also einen weniger starken Rückgang in der Pandemie als in anderen Bundesländern. Es ist aber auch erkennbar, dass der der Rückgang nicht wieder kompensiert werden konnte. Auch noch im Jahr 2023 liegt die Zahl der Fälle weit unter der Zahl der Fälle in den Jahren 2019 und 2018. Sie können sich vorstellen, dass ein Krankenhaus, das auf einmal mit 10 % weniger Fällen bei gleichbleibender Personaldecke und steigenden Kosten klarkommen muss, sozusagen in eine deutliche Schieflage kommen kann. Das können wir auch in der Presse und überall lesen. Der Grund ist, dass die Krankenhäuser mit einem starken Rückgang der Fallzahlen klarkommen müssen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auf der rechten Seite dieser Grafik bei den PEPP-Fällen, also bei den psychiatrischen und psychosomatischen Fällen. Auch hier ist der Rückgang von 2019 auf 2020 deutlich zu sehen. Man kann jedoch eine deutlich bessere bzw. stärkere Erholung der Fallzahlen beobachten. Hier scheint es eine größere Nachfrage als bei den DRG-Fällen zu geben.

Die Fallzahlentwicklung zwischen 2019 und 2023 in den einzelnen Leistungsgruppen ist heterogen PD

Beispielhafte Darstellung der Fallzahlentwicklung ausgewählter Leistungsgruppen der Jahre 2019 bis 2023

Leistungsgruppe	2019 bis 2023			Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2021	2023	Nominal	Prozent
D1.1 Allgemeine Innere Medizin	493.267	403.300	421.188	-70.079	-14%
03.1 Komplexe Gastroenterologie	22.867	33.736	34.035	11.168	49%
07.2 Leukämie und Lymphome	1.695	1.740	3.003	1.308	77%
08.1 EPJ / Ablation	8.182	8.711	11.349	3.167	39%
09.1 Allgemeine Chirurgie	341.115	295.408	291.487	-49.628	-15%
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	233	218	162	-71	-30%
14.2 Endoprothetik Knie	13.668	14.399	18.140	2.447	18%
16.3 Bariatrische Chirurgie	1.763	2.217	2.598	825	47%
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	85.196	94.977	95.709	6.490	15%
21.4 Geburten	67.936	70.881	61.859	-6.057	-9%
27.1 Gynäkologie	27.340	22.989	26.182	-1.153	-4%
Übrige Leistungsgruppen	690.277	625.058	636.618	-53.659	-8%
Gesamtergebnis	1.733.924	1.533.670	1.562.292	-171.232	-10%

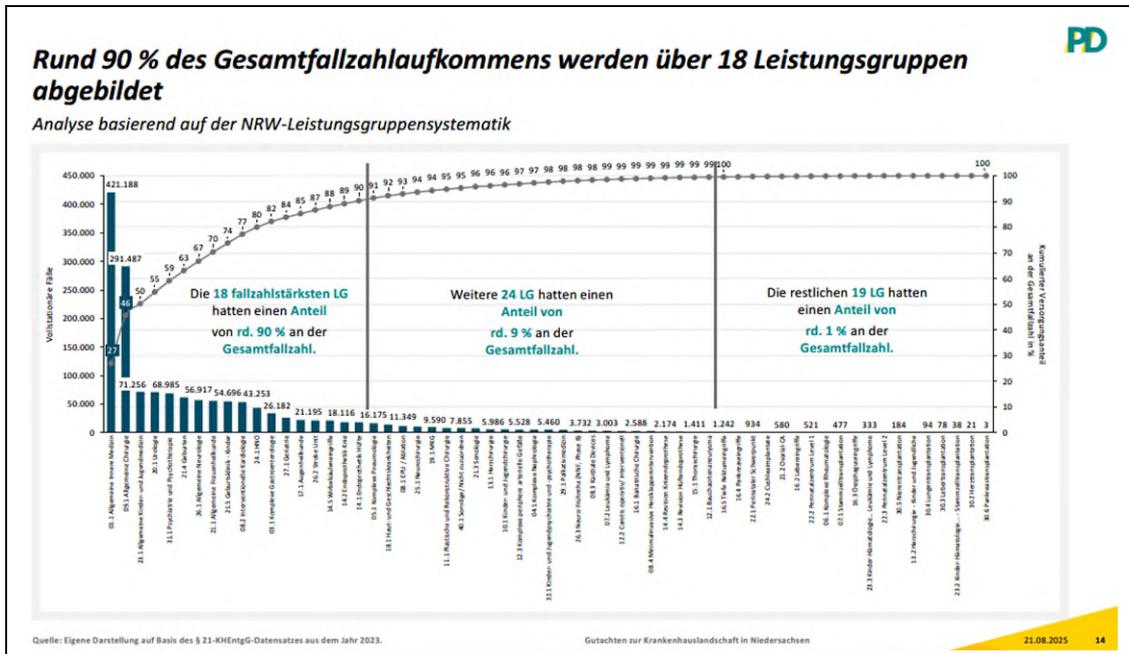
- ⊕ **Verschiedene Ursachen***
 - ⊖ Veränderung des Fachabteilungsschlüssels
 - ⊖ Verschiebungen zwischen den Leistungsgruppen
 - ⊖ Neue Therapieansätze und Medikamente
 - ⊖ Nachholeffekte
 - ⊖ Ambulantisierung
 - ⊖ Ausweitung des Versorgungsangebotes/ höherer Bedarf
 - ⊖ Geringerer Bedarf

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der ICD-10-Kodierte Diagnosen der niederrheinischen Ärztenkammer von 2019 bis 2023, die nach dem Fachabteilungsschlüssel der niederrheinischen Ärztenkammer von 2019 bis 2023 und ICD-10-Kodierte Diagnosen erstellt wurden.
*Die präsentierten Entwicklungen unter Berücksichtigung der oben genannten Ursachen sind beispielhaft und nicht abschließend.

Auf dieser Folie geben wir den Gesamtüberblick. Diese Entwicklungen sind aber natürlich nicht homogen über die Leistungsgruppen verteilt, sondern die Entwicklung in den einzelnen Leistungsgruppen war teilweise deutlich unterschiedlich. Es handelt sich dabei um eine Auswahl verschiedener Leistungsgruppen, die sich in dem Zeitraum von 2019

bis 2023 deutlich unterschiedlich entwickelt haben. Wir möchten Sie dazu darauf hinweisen, dass eine Zahl allein oft nur wenig Aussagekraft hat, weil hinter all diesen Entwicklungen teilweise deutlich unterschiedliche Ursachen stehen. Diese Ursachen sind teilweise gewollt und teilweise weniger gewollt. Teilweise sind es Ursachen, die administrativ sind, zum Beispiel die Komplexe Gastroenterologie, deren Fallzahl in dem Beobachtungszeitraum um fast 50 % angestiegen ist. Das heißt nicht, dass die Fälle von Magen- oder Darmkrebs oder etwas Ähnlichem um 50 % angestiegen sind, sondern höchstwahrscheinlich handelt es sich um eine Kodieränderung, so dass mehr Fälle über die Gastroenterologie entlassen wurden, als vorher über die Innere Medizin entlassen wurden. Darüber kann zumindest ein Teil des Rückgangs in der Inneren Medizin beschrieben werden. Andere Gründe sind sicherlich Nachholeffekte. Diese sind zum Beispiel in der Endoprothetik sehr deutlich, in der die Fallzahl 2023 höher als im Jahr 2019 war. Dabei gibt es sicherlich auch demografische Effekte. Höchstwahrscheinlich ist aber der Großteil dieser starken Zunahme von fast 2 500 Fällen auf Nachholeffekte im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zurückzuführen.

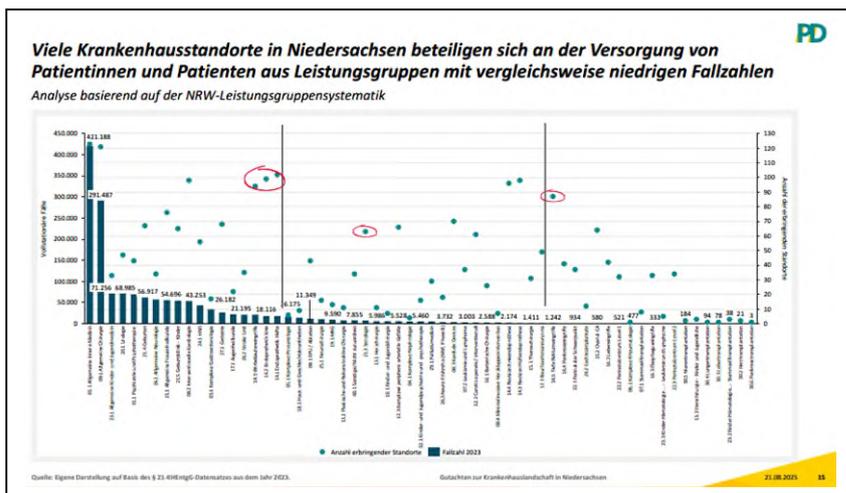
Sie sehen: Es gibt unterschiedliche Gründe. Man muss sich das bei jeder Leistungsgruppe im Detail anschauen und darf sich nicht an der einzelnen Zahl festhalten, sondern man muss das Versorgungsgeschehen gesamthaft betrachten.



In dieser sehr spannenden Grafik verdeutlicht der Balken die Anzahl der Fälle je Leistungsgruppe, die in der Grafik unten horizontal dargestellt sind. Wichtig ist, dass 18 der 65 Leistungsgruppen den Großteil der Fallzahlen ausmachen, nämlich 90 %. Weitere 24 Leistungsgruppen machen ungefähr 9 % der Fallzahlen aus. Hinter 19 Leistungsgruppen steht nur 1 % der Fälle.

Auch die Schwere der Fälle ist genau gegensätzlich: Je komplexer und schwerer die Fälle sind, desto weiter rechts stehen sie, und je allgemeiner und öfter sie sind, desto weiter links stehen sie. Auf der linken Seite sind vor allem die Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Urologie und Geburten, während ganz rechts insbesondere die Leistungsgruppen „Transplantationen“, „Ösophaguseingriffe“ und „Tiefe Rektumeingriffe“ sind.

Mit dieser Grafik und mit der folgenden Grafik kann man ganz gut erklären, welche Aufgaben in Zukunft auf das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung zukommen werden und an welcher Stelle wir in Zukunft wohl in die Steuerung der Leistungen kommen werden.



In dieser Grafik zeigen die Balken jeweils die Anzahl der Fälle pro Leistungsgruppe und die Punkte die Anzahl der erbringenden Standorte an. Die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ wird an über 120 Standorten erbracht, also an fast allen, ebenso die „Allgemeinen Chirurgie“.

Pankreastransplantationen, Herztransplantationen und Ähnliches werden nur von wenigen Anbietern - ein oder zwei - erbracht.

Man hätte sich hier natürlich eher eine Kurve als eine solche „Punktwolke“ gewünscht. An den umkringelten drei Punkten im ersten Quadrat sieht man, dass diese Leistungen trotz relativ geringer Fallzahlen - es sind rund 18 000 bis 20 000 Fälle - zum Teil an über 100 Standorten erbracht werden, nämlich Endoprothetik- und Wirbelsäuleneingriffe. Das bedeutet, dass fast jeder Standort, der über eine Allgemeine Chirurgie verfügt, auch diese Leistungen anbietet, sodass es teilweise trotz der mit Mindestmengen belegten Leistungsgruppen Standorte gibt, die mitunter nur 10 bis 20 Mal die nicht ganz ungefährlichen Operationen an der Wirbelsäule durchführen.

Ein ähnliches Beispiel ist im mittleren Quadrat die Senologie, also wenn bei Brustkrebs die Brust operiert werden muss. An mehr als 60 Standorten wird diese Leistungsgruppe erbracht. Seit diesem Jahr gibt es auch in diesem Bereich eine Mindestmenge. Sie liegt bei 100 Fällen im Jahr. Wir können zeigen, dass 33 der aktuell 63 Standorte, die diese Leistungsgruppe erbringen, nicht einmal 100 Fälle im Jahr erbringen - mit der entsprechenden Auswirkung auf die Qualität und Fehleranfälligkeit bei einem Eingriff.

Ein noch eindrücklicheres Beispiel ist sicherlich der tiefe Rektumeingriff. Fast 90 Standorte nehmen diesen hoch komplexen und schweren Eingriff vor. Zum Teil sind es nur 4 bis 5 Eingriffe im Jahr. Und Sie wissen: Übung macht den Meister, und genau das Gegenteil ist auch der Fall. Auch hier können mit einer Konzentration auf weniger Standorte die Fallzahlen pro Standort erhöht werden und kann damit von einer Zunahme der Qualität ausgegangen werden.

Agenda

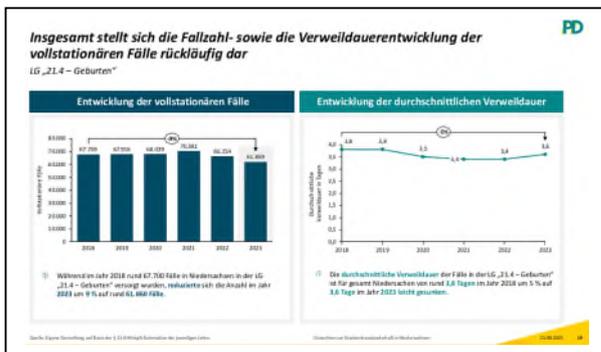
1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens	5
2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick	8
3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen	11
4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche	16
5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen	38

Im Rahmen des Gutachtens wurden 15 Versorgungs- bzw. Leistungsgruppen im Detail betrachtet

Fokusthemen:

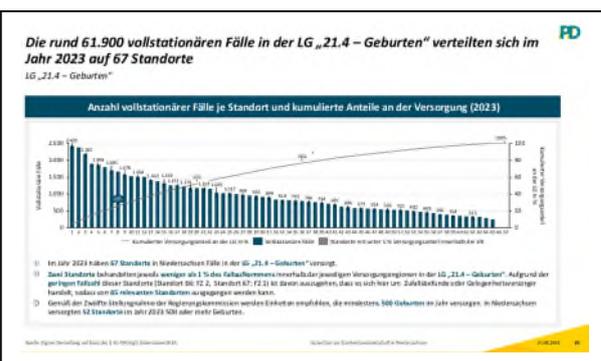
1. LG Geburten und Perinatalstation
2. LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie
3. LG Senologie
4. Zahnärztliche Leistungen
5. Orthopädische Leistungen (Mindestversorgung)
6. LG Geriatrie
7. LG Endoprothetik Hüfte
8. LG Endoprothetik Knie
9. Notfallversorgung (56 Notfallstellen)
10. Intensivversorgungsleistungen (Intensivbetten)
11. Schlaganfallversorgung
12. LG Interventionelle Kardiologie (Herzinfarktversorgung)
13. LG Neue Medizinische (NMG) Phase II
14. Palliative und Psychosomatik
15. Sonderausstattung Dialysegeräte

Winnie von Ameln (PD): Wir haben im Rahmen des Gutachtens insgesamt 15 Fokusthemen detailliert ausgewertet. Aus Zeitgründen fokussieren wir uns jetzt auf drei Fokusthemen: auf die Leistungsgruppe „Geburten“, die Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ und die Schlaganfallversorgung. Dazu werden wir ausgewählte Analysen vorstellen. Für alle Fokusthemen haben wir die Entwicklung der vollstationären Fälle und die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer detailliert dargestellt.



Zur Leistungsgruppe „Geburten“: Bei den Geburten hat es ebenso wie bei den Gesamtfallzahlen einen Rückgang von 2018 auf 2023 von rund 9 % bzw. gut 67 700 Fällen auf knapp 62 000 Fälle gegeben. Diesen Trend beobachten wir auch in Deutschland insgesamt. Wir kennen auch die Fallzahlen von 2024: Dieser Trend setzt sich auch weiter fort.

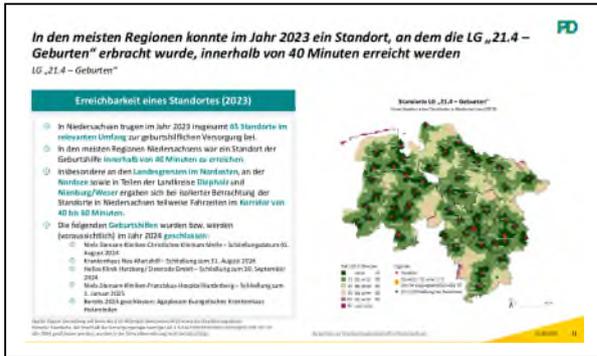
Bei einem Vergleich der durchschnittlichen Verweildauer über diesen Zeitraum zeigt sich, dass sie relativ konstant geblieben ist. Sie hat nur leicht geschwankt und lag 2018 bei durchschnittlich 3,8 Tagen und 2023 bei 3,6 Tagen.



Zur Einschätzung des Versorgungsgeschehens ist nicht nur die Entwicklung der Gesamtfallzahlen relevant, sondern natürlich auch, wie viele Standorte an der Versorgung beteiligt waren. Auf der x-Achse ist die Anzahl der Standorte, die im Jahr 2023 Fälle in dieser Leistungsgruppe abgerechnet haben, und auf der y-Achse die Anzahl der Fälle dargestellt. Außerdem haben wir mit dem grauen Graphen den kumulierten

Versorgungsanteil einer Leistungsgruppe in Prozent ausgewiesen. Insgesamt 67 Standorte haben Fälle in der Leistungsgruppe „Geburten“ versorgt. Von ihnen haben aber zwei Standorte so wenige Fälle behandelt - nämlich nur einen Fall bzw. zwei Fälle -, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass es sich hierbei um Geburtshilfen handelte, die regelhaft an der Versorgung beteiligt waren, sondern eher um Zufallsbefunde, Fehlcodierungen, Verbringungsleistungen oder Ähnliches. Wir sind in den Analysen also von insgesamt 65 geburtshilflichen Versorgern

ausgegangen, die sehr unterschiedliche Fallzahlanteile behandelt haben. Der fallstärkste Standort hat mehr als 2 400 Fälle versorgt, und die acht fallstärksten Standorte zusammen haben ein gutes Viertel der Geburten in Niedersachsen versorgt. 52 der insgesamt 65 Geburtshilfen haben mehr als 500 Geburten behandelt und 13 Standorte entsprechend weniger. Diese Zahl ist insofern relevant, weil die Regierungskommission Einheiten empfiehlt, die mindestens 500 Geburten pro Jahr versorgen - einerseits aus Qualitätsaspekten, aber andererseits auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen, weil die Standorte sich ansonsten nur schwer tragen können.

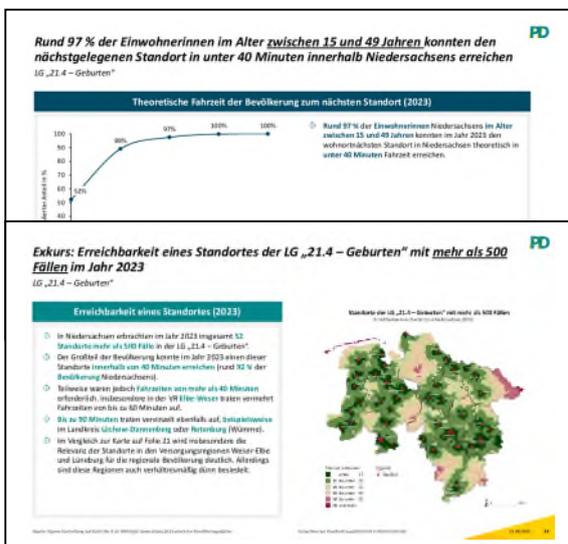


Neben den vollstationären Fällen je Standort ist die Erreichbarkeit für die Bevölkerung von besonderer Bedeutung. Auf der Karte ist die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtshilfe für die Bevölkerung in Niedersachsen abgebildet. Wir haben nur die Geburtshilfe in Niedersachsen und nur die Standorte berücksichtigt, die regelhaft an der Versorgung beteiligt waren. Geschlossene Standorte bzw. Geburtshilfen,

die 2024 geschlossen wurden, sind daher nicht mit aufgeführt.

Die Flächenfärbung auf dieser Karte variiert zwischen grün und beige. Grün sind die Regionen mit Fahrzeiten von maximal 40 Minuten dargestellt. Je dunkler die grünen Flächen werden, desto kürzer ist die Fahrzeit. Es zeigt sich, dass Niedersachsen insgesamt gut abgedeckt ist. Aus nahezu dem gesamten Bundesland wird die nächstgelegene Geburtshilfe in maximal 40 Minuten Fahrzeit erreicht. Nur in wenigen - beige eingefärbten - Bereichen sind etwas höhere Fahrzeiten notwendig, nämlich zum Beispiel an den Landesgrenzen und in Teilen der Landkreise Diepholz und Nienburg/Weser, wo teilweise Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten notwendig waren.

Bei den Landesgrenzen gilt es zu beachten, dass wir aufgrund der Datenlage Geburtshilfen angrenzender Bundesländer nicht berücksichtigt haben. Die Versorgung hört aber natürlich nicht an den Bundeslandgrenzen auf. Insofern kann es durchaus sein, dass Schwangere an den Landesgrenzen auch Geburtshilfen in angrenzenden Bundesländern in Anspruch genommen haben und sich die Fahrzeiten verbessern würden.



Betrachtet man das Betroffenheitsmaß, also die theoretische kumulierte Fahrzeit der Bevölkerung zum nächstgelegenen Standort, so sehen wir, dass 97 % der weiblichen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 49 Jahren im Jahr 2023 theoretisch in weniger als 40 Minuten die nächstgelegene Geburtshilfe erreichen konnten. Die Erreichbarkeit ist also im Jahr 2023 sehr gut gewesen.

Wie schon angesprochen, gilt die Zahl von 500 Geburten in einem Jahr so ein bisschen als „magische Grenze“ für die Qualität und

die Wirtschaftlichkeit des Standortes. Insofern haben wir hier einen Exkurs gemacht und alle Geburtshilfen in der Erreichbarkeit ausgeschlossen, die weniger als 500 Fälle im Jahr 2023 versorgt haben. Danach könnten immer noch 92 % der weiblichen Bevölkerung im gebärfähigen Alter theoretisch die nächstgelegene Geburtshilfe in weniger als 40 Minuten erreichen. Wir sehen auch in großen Teilen von Niedersachsen eine sehr gute Abdeckung. In weiten Teilen sind maximal 40 Minuten notwendig, aber es gibt eben regionale Unterschiede. Höhere Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten treten insbesondere in der Versorgungsregion Elbe-Weser auf. Teilweise waren Fahrzeiten von bis zu 90 Minuten beispielsweise im Landkreis Lüchow-Dannenberg und Rotenburg (Wümme) notwendig. Das verdeutlicht noch einmal die Relevanz dieser Standorte, weil sie für die Region notwendig sind, um die Erreichbarkeit zu gewährleisten. Man muss allerdings auch j, dass diese Regionen relativ dünn besiedelt sind.

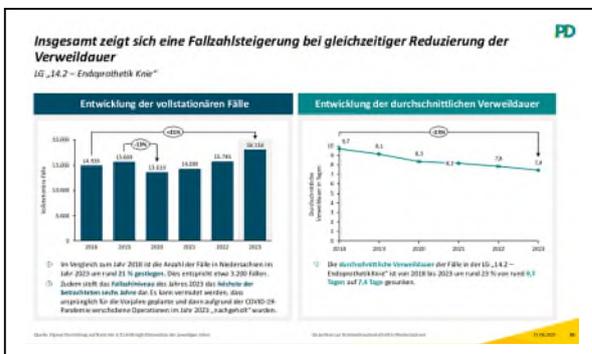


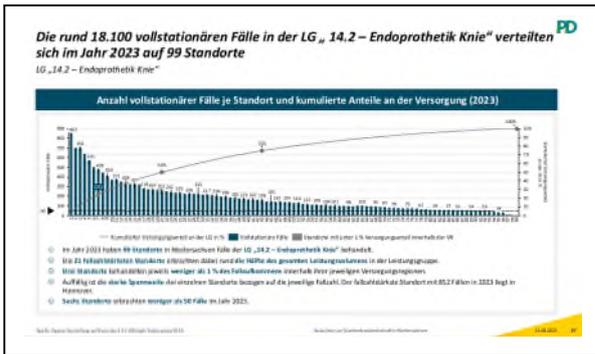
Ich fasse zusammen: Wir haben im Jahr 2023 insgesamt 65 Standorte in Niedersachsen identifiziert, die eine Geburtshilfe betrieben und knapp 62 000 Fälle behandelt haben. Die Erreichbarkeit war sehr gut. Nahezu die gesamte Bevölkerung bzw. die gesamten Einwohnerinnen Niedersachsens im gebärfähigen Alltag konnten die nächstgelegene Geburtshilfe in weniger als 40 Minuten

Fahrzeit erreichen. Wir haben aber auch gesehen, dass es 13 Standorte gibt, die relativ wenig Geburten versorgt haben, sodass es sie zu beobachten gilt, um zu vermeiden, dass sie wegen wirtschaftlicher oder personelle Probleme unkontrolliert schließen.

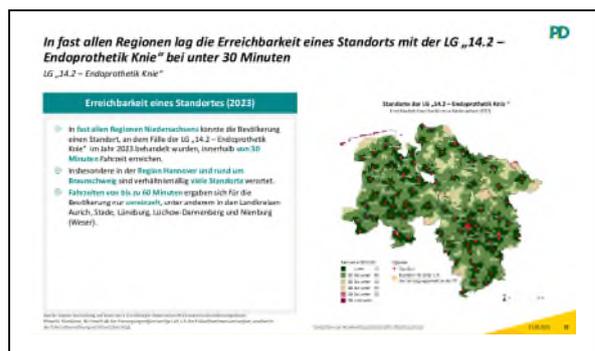


In der Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ sehen wir im Gegensatz zur Gesamtfallzahlentwicklung und auch im Gegensatz zu den Geburten eine deutliche Steigerung der vollstationären Fälle um mehr als 20 % vom Jahr 2018 auf 2023. Das ist mit Sicherheit zum Teil auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Wir haben einen deutlichen Rückgang der Fallzahlen zwischen 2019 und 2020 beobachtet. Nichtsdestotrotz steigen die Fallzahlen weiter. Wir sehen auch, dass die Verweildauer deutlich gesunken ist, nämlich von 9,7 Tagen auf 7,4 Tage im Jahr 2023, was auch ein bisschen darauf hindeutet, dass mehr Kapazitäten vorhanden sind, die auch gefüllt werden.

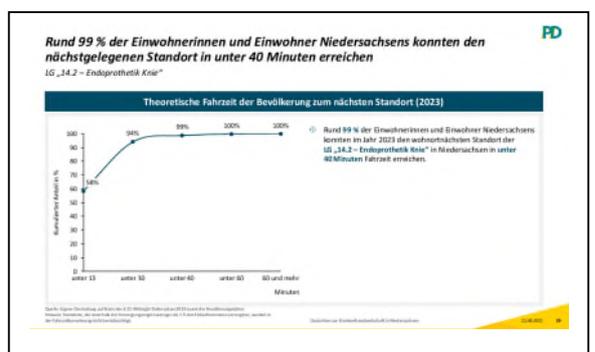




In der nächsten Grafik haben wir die Anzahl der vollstationären Fälle, die Standorte und kumulierten Anteile der Versorgung dargestellt. Insgesamt 99 Standorte, also ein Großteil der Standorte in Niedersachsen, haben Fälle in der Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ behandelt. Drei von ihnen haben so wenig Fälle behandelt, dass sie im Rahmen des Gutachtens nicht als Versorger gezählt und bei der Erreichbarkeitsanalyse nicht mit einbezogen wurden. Bei den 96 Standorten, die Fälle behandelt haben, sehen wir eine sehr hohe Fallzahlspannweite. Der fallstärkste Standort hat mehr als 850 Fälle versorgt, während 6 Standorte weniger als 50 Fälle im Jahr 2023 behandelt haben, also noch nicht mal ein Fall pro Woche. Hinzu kommt, dass es eine Mindestmenge von 50 Fällen gibt. Sie ist nicht komplett deckungsgleich mit der Leistungsgruppe, sondern die Leistungsgruppe ist sogar weiter gefasst. Das heißt, wenn ein Standort 50 Fälle in der Leistungsgruppe behandelt hat, dann hat er nicht zwangsläufig die Mindestmenge erreicht. Hier wird deutlich, dass es sehr viele Standorte in Niedersachsen gibt, die sehr wenig Fälle behandeln. 21 der 96 Standorte, die regelmäßig an der Versorgung beteiligt waren, haben zusammen 50 % des gesamten Fallaufkommens versorgt.



Das Gleiche zeigt sich auch in der Erreichbarkeitskarte. Daran sieht man, wie viele Standorte in Niedersachsen beteiligt waren und wie hoch die Erreichbarkeit ist, und zwar auch vor dem Hintergrund, dass es ein nahezu elektiver, also planbarer Eingriff ist. Die Fahrzeit ist extrem gering. In fast keinem Bereich sind mehr als 40 Minuten Fahrzeit notwendig. In den meisten Teilen Niedersachsens sind nur maximal 30 Minuten Fahrzeit zum nächstgelegenen Versorger notwendig.



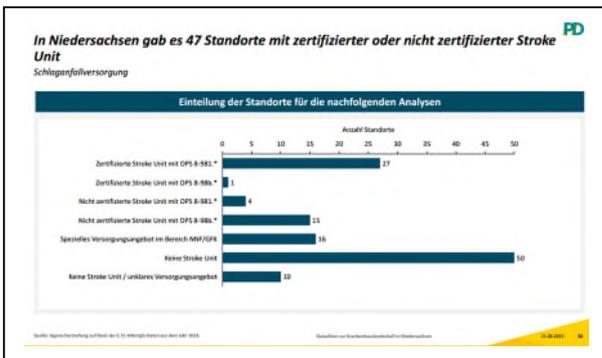
Kumuliert bedeutet das, dass 99 % der Bevölkerung theoretisch in weniger als 40 Minuten den nächstgelegenen Standort erreichen würden, der Fälle in der Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ behandelt. Das unterstreicht noch einmal, wie hoch die Versorgerdichte ist.



Ich fasse zusammen: In der Leistungsgruppe „Endoprothetik Knie“ wurden im Jahr 2023 rund 18 100 Fälle von insgesamt 99 Standorten versorgt, von denen 96 als versorgungsrelevant identifiziert wurden. Die Erreichbarkeit ist extrem gut: 99 % der Bevölkerung erreichen innerhalb von 40 Minuten einen Standort. Vor dem Hintergrund, dass es eine elektive Leistung ist, der Eingriff also planbar ist, dass eine Mindestmenge existiert und die Qualität und nicht die Erreichbarkeit im Vordergrund stehen sollte, erscheint es hier durchaus sinnvoll, vor allem in den dicht versorgten Regionen zu konzentrieren, um die Qualität zu steigern. Wir haben gesehen: Es gibt viele Standorte, die nur sehr wenige Fälle behandelt haben. Auffällig sind insbesondere die Regionen Hannover, Göttingen und Braunschweig, wo sehr viele Standorte oft mit sehr geringen Fallzahlen in direkter geografischer Nähe zueinander sind.



Wir haben uns auch die Schlaganfallversorgung angeschaut. Dabei ist insbesondere relevant, wie viele Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Stroke-Units versorgt werden, weil das signifikanten Einfluss auf das Überleben, auf die Rückkehr in das häusliche Umfeld und den Grad der Behinderung hat. Wir sind dabei von der Leistungsgruppensystematik etwas abgekommen, weil nach der NRW-Systematik nur bestimmte Prozeduren mit eingeschlossen wurden. Das wurde jetzt im KHVG korrigiert. Wir haben die Stroke-Units über den abgerechneten OPS-Code identifiziert, der bestimmte Voraussetzungen an Struktur- und Prozessmerkmale und Personal stellt, die entsprechend für eine Stroke-Unit gelten.

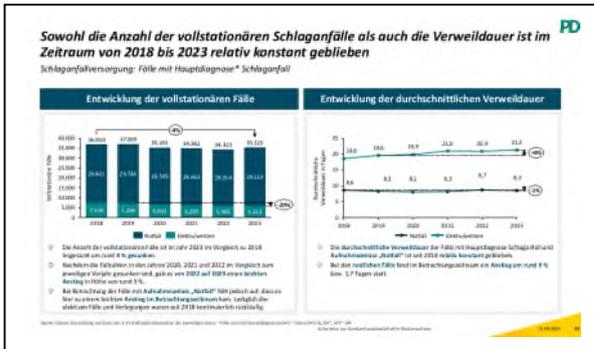


In Niedersachsen wurden insgesamt 47 Standorte identifiziert, die einen Stroke-Unit-Bezug haben. Einige davon sind zertifiziert, nämlich insgesamt 28. Nicht zertifiziert sind 19 Standorte.

Da Schlaganfallpatientinnen und -patienten nicht nur in Stroke-Units behandelt wurden, haben wir uns auch angesehen, wie viele Standorte über keine Stroke-Unit verfügen und trotzdem an der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten beteiligt waren. Keine Stroke-Unit hatten 50 Standorte, die Schlaganfälle behandelt hatten. An 10 Standorten war das Versorgungsangebot etwas unklar; wir haben sie trotzdem als „Keine Stroke-Unit“ klassifiziert. Da Schlaganfälle nicht nur als Akutereignis kodiert werden, sondern auch im Rahmen der Reha-Behandlung, ist es auch wichtig, herauszufinden, wie viele der Standorte diese

verfügen und trotzdem an der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten beteiligt waren. Keine Stroke-Unit hatten 50 Standorte, die Schlaganfälle behandelt hatten. An 10 Standorten war das Versorgungsangebot etwas unklar; wir haben sie trotzdem als „Keine Stroke-Unit“ klassifiziert. Da Schlaganfälle nicht nur als Akutereignis kodiert werden, sondern auch im Rahmen der Reha-Behandlung, ist es auch wichtig, herauszufinden, wie viele der Standorte diese

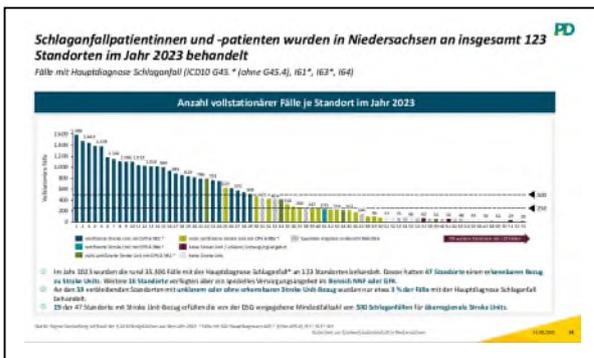
Patientinnen und Patienten im Rahmen der Rehabilitation betreut haben. Das sind Standorte mit einem speziellen Versorgungsangebot im Bereich geriatrische Frührehabilitation oder neurochirurgisch-neurologische Frührehabilitation. Das waren insgesamt 16 Standorte von den Standorten, die an der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten beteiligt waren.



Überraschenderweise sieht man auch bei den Schlaganfällen einen Rückgang der Fallzahlen von 2018 auf 2023. Auch während der COVID-19-Pandemie hat es einen Rückgang gegeben. Das wurde auch bundesweit beispielsweise bei Herzinfarkten beobachtet. Es kann sein, dass bei leichten Symptomen weniger häufig ins Krankenhaus gegangen wurde. Wir haben auch zwischen dem Anteil an Notfällen und elektiven und weiteren Fällen differenziert, also Fällen, die entweder über einen Arzt eingewiesen oder elektiv aufgenommen wurden. Dabei wird deutlich, dass die Notfälle relativ konstant geblieben sind und dabei kein starker Rückgang, sondern sogar ein ganz leichter Anstieg von 29 401 Fällen auf 29 513 Fälle und insbesondere im Bereich der elektiv aufgenommenen Fälle ein Rückgang um rund 20 % zu verzeichnen war.

Insgesamt wurden 35 325 Schlaganfälle im Jahr 2023 in Niedersachsen behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer ist bei den Fällen, die als Notfall aufgenommen wurden, relativ konstant geblieben und nur leicht zwischen 8,6 Tagen im Jahr 2018 und 8,5 Tagen im Jahr 2023 geschwankt. Bei den restlichen Fällen fand ein relativ starker Anstieg statt. Die Fälle sind von 18,6 Tagen auf durchschnittlich 21,3 Tage gestiegen. Dabei handelt es sich vermutlich weitestgehend um Reha-Fälle, deswegen auch die hohe Verweildauer.

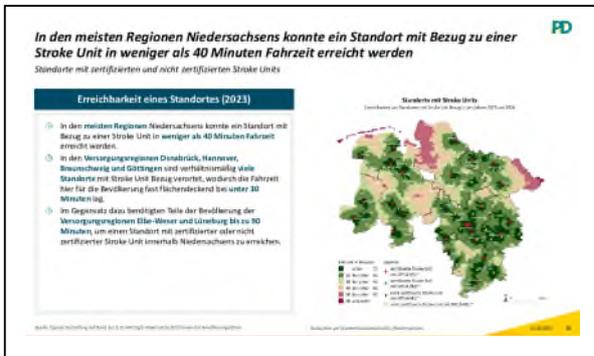
An der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten waren insgesamt 123 Standorte beteiligt. - Wir haben nicht alle diese Standorte auf dieser Folie abbilden können; 50 Standorte, die nicht mit abgebildet sind, haben weniger als 25 Fälle behandelt. - 47 der 123 Standorte hatten einen Stroke-Unit-Bezug. Weitere 16 Standorte verfügten über ein spezielles Versorgungsangebot im Bereich neurochirurgisch-neurologische Frührehabilitation oder geriatrische Frührehabilitation. Insofern gab es „nur“ noch 59 Standorte, an denen wir keinen Stroke-Unit-Bezug erkennen konnten. Diese haben nur etwa 3 % der Fälle mit der Hauptdiagnose „Schlaganfall“ behandelt, was ja relativ wenig ist. Der Großteil der Schlaganfälle wurde also an Standorten mit Stroke-Unit-Bezug behandelt, oder sie wurden im Rahmen einer Reha-Behandlung dort aufgenommen.



Auf der y-Achse sind die vollstationären Schlaganfälle und auf der x-Achse die Standorte aufgetragen, die an der Versorgung beteiligt waren. Wir haben hier zwischen den Standorten, die einen Stroke-Unit-Bezug hatten - sie sind eingefärbt -, und dabei noch zwischen zertifizierten

und nicht zertifizierten Stroke-Units differenziert und auch noch zwischen den Standorten differenziert, die ein spezielles Versorgungsangebot hatten.

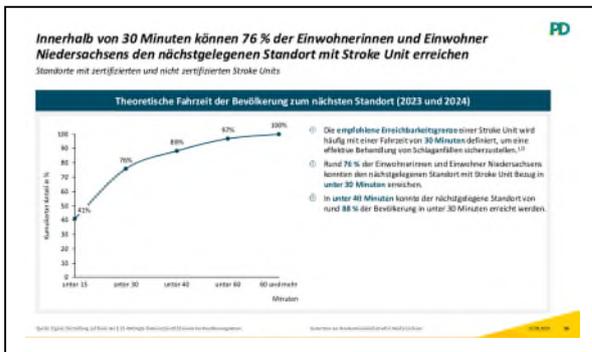
29 der 47 Standorte mit Stroke-Unit-Bezug erfüllen die von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft vorgegebene Mindestfallzahl von 500 Schlaganfällen für überregionale Stroke-Units. Der Anteil von Standorten, die Fälle behandelt haben und keinen Stroke-Unit-Bezug haben, war, wie erwähnt, sehr gering.



Hinsichtlich unserer Betrachtung der Erreichbarkeit von Stroke-Units ist zu beachten, dass wir nur die Standorte mit Stroke-Unit-Bezug in die Erreichbarkeitsanalyse mit eingeschlossen haben und alle anderen nur nachrichtlich mit aufgeführt haben. Es zeigt sich, dass die Erreichbarkeit in weiten Teilen des Bundeslandes gut ist und Fahrzeiten von weniger als 40 Minuten zum nächstgelegenen Standort notwendig sind.

Es gab aber durchaus Bereiche, in denen höhere Fahrzeiten zu verzeichnen waren, zum Beispiel in den Versorgungsregionen Elbe-Weser und Lüneburg, wo teilweise bis zu 90 Minuten Fahrtzeit notwendig waren. Zu beachten ist, dass wir hierbei sogar die Standorte mit zertifizierter Stroke-Unit außerhalb von Niedersachsen mit einbezogen haben.

In den Versorgungsregionen Osnabrück, Hannover, Braunschweig und Göttingen sehen wir hingegen relativ viele Standorte mit Stroke-Unit-Bezug. Dort liegt die Fahrtzeit fast flächendeckend unter 30 Minuten.



Betrachtet man die theoretische Fahrtzeit der Bevölkerung kumuliert zum nächstgelegenen Standort, so erreichen 88 % der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens den nächstgelegenen Standort in weniger als 30 Minuten Fahrtzeit. Für Stroke-Units wird häufig auch eine Fahrtzeit von 30 Minuten definiert, weil die Zeit für den Behandlungserfolg maßgeblich ist. Hier erreichen immer noch 76 % der Bevölkerung in weniger als 30 Minuten den nächstgelegenen Standort.



Ich fasse zusammen: Im Jahr 2023 wurden in Niedersachsen rund 35 300 Fälle mit der Hauptdiagnose „Schlaganfall“ an insgesamt 123 Standorten versorgt. Das klingt erst einmal sehr viel, aber viele der Standorte, die keinen Stroke-Unit-Bezug hatten, haben nur sehr wenig Fälle versorgt. Der Großteil der Fälle wurde also an Standor-

ten mit zertifizierter oder nicht zertifizierter Stroke-Unit behandelt, nämlich rund 92 % der Fälle. Insgesamt gab es 46 Standorte mit Stroke-Unit in Niedersachsen. Nur 3 % der Schlaganfallpatientinnen und -patienten wurden an Standorten ohne Stroke-Unit-Bezug behandelt und damit möglicherweise nicht in den geeigneten Strukturen versorgt, weil Stroke-Units einen signifikanten Einfluss auf den Behandlungserfolg haben.

Die Erreichbarkeit ist gut. Insgesamt konnten 88 % der Bevölkerung den nächstgelegenen Standort mit Stroke-Unit in weniger als 40 Minuten erreichen. Es gibt aber regionale Unterschiede. Insbesondere in Teilen der Versorgungsregionen Elbe-Weser und Lüneburg ergaben sich höhere Fahrzeiten, wo zu prüfen ist, ob dort nicht ein Ausbau telemedizinischer Strukturen oder der Luftrettung dazu beitragen könnte, die Fahrzeiten etwas kürzer zu halten bzw. längere Fahrzeiten zu überbrücken.

Dr. Thomas Topf (PD): Ich komme jetzt zu der kurzen Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen. Ich nenne heute vier wesentliche Handlungsempfehlungen. Im Gutachten sind allerdings noch weitere Handlungsempfehlungen enthalten.

Agenda	
1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens	5
2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick	8
3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen	11
4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche	16
5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen	38

Aus den Analysen haben sich vier zentrale und übergeordnete Handlungsempfehlungen ergeben
Zusammenfassung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen



- 1 Fortlaufende Beobachtung der Fallzahlentwicklung und Anpassung der Fallzahlprognose
- 2 Gezielte Konzentration von Leistungen unter aktiver Beteiligung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
- 3 Fehlversorgung vermeiden und Versorgungsangebote sichern
- 4 Krankenhausversorgung verstärkt länderübergreifend planen

Die erste Handlungsempfehlung ist von eher technischer Natur. Wir haben hier die NRW-Leistungsgruppen und die Zahlen von 2023 genutzt. Aktuell liegen auch schon die Zahlen von 2024 vor. Wir sind schon dabei, die im Gutachten dargestellten Analysen upzudaten. Eine Empfehlung ist, weiterhin, wenn neue Daten zur Verfügung stehen, die Analysen

und Prognosen upzudaten, weil man solche Themen wie Corona nicht vorhersehen und auch große medizinische Fortschritte nicht vorhersehen kann. Mit einer aktuellen Analyse und Prognose kann man dann jeweils die bestmöglichen Entscheidungen treffen.

Wir haben gesehen, dass zum Beispiel in der Endoprothetik und auch in anderen Leistungsgruppen ein deutliches Potenzial für die Konzentration von Leistungen vorhanden ist. Hier ist es notwendig, dass das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung gezielt steuert, die Leistungsgruppen entweder gezielt zuweist oder nicht und dies dann im neuen Krankenhausplan auch berücksichtigt.

Beispielsweise bei der Schlaganfallversorgung haben wir gesehen, dass teilweise, auch wenn es im Vergleich schon sehr gut ist, immer noch Fehlversorgungen bestehen. Patienten werden in Krankenhäusern behandelt, die entweder nicht das richtige Personal, die richtige Einrichtung

oder auch nicht entsprechende Erfahrungen haben, um teilweise hochkomplexe Fälle zu behandeln. Insofern sollte eine Fehlversorgung durch eine gezielte Steuerung der Patienten vermieden werden. Nichtsdestotrotz haben wir auf der anderen Seite insbesondere im ländlichen Raum auch die Herausforderung, dass teilweise Versorgungsangebote mit besonderer Unterstützung gesichert werden können - Stichworte: Geburten, Kinder und Jugendliche -, weil anderenfalls die Fahrzeiten teilweise in einen eher unzumutbaren Bereich steigen.

Die vierte wesentliche Empfehlung: Sie konnten an der einen oder anderen Stelle in den Karten ganz gut erkennen, dass es teilweise insbesondere an den Landesgrenzen Fahrzeiten gibt, die über den gewünschten Zeiten liegen. In diesem Bereich sind eine länderübergreifende Abstimmung und länderübergreifende Planung sehr wünschenswert, sodass man, wenn möglicherweise auf der einen Seite der Landesgrenze eine Leistung nicht vorhanden ist, die aber auf der anderen Seite der Landesgrenze verfügbar ist, dies in der Planung mit berücksichtigt.

Aussprache

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Mir ist am Beispiel der Stroke-Units aufgefallen, dass die Daten nicht ganz stimmen können. Zum Beispiel bei mir in der Region Cuxland/Osterholz sind Stroke-Units nicht in der Karte eingepflegt gewesen. Ich habe bei dem einen oder anderen Mitglied dieses Ausschusses auch Zweifel hinsichtlich der Fahrzeit von 90 Minuten in bestimmten Bereichen beobachtet. Insofern ist es gut, dass wir das in der Präsentation, die Sie uns zur Verfügung stellen, noch einmal gegenchecken und vielleicht aufklären können.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die Vorstellung des Gutachtens. Das Zahlenmaterial, das dieser Präsentation zugrunde liegt, gibt uns gute Hinweise. Es wäre gut, wenn wir neben der Präsentation mit den drei Leistungsgruppen, die Sie differenziert dargestellt haben, auch auf die Daten zu einer anderen Leistungsgruppe zurückgreifen könnten, wenn es zu Diskussionen über bestimmte Leistungsgruppen kommt. Es ist auch interessant und spannend gewesen, einen Überblick über die Verteilung der Behandlungen auf die Krankenhausstandorte zu bekommen.

Zu Beginn der Präsentation haben Sie Ihre Prognose der vollstationären Fälle und am Ende in der Zusammenfassung Ihre Handlungsempfehlung dargestellt, die Entwicklung der Fallzahlen zu beobachten. Das ist ganz spannend gewesen. Bislang bin ich nach meinen Informationen davon ausgegangen, dass die Fallzahlen wie in der Zeit vor der Corona-Pandemie in Zukunft nicht mehr erreicht würden. Sie haben aber darauf hingewiesen, dass sich die Fallzahlen dann, wenn man nichts unternimmt, also nicht „optimiert“, sogar wieder erhöhen würden. Ich vermute, dass das wahrscheinlich damit zusammenhängt, dass der Anteil der älteren Bevölkerung größer wird und dadurch die Fallzahl steigt. Insofern bitte ich Sie, etwas zu den Gründen dafür zu sagen.

Sie haben ferner zum Ausdruck gebracht, dass genaue Voraussagen nicht möglich sind. Dann wird es für uns in der Politik natürlich ganz schwierig, weil wir ja aufgrund irgendwelcher Daten eine Entscheidung treffen und uns im Zweifel auch noch über unsere Einschätzungen streiten. Insofern wäre es für uns elementar wichtig, zu wissen, mit welcher Wahrscheinlichkeit diese Entwicklung eintritt, weil wir sonst nicht richtig weiterkommen.

Zu der Geburtshilfe nur eine kurze Anmerkung: Natürlich könnte eine Geburtshilfe wirtschaftlicher betrieben werden, wenn die Geburtshilfe generell stärker finanziert würde. Das ist aber eine andere Baustelle, die wir hier nicht zu betrachten haben. Natürlich herrscht gerade in der

Geburtshilfe in unserem Flächenland eine hohe Sensibilität. Ich würde insofern nicht nur auf eine Mindestmenge von 500 Geburten abstellen wollen.

Zu Ihrer Handlungsempfehlung Nr. 4, die Krankenhausversorgung verstärkt länderübergreifend zu planen, möchte ich nur darauf hinweisen, dass die Zahlen fehlen, wie sich die Erreichbarkeit darstellt, wenn von Niedersachsen aus eine Behandlung zum Beispiel in Bremen oder in einem anderen Ort jenseits der Landesgrenze möglich ist. Ich glaube schon, dass in der Realität auch Behandlungen jenseits der Landesgrenze in Anspruch genommen werden. Diese Zahlen sind aus meiner Sicht erforderlich, damit wir jetzt keine Fehlplanung vornehmen und uns später nicht der Vorwurf gemacht wird, dass wir das doch hätten sehen können. Gerade bei dieser Handlungsempfehlung würde ich mir entsprechendes Zahlenmaterial wünschen.

Zum Beispiel im Fall der Endoprothetik haben die Fahrzeiten nach meiner Auffassung nicht die größte Relevanz, weil es sich dabei um planbare Behandlungen handelt. In diesem Zusammenhang würde mich interessieren, ob es Daten dazu gibt, wonach die Menschen entscheiden, in welches Krankenhaus sie gehen, und welche Fahrzeiten sie für sich für akzeptabel halten.

Dr. Thomas Topf (PD): Zu Ihrer Frage zu der künftigen Entwicklung der Fallzahlen: In Niedersachsen haben wir es ein bisschen mit einer besonderen Situation zu tun. Unter den Annahmen der Prognose, die wir gewählt haben - wir haben eine etwas positivere Prognose gewählt, die vom Statistischen Landesamt ausgegeben wird -, gehen wir von einem Bevölkerungswachstum bis 2040 aus. Mit diesem Bevölkerungswachstum wird es auch einen leichten Anstieg der Fälle geben. Wir gehen von 100 000 Fällen bis 2040 aus. Das ist kein dramatisch großer Anstieg. Wenn dieser Fallzahlzuwachs eintritt, dann wird er sich nicht gleichmäßig über alle Leistungsgruppen, sondern deutlich unterschiedlich auswirken. Das durchschnittliche Alter wird bekanntlich steigen. Damit werden auch die typischerweise mit dem Alter verbundenen Krankheiten zunehmen. Demgegenüber wird es bis 2040 weniger Geburten geben und wird dann auch alles, was mit Kindern und Jugendlichen und auch mit Geburten zu tun hat, zurückgehen. Ganz genau kann man das aber noch nicht sagen, weil wir zum Beispiel in anderen Bundesländern auch eine Zunahme der Zahl der Geburten durch geflüchtete Frauen aus der Ukraine gesehen haben. Solche externen Effekte können wir nur beschränkt vorhersehen. Insofern machen wir nur eine Range auf. Relevant wird aus meiner Sicht aber nicht unbedingt der leichte Anstieg der Bevölkerung sein, sondern das Relevante, wo Sie steuern können, ist, inwieweit Sie es schaffen, ambulante Angebote auszubauen, sodass Fälle aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich wechseln können.

Bezüglich der länderübergreifenden Planung haben Sie natürlich vollkommen recht: Wir brauchen auch die Abrechnungszahlen aus den verschiedenen Ländern. Leider gibt es dabei datenschutzrechtliche Hürden, sodass wir diese Zahlen in diesem Projekt für das Gutachten noch nicht berücksichtigen konnten. Ich kann Ihnen aber schon verraten, dass PD gerade dabei ist, ein Projekt aufzusetzen, mit dem wir deutschlandweit die länderübergreifende Planung installieren und untereinander die Daten auswerten können und sozusagen eine Plattform schaffen wollen, wo genau dies möglich ist. Dies ist gerade in Arbeit. Ich gehe davon aus, dass Sie im Laufe des Jahres noch mehr davon hören werden.

Winnie von Ameln (PD): Zu den Geburten: Die Mindestzahl von 500 Geburten ist eine Empfehlung der Regierungskommission. Uns ging es eher darum, deutlich zu machen, dass die Einrich-

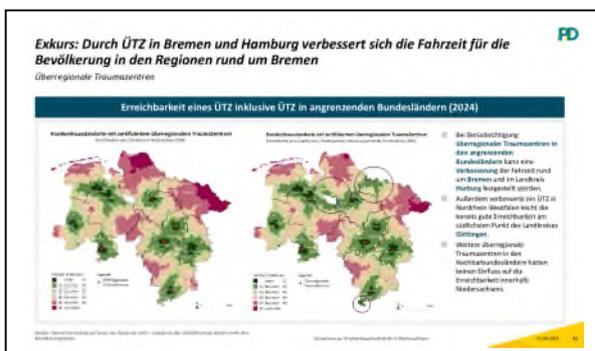
tungen sich gegebenenfalls schwer wirtschaftlich tragen können. Man will eigentlich nur vermeiden, dass sie unkontrolliert schließen. Deswegen müssen sie beobachtet werden. Es geht also nicht darum, das aktiv vom Ministerium aus zu steuern, sondern darum, zu vermeiden, dass es zu unkontrollierten Schließungen kommt. Deswegen muss man sich die weitere Entwicklung bei den Einrichtungen mit weniger als 500 Geburten anschauen, weil das eine Grenze ist, unterhalb deren sich eine Einrichtung eigentlich nur noch schwer selbst wirtschaftlich tragen kann.

Zur Endoprothetik haben Sie recht. Das ist deswegen auch Teil der Zusammenfassung. Das ist eine Leistungsgruppe, die nahezu ausschließlich elektiv erbracht wird. Deswegen spielt die Erreichbarkeit eine untergeordnete Rolle. Nichtsdestotrotz ist das ein Faktor, den wir für alle Sonderauswertungen mit zeigen, weil es für die Bevölkerung natürlich auch relevant ist und auch verdeutlicht, wie hoch die Versorgerdichte ist. Entsprechend lautet unsere Handlungsempfehlung, dass in diesem Bereich eine Konzentration sinnvoll sein könnte, weil es eine untergeordnete Rolle spielt und die Qualität bedeutender ist und im Fokus stehen sollte.

Dazu, was Patientinnen und Patienten dazu bringt, bestimmte Einrichtungen aufzusuchen, haben wir keine Daten. Häufig wird der Versorger gewählt, der auf dem Einweisungsschein des jeweiligen einweisenden Arztes steht. Ganz genau können wir das nicht sagen. Wir sehen aber, dass auch Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, die sehr wenig Fallzahlen behandelt haben. Das deutet darauf hin, dass die Bevölkerung sich nicht anschaut, welche Einrichtung besonders viele Fälle behandelt, sondern dass eher der nächstgelegene Versorger oder vielleicht auch einfach die Einrichtung gewählt wird, die auf dem Einweisungsschein steht.

Im Rahmen des Gutachtens haben wir auch betrachtet, ob die Einrichtung gewählt wird, die in der jeweiligen Versorgungsregion liegt, oder ob eher Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die außerhalb des jeweiligen Versorgungsgebiets liegen. Auch das deutet eher darauf hin, dass häufig der nächstgelegene Versorger in Anspruch genommen wird.

Sie haben natürlich recht, dass es wichtig ist, die angrenzenden Bundesländer mit zu berücksichtigen. Das können wir aber nicht, weil wir die 21er-Daten der angrenzenden Bundesländer nicht verwenden dürfen. Wir können aber beispielsweise bei zertifizierten Zentren oder bei öffentlich zugänglichen Daten die angrenzenden Bundesländer berücksichtigen. Das haben wir bei den Stroke-Units gemacht. Wir können auch teilweise auf Qualitätsberichtsdaten zurückgreifen; das ist aber nicht ganz genau.



Wir haben im Anhang am Beispiel für die Traumatologie dargestellt, wie sich die Erreichbarkeiten verbessern würden, wenn man Traumazentren angrenzender Bundesländer mit einbeziehen würde. Auf der linken Karte ist die Erreichbarkeit der überregionalen Traumazentren in Niedersachsen dargestellt. Auf der rechten Karte ist dargestellt, wie die Erreichbarkeiten wären, wenn wir auch angrenzende überregional

Traumazentren, die zertifiziert sind, mit einbeziehen würden. Deutlich ist, dass sich Erreichbarkeiten verbessern, insbesondere an der nördlichen Landesgrenze und auch in den anderen umkreisten Gebieten. Um dazu wirklich valide Aussagen zu treffen, bräuchten wir auch die 21er-

Daten der angrenzenden Bundesländer. Hier haben wir es für die zertifizierten Traumazentren einmal gemacht.

Dr. Thomas Topf (PD): Noch eine kurze Anmerkung zu den Geburten: „500 Geburten“ klingt zunächst einmal viel; aber das sind umgerechnet kaum anderthalb Geburten pro Tag. Wenn es deutlich weniger als 500 Geburten sind - wir kennen Geburtskliniken aus anderen Bundesländern mit 350 bis 400 Geburten im Jahr -, dann wäre es durchschnittlich nicht mal eine Geburt pro Tag. Dementsprechend stellt sich nicht nur eine finanzielle oder kostentechnische Herausforderung, sondern es ist auch eine Herausforderung, entsprechendes Personal zu finden, das nur alle zwei Tage eine Geburt betreuen möchte, und die Infrastruktur vorhalten zu müssen. Sicherlich stellt sich auch das Thema der Qualität, wenn nur alle paar Tage eine Geburt vorkommt, man lange keine Komplikation mehr gesehen oder bearbeitet hat und dann, wenn eine Komplikation auftaucht, vielleicht etwas unbeholfener reagiert, als wenn man 1 000 oder 1 500 Geburten im Jahr hat, bei denen mehr oder weniger jeden Tag Komplikationen auftauchen.

MR Vietze (MS): Ich möchte auch aus der Sicht des Ministeriums auf die Fragen eingehen. Wie Ihnen in der letzten Ausschusssitzung im Rahmen der Unterrichtung über die Ergebnisse des Krankenhausplanungsausschusses mitgeteilt wurde, hat PD für das Ministerium dieses Gutachten erstellt, weil wir jetzt ein Gutachten für die Krankenhausplanung benötigen. Wir brauchen die aktuellen Ist-Daten, die Prognose und auch Hinweise, worauf wir jetzt bei der Leistungsgruppeneinführung besonders achten müssen. Das Gutachten liegt vor. Uns war wichtig, dass PD, die sich damit beschäftigt haben, heute selber vorträgt. Wir werden jetzt als Ministerium genauso wie Sie die Ergebnisse auswerten und für unsere inhaltliche Arbeit und die Leistungsgruppenzuweisung berücksichtigen.

Mein erster Hinweis an Frau Schüßler: Das Gutachten ist online verfügbar. Sie können es komplett herunterladen und auswerten. Wenn Sie Hinweise haben, dass bei Ihnen vor Ort etwas nicht mit den Erkenntnissen im Gutachten übereinstimmt - Herr Lottke hat gerade auch einen solchen Hinweis gegeben -, beispielsweise dass andere Angebote nicht auftauchen oder Fahrzeiten nicht stimmen, dann geben Sie uns im Ministerium bitte über die bekannten Wege einen entsprechenden Hinweis. Dann werden wir natürlich gerne mit PD darüber diskutieren. Das ist für uns und für unsere Arbeit sehr wichtig.

Abg. Claudia Schüßler (SPD): Wo ist das Gutachten verfügbar, auf der Homepage des Ministeriums?

ORR'in Bauersfeld (MS): Das Gutachten ist auf der Homepage des Ministeriums unter der Rubrik „Krankenhausreform“ verfügbar, und zwar sowohl die Kurzfassung als auch das komplette Gutachten etc.¹ Die Dateien sind so groß, dass wir sie leider nicht digital versenden können.

MR Vietze (MS): PD hat auch noch einmal sehr gut dargestellt, was das KHVVG bewirken soll. Im KHVVG ist angelegt, dass wir bei bestimmten elektiven, also planbaren Leistungen prüfen, ob nicht weitere Fahrtwege in Anspruch genommen werden können, um größere Einheiten zu bilden. Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist - das wissen Sie auch von unserem Minister -

¹ <https://www.ms.niedersachsen.de/Krankenhausreform/gutachten-zur-krankenhauslandschaft-in-niedersachsen-242492.html>

dass wir den Anspruch haben, in der Grund-, Regel- und Notfallversorgung in Niedersachsen eine flächendeckende Versorgung zu behalten. Ich habe gemerkt, wie hier auch die Emotionen angesprochen wurden, als es um das Thema Geburten ging. Dieses Thema werden wir ja gleich noch ausführlich behandeln. Ich kann dem aber schon ein bisschen vorgreifen: Sie haben gesehen, die 40 Minuten, die der G-BA uns heute an die Hand gibt, werden weitestgehend eingehalten. Wenn man aber einige kleinere Standorte herausnimmt, wird es schnell ein bisschen brenzlig und sinkt die prozentuale Abdeckung. Die Zahl von 500 Fällen ist auf Bundesebene im Gespräch. Sie ist nicht verpflichtend vorgegeben. Das ist ein Hinweis von der Regierungskommission. Dann müssen wir uns in diesem Spannungsfeld gemeinsam abstimmen und uns damit befassen, wie wir in Niedersachsen auf der einen Seite weiterhin eine gewisse Größenordnung an den Standorten bewirken und auf der anderen Seite aber auch eine flächendeckende Versorgung berücksichtigen, die wir alle gemeinsam erreichen wollen.

Für den Hinweis zum Thema länderübergreifende Planung bin ich dankbar. Wir sind regelmäßig in Besprechungen mit den Kolleginnen und Kollegen aus Bremen und Hamburg. Der Minister hat in der Gesundheitsministerkonferenz mit seinen Kolleginnen und Kollegen auch abgestimmt, dass wir die sogenannten 21er-Daten teilen wollen. Anhand dieser Daten sehen wir, welche Fälle in den Bundesländern behandelt worden sind. Das Datenschutzproblem besteht dabei darin, dass sie nur jedem Bundesland für die Krankenhausplanung gegeben werden. Wir müssten uns dann als Bundesland committen, um das mit den anderen zu teilen. Wir aus Niedersachsen wollen das gerne, weil wir auch an viele andere Bundesländer angrenzen. Ich bin dankbar, dass wir darüber mit PD im Gespräch sind. Das politische Ziel des Ministeriums ist es, dass wir die Daten teilen, damit wir wissen, wo ein Angebot auf der anderen Seite der Grenze ist, aber wo auch unsere Krankenhäuser durch Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern in Anspruch genommen werden. Für die Leistungsgruppenzuweisung wäre es für uns ganz wichtig, das zu wissen. Deswegen haben wir ein großes Interesse daran.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für diese wunderbare Präsentation. Zu Beginn der Präsentation haben Sie die Entwicklung der benötigten Betten mit und ohne Ambulantisierung beschrieben und auf das Problem hingewiesen, dass für die Ambulantisierung entsprechende Strukturen notwendig sind. Wurde bei den Berechnungen, die Sie angestellt haben, auch die Nachsorge berücksichtigt? Die Zahl der Ein-Personen-Haushalte nimmt deutlich zu. Im Hinblick auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahren viele ältere Menschen alleine leben, bei denen eine Ambulantisierung nur schwer möglich ist. Haben Sie das in dem Gutachten auch berücksichtigt?

Dr. Thomas Topf (PD): Wir haben das IGES-Gutachten genutzt, welches sozusagen einen Algorithmus vorschlägt, wie man das ambulante Potenzial berücksichtigt. Dabei ist neben der Schwere des Falls und der Verweildauer auch das Alter der Patienten berücksichtigt. Das heißt, ein hochbetagter Patient oder eine hochbetagte Patientin würde hier gar nicht in das Ambulantisierungspotenzial hineinfallen. Das sind also nur Fälle, die zumindest theoretisch ambulantisierbar sind.

In der Tat wird es in Zukunft mehr hochbetagte Personen geben, die im Anschluss an eine stationäre oder ambulante Behandlung eine besondere Versorgung benötigen. Da wir dazu aber keine Daten haben und wir uns in unserem Gutachten insbesondere auf die stationäre Versorgung fokussiert haben, wird das in unserem Gutachten etwas weniger beleuchtet.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Ich habe eine etwas spezielle Frage. Einige von uns hat ein Schreiben der Nephrologen erreicht, die befürchten, dass aufgrund länderspezifischer Besonderheiten bei der Abrechnung die erbrachte nephrologische Versorgung überwiegend über die Leistungsgruppe „Innere Medizin“ abgerechnet wurde. Findet so etwas Berücksichtigung? Beispielsweise die Nephrologen haben jetzt die Sorge, dass sie zu wenig Berücksichtigung finden.

Dr. Thomas Topf (PD): Dazu kann ich kurz erläutern, wie wir das im Gutachten gemacht haben. Sie haben natürlich recht: Damit ein Fall in unserem Gutachten, aber auch bei den neuen Leistungsgruppen der Nephrologie zugeordnet wird, muss er über eine Nephrologie entlassen werden. Teilweise passiert es aber - das ist auch in der Gastroenterologie und in der Pneumologie so der Fall -, dass Fälle über die Innere Medizin entlassen werden und dabei nicht auftauchen. Unser Vorschlag dazu ist: Es gibt sogenannte Tracer-DRGs - bei der Nephrologie ist es zum Beispiel die Dialyse -, mit denen man Fälle relativ eindeutig identifizieren kann. Wir würden es auch dem Ministerium bei der Krankenhausplanung ans Herz legen, diese Tracer-Analysen zu nutzen, um in Erfahrung zu bringen, wo wirklich nephrologische Fälle behandelt werden, auch wenn sie in unserer Leistungsgruppensystematik nach KHVVG, aber auch nach NRW eigentlich in der Inneren Medizin verschwinden. Es ist eine Schwäche der aktuell vorliegenden Grupper, dass für die internistischen Leistungen sehr oft die Entlassabteilung genutzt wird, obwohl bei Ihrem Beispiel faktisch eine nephrologische Leistung vorliegt. Aber ein Workaround ist eben, sogenannte Tracer-DRGs zu nutzen, um diese Fälle dennoch zu identifizieren.

Winnie von Ameln (PD): Zur Ergänzung: Nach dem KHVVG ist es ja die nächste Fachabteilung, die dazu führt, dass man bei diesen allgemeinen fachabteilungsbezogenen Leistungsgruppen einer Leistungsgruppe zugeordnet wird. Nichtsdestotrotz verschwinden die Fälle aber nicht. Sie sind der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere“ zugeordnet. Entsprechend sind aktuell die Qualitätskriterien zu erfüllen, die die Allgemeine Innere stellt. Die Fälle sind trotzdem noch vorhanden, aber das bildet natürlich nicht das tatsächliche Versorgungsgeschehen ab.

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Frau Prell, das liegt tatsächlich auch an dem Thema Fachabteilungsschlüssel. Nicht alle Kliniken, die eine bestimmte Behandlung durchführen, haben aufgrund verschiedener Umstände genau für diese Behandlung den zugehörigen Fachabteilungsschlüssel. Die Hürden sind dafür insbesondere bei der Vereinbarung dieser Fachabteilungsschlüssel vergleichsweise hoch. Dieses Problem betrifft nicht nur Niedersachsen, sondern ist bundesweit schon an vielen Stellen adressiert. Dazu werden sich auch der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf Bundesebene verständigen müssen, damit das für die Zukunft richtiger eingeordnet wird.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank für die Präsentation dieses Gutachtens. Ich möchte noch einmal anmerken, dass wir uns gewünscht hätten, dass das Ministerium im Zuge der Veröffentlichung des Gutachtens auf den Ausschuss zugekommen wäre, um es hier vorzustellen, und dass das nicht erst auf Nachfrage des Ausschusses geschieht, in den das ja originär hineingehört.

In diesem Zusammenhang habe ich zunächst drei Fragen an das Ministerium. Nach meinem Eindruck haben wir viele Zahlen, die wir in Pressemitteilungen usw. präsentiert bekommen, auch schon im vergangenen Jahr immer wieder vom Minister vorgestellt bekommen. Dabei ging es darum, welche Fallzahlen an welchen Krankenhäusern sind. Was genau ist im Gutachten als Grundlage für die Berechnungen genommen worden, was das Ministerium nicht rechnen konnte oder bisher nicht berechnet hat? Es geht mir jetzt um den Erkenntnisgewinn. Ich gehe davon

aus, dass darin jetzt andere Zahlen sind als diejenigen, die das Ministerium bisher gehabt hat. Zumindest würde ich das jetzt erwarten. Was macht das Ministerium dann damit? Ich habe in der Pressemitteilung die zentralen Empfehlungen gelesen. Dass man die Strukturen in der Fläche aufrechterhalten will, dass man sich die Zahlen weiterhin bzw. dauerhaft noch ansehen wird usw. scheinen mir Aussagen zu sein, die das Ministerium auch vorher getroffen hat. Zumindest würde ich wetten, dass sich das vorher so wiederfindet. Insofern meine Frage: Was passiert jetzt auf der Grundlage des Gutachtens? Und speziell die Frage: Hat dieses Gutachten jetzt irgendwelche Auswirkungen auf die Zuteilung der Leistungsgruppen? Denn in der Pressemitteilung schreibt das Ministerium, dass das Gutachten das bestätigt, was das Ministerium bisher macht, und nicht, dass das Gutachten irgendeinen Erkenntnisgewinn gebracht hat, wonach Sie Leistungsgruppen jetzt anders zuordnen. Hat dieses Gutachten also Auswirkungen auf die Zuteilung der Leistungsgruppen durch das Ministerium?

Eine Verständnisfrage: In der Vorstellung des Gutachtens war beispielsweise von der Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Lüchow-Dannenberg und Rotenburg (Wümme) die Rede, wo man 90 Minuten fahren müsste. Das hat mich natürlich aufhorchen lassen, weil ich als Rotenburger im Landkreis Rotenburg weiß, dass wir weite Wege haben. Aber ich kenne keinen Ort im Landkreis Rotenburg (Wümme), der weiter als 45 Minuten vom Diakonieklinikum entfernt ist, das über 1 000 Geburten im Jahr hat. Insofern meine Frage: Habe ich das missverstanden? Im Landkreis Rotenburg (Wümme) bedeuten 45 Minuten Fahrzeit ziemlich weite Strecken. Aber von dort aus kann man auch in Richtung Stade oder woandershin fahren. Über die Landkreisgrenze hinweg ist der Maximalversorger weiter weg als 45 Minuten Fahrzeit. Wie muss ich also diese Zahl verstehen?

MR Vietze (MS): Grundsätzlich benötigen wir ein Bedarfsgutachten für die Bedarfsplanung. Sie kennen das rechtlich: Wir brauchen eine Bedarfsermittlung, wir brauchen eine Krankenhausanalyse, wie wirtschaftlich oder wie leistungsfähig ein Krankenhaus ist, wir brauchen Ziele aus der Krankenhausplanung, und wir brauchen die rechtlichen Überlegungen für einen Bescheid, um letzten Endes eine rechtswirksame Leistungsgruppenzuweisung vorzunehmen. Deswegen haben wir jetzt mit dem Bedarfsgutachten die Grundlage gelegt.

Sie spielen darauf an, ob wir es nicht auch hätten alleine machen können. Bis zu einem gewissen Grad wäre das bestimmt möglich gewesen, weil wir ganz kluge Kolleginnen und Kollegen im Krankenhausbereich haben. Aber PD hat eine hervorragende Expertise, hat in NRW begonnen und das jetzt auch für andere Bundesländer gemacht, zum Beispiel für Baden-Württemberg. Insofern haben wir uns noch einmal mehr Hinweise erhofft mit einem etwas gründlicheren Blick mit der Beratung, als wir das selber hätten machen können. Das stellt sich auch so dar, wenn Sie sich die Kurven ansehen, wie viele Anbieter es in welchem Bereich gibt, wo man noch einmal genau hinschauen kann, wo Potenziale sind, wo ein Bereich vielleicht nicht so gut versorgt ist. Das sind die Fokusthemen, die wir uns jetzt ansehen müssen. Wir haben durch das Muster von PD schon eine sehr hilfreiche Hilfestellung dafür bekommen, wo wir jetzt genauer in die Planung gehen.

Das Entscheidende und der wesentliche Mehrwert des Bedarfsgutachtens jetzt auch für die Befassung mit der Leistungsgruppenzuweisung ist aus meiner Sicht der Blick darauf: Wie entwickelt sich eigentlich der Bedarf in den Versorgungsregionen? Welche Planungsebene habe ich? Wie ist das in den acht Versorgungsregionen? Wie sind unter Umständen auch elektive Leistungen, für die man für eine ganz spezielle Behandlung weiter weg in andere Versorgungsregionen fährt?

Wie entwickelt sich das in den nächsten Jahren? In diesem Zusammenhang ist das Stichwort „Bevölkerungsentwicklung“, aber auch das Ambulantisierungspotenzial angesprochen worden. Dazu haben wir ein Prognosemodell mit vielen Annahmen, mit vielen Datengrundlagen erhalten, wo wir jetzt noch dabei sind, die letzten Daten abzustimmen und die letzten Einstellungen vorzunehmen, um zu schauen, welche Varianten wir da hätten, um in Zukunft zu ermitteln, wie sich der Bedarf in den Versorgungsregionen in den bestimmten Leistungsgruppen entwickelt. Das benötigen wir für die Planung. Diese Berechnung ist wirklich ein wesentlicher Mehrwert, wofür uns durch die Beauftragung von PD ein Datenmodell zugrunde gelegt worden ist, sodass ich für mich sagen kann: Das hätten wir intern nicht rechnen können. Da fehlte uns die Expertise. Ich bin sehr dankbar, dass das für unsere weitere Arbeit hier abgeliefert worden ist.

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Wie Herr Vietze gerade schon sagte: Wir haben zwar kluge Köpfe im Ministerium, aber an dieser Stelle spielt auch die Quantität eine Rolle, in welcher Zeit wir welche Daten analysieren können und auch die Expertise für solche speziellen Fragestellungen haben, aus verschiedensten Datenquellen Dinge zu kumulieren, um sie dann in eine Analyse zu bringen. Dafür haben wir alle tatsächlich auch nicht die entsprechende Qualifikation bzw. Ausbildung.

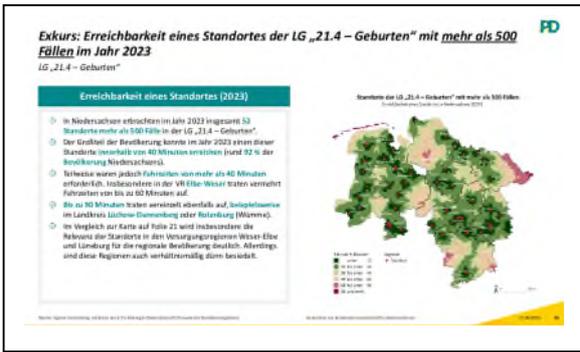
Zu dem Erkenntnisgewinn hat Herr Vietze bereits Ausführungen gemacht.

Sie hatten auch gefragt: Was sagt uns das denn jetzt für die Leistungsgruppenzuweisung, und welche Auswirkungen hat das denn? - Wir befinden uns derzeit noch in der Phase der Sichtung und ersten Überprüfung der eingegangenen Leistungsgruppenanträge. Uns liegen 2 334 Anträge auf Zuweisung von Leistungsgruppen vor. Diese Anträge werden derzeit gesichtet und zum Teil an die Krankenhausträger zurückgegeben, wenn etwas nicht plausibel ist, offensichtliche Fehler enthält oder nicht ganz schlüssig ist. Dann müssen die Krankenhäuser uns das wieder zurückmelden. In einem nächsten Prüfungsschritt prüfen wir, ob ein Antragsteller, der zum Beispiel erklärt hat, dass er am Standort eine Leistungsgruppe erfüllt, die mit der Leistungsgruppe verbunden ist, die er beantragt hat, für diese Leistungsgruppe möglicherweise gar keinen Antrag gestellt hat und dergleichen mehr. Wir prüfen dann also noch einmal übergreifend. Dann werden wir die Anträge entsprechend der gesetzlichen Vorgabe an den Medizinischen Dienst zur Stellungnahme weiterreichen. Der Medizinische Dienst fordert Unterlagen an und hat dann Gelegenheit, die Angaben der Krankenhäuser zu verifizieren und zu überprüfen, und wird uns ein Gutachten über die Erfüllung der Qualitätsstruktur und Personalanforderungen entsprechend dem KHVVG zur Verfügung stellen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist ein prognostischer Ausblick, welche Leistungsgruppen welches Krankenhaus bekommen wird, noch gar nicht möglich. An dieser Stelle sind wir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht.

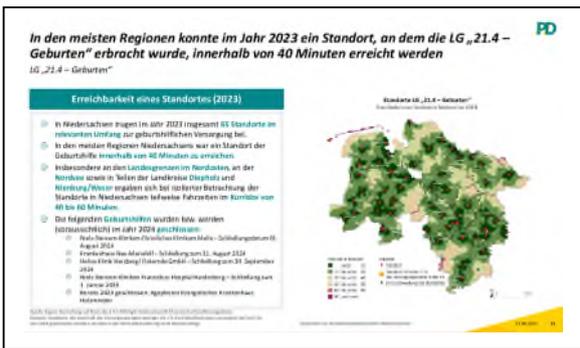
Wir werden aber alle Aspekte, die uns sowohl aus dem MD-Gutachten als auch aus diesem Gutachten und dem Prognosemodell zur Verfügung stehen, nutzen, um dann auch mit den unmittelbar Beteiligten des Planungsausschusses in den Austausch zu gehen - sprich: mit den Kostenträgern, der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den kommunalen Spitzen -, um uns dort auch zu committen, wie unsere Vorstellung einer Planung aussieht und wie es gelingen kann, eine möglichst flächendeckende und qualitativ gute Versorgung aller Niedersächsischen und Niedersachsen zu gewährleisten.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Hinsichtlich der Erreichbarkeit innerhalb von 90 Minuten Fahrzeit im Landkreis Rotenburg (Wümme) stellt sich vielleicht auch die Frage, für welches Verkehrsmittel das gilt.

Winnie von Ameln (PD): Das sind die durchschnittlichen Minuten für Pkw-Fahrten.



Bei der Simulation, wenn die Standorte herausgenommen würden, die weniger als 500 Geburten behandelt haben, gibt es, wenn man in die Karte hineinzoomt, in diesem Landkreis ein ganz kleines rotes Gebiet, in dem die höheren Fahrzeiten zu verzeichnen sind.



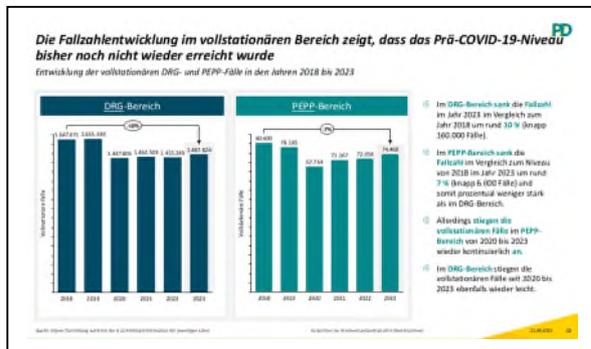
In der Karte mit allen Geburtshilfen, also auch den Geburtshilfen, die weniger als 500 Geburten betreut haben, ist dieser rote Fleck nicht vorhanden. Das betrifft also tatsächlich nur die Simulation.

War das verständlich?

Vors. Abg. Oliver Lottke (SPD): Ja, das ist klargeworden. Wir sehen uns das aber noch an, es gibt noch mehrere Punkte.

Abg. Nicolas Mülbrecht Breer (GRÜNE): Vielen Dank für die Präsentation. Ich habe eine Frage zu der Folie 12 zu den Fällen im PEPP-Bereich. Ich habe Ihre Ausführungen so verstanden, dass die PEPP-Fälle seit der Corona-Pandemie rückläufig seien. Aus den Medien und in Gesprächen mit Kliniken habe ich allerdings etwas anderes wahrgenommen. Vielleicht habe ich das auch falsch verstanden. Ich bitte Sie, den aktuellen Stand in diesem Bereich zu erläutern.

Dr. Thomas Topf (PD): Die Grafik zeigt, dass es in diesem Bereich tatsächlich einen Rückgang gegeben hat. Das ist während der COVID-19-Pandemie auch nicht verwunderlich gewesen. Auch



die DRG-Fälle sind zurückgegangen. Es ist vielleicht überraschend, dass die Fallzahlen noch nicht auf den alten Stand zurückgegangen sind. Das ist aber genau das, was wir in den Daten sehen. In allen Bundesländern ist zu beobachten, dass auch die PEPP-Fälle immer noch unter dem Niveau von 2019 und 2018 liegen, wengleich der Rückgang mit 7 % deutlich geringer ist als bei den somatischen Fällen.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Vielen Dank für die Präsentation. Ich habe dazu drei Fragen und möchte dazu auch ein Statement abgeben.

Bei der ersten Frage geht es um die Ambulantisierung. Ich finde es etwas herausfordernd, dass Sie nur den stationären Bereich in den Blick nehmen können. Das ist aber eigentlich klar. In Richtung des Ministeriums ist mir allerdings der Hinweis wichtig, dass wir in diesem Zusammenhang natürlich auch die Infrastruktur in der ambulanten Versorgung mitdenken müssen, selbst wenn wir auch an junge Menschen denken. Gerade die Konzentrierung vor dem Hintergrund von Qualität, die wichtig ist, bedeutet aber auch, dass vor Ort in der Nachsorge eine gute fachärztliche Versorgung auch für junge Menschen ambulant geleistet werden muss. Wir brauchen gegebenenfalls ambulante Pflegemöglichkeiten. Wir müssen die Mobilität der Menschen in einem Flächenland mit berücksichtigen. Mich interessieren die Überlegungen im Ministerium, das als System zu betrachten und nicht nur auf die stationäre Versorgung zu blicken.

Zu der Geburtshilfe: Ich bin nach wie vor ein bisschen davon irritiert, dass wir in Bezug auf Geburten immer von Qualität sprechen, wenn es um 500 Geburten geht, aber im Fall von Operationen an der Wirbelsäule darum ringen, ob es vier Fälle im Jahr sind. Die meisten Geburten verlaufen komplikationslos. Wir haben eine gute Begleitung im Vorhinein. Wir wissen im Grunde genommen, dass die schwierigen Fälle in bestimmte Kliniken überwiesen werden und dass auch in den anderen Kliniken, die nicht über entsprechende angeschlossene Bereiche verfügen, in der Regel eine gute Versorgung über die Krankentransporte stattfindet.

Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Erreichbarkeit eingehen. Geburten sind nicht planbar. Eine Fahrzeit von mehr als 40 Minuten ist viel zu lang. Eigentlich sind auch schon 40 Minuten Fahrzeit zu viel. Anzustreben wären eigentlich ungefähr 30 Minuten. Aber selbst dann, wenn wir 40 Minuten zugrunde legen oder noch darüber hinausgehen, wird das dazu führen, dass die Kaiserschnitttrate steigt, weil bei Frauen, die eine Geburt vor sich haben, die Angst mitschwingt, dass sie nicht rechtzeitig eine Klinik erreichen und dass es zu weiteren Problemen kommt.

Ich bin sicher, dass wir über dieses Thema weiter diskutieren müssen. Das werden wir vielleicht gleich noch unter den nachfolgenden Tagesordnungspunkten machen. Was die Zahl von 500 Geburten angeht, gehe ich davon aus, dass eher die Finanzierung das Problem ist und nicht so sehr die Zahl.

Das Problem der strukturschwachen Regionen wird in der Geburtshilfe deutlich. Das ist aber auch im Zusammenhang mit der Grafik im Anhang zu den überregionalen Traumazentren deutlicher geworden. Es gibt eben strukturschwache Regionen. Da stellt sich mir auch ein bisschen die Frage nach Henne und Ei. Dann ziehen halt keine Menschen und auch keine Ärzte mehr in solche Regionen. Das Ganze sollte also insgesamt als System betrachtet werden. Wir können nicht alles länderübergreifend abbilden. Etwa im Bereich der Küste können wir höchstens in die Niederlande blicken. Nach Norden ist dort einfach nichts mehr. Auch diese Bereiche sind jedoch in der Karte beige eingefärbt.

Grundsätzlich ist es aus meiner Sicht an dieser Stelle wichtig, dass wir sehr genau hinschauen, welche Rahmenbedingungen es gibt. Ich würde von Ihnen gerne wissen, wie das Ganze systemisch betrachtet wird.

Dr. Thomas Topf (PD): Sie haben natürlich recht. Wir alle wünschen uns, dass es irgendwie anders wäre. An der einen oder anderen Stelle wird sich das Problem aber nicht lösen lassen. Für die nördlichen, teilweise dünn besiedelten Regionen müssen neue Konzepte entwickelt werden,

wie die Versorgung adäquat sichergestellt werden kann. Es wird dazu kommen, dass in einigen Regionen längere Fahrzeiten notwendig sind. Das ist - das möchte ich gerne betonen - nicht unbedingt eine Frage von Geld, sondern davon, dass nicht genug Personal gefunden wird, das dort diese Leistungen anbieten möchte. Ich kann mir beispielsweise keine Hebamme vorstellen, die nur zwei oder drei Geburten in einer Woche betreuen möchte, sondern sie möchte natürlich einen ausgefüllten Job haben. Sie haben ja schon darauf hingewiesen, dass Geburten nicht planbar sind und zufällig passieren. Es kann also passieren, dass in einem Geburtshaus, das weniger als 500 Fälle im Jahr versorgt, mal zwei, drei oder vier Tage lange keine Geburt stattfindet. Nichtsdestotrotz muss dort die vollständige Mannschaft vorgehalten werden.

MR Vietze (MS): Grundvoraussetzung für die Ambulantisierung ist, dass man die Fachärztinnen und Fachärzte sowie die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner vor Ort braucht. Da machen wir schon einiges. Das macht die Kollegin Pund im Referat für ambulante medizinische Versorgung, mit der wir auch eng zusammenarbeiten. Wir machen Förderprogramme für die hausärztliche Versorgung. Dabei müssen wir uns abstimmen. Das ist genau die Schnittstelle. Wenn in der Fläche niemand für die ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung steht, dann kann man auch nicht ambulantisieren. Wir wissen um den strategischen Bedarf. Das gehen wir auch an. Der Minister nimmt die Steuerung dafür vor. Das geschieht auch in unserer Fachabteilung.

Über Geburten haben wir viel gesprochen. Das war noch einmal ein herausgehobenes Statement.

In Bezug auf strukturschwache Regionen kann ich Ihnen nur sagen: Das nehmen wir ernst. Wir befassen uns jetzt durchaus auch mit einem internen Planungsansatz, in den nächsten Wochen ein Modell dafür zu entwickeln, ob eigentlich die Anträge, die uns vorliegen, dem Bedarf entsprechen, den wir sehen, und uns dann genau zu überlegen, was wir machen, wenn wir in einigen Versorgungsregionen in den Leistungsgruppen, die wir gerne dort hätten, zu wenig Anträge haben. Das heißt, da prüfen wir uns auch selber. Wir sagen nicht als Ministerium: „Das ist jetzt das, was die Krankenhäuser abgegeben haben; mehr können wir nicht machen!“, sondern wir prüfen auch, ob das zu unserer Zielplanung für eine flächendeckende Versorgung passt.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Hinsichtlich der Annahme zu den Auspendlern, die ja bisher relativ pauschal getroffen wird, stellt sich die Frage, was eigentlich dann passiert, wenn, wie Sie gerade gesagt haben, in einzelnen Regionen Leistungsgruppen nicht beantragt werden, gerade wenn das länderübergreifend ist. Mein Wahlkreis ist der Wahlkreis Melle. Wir sind umzingelt von Westfalen und Münsterländern. Insofern stellt sich ganz aktuell die Frage, was es für uns bedeutet, wenn die Kliniken in Nordrhein-Westfalen in der Nähe zur Landesgrenze manche Leistungsgruppen nicht beantragen, und wie wir uns dann auch kurzfristig darauf einstellen. Welche Anregungen wollen Sie dann liefern, damit diese Leistungsgruppen dann doch noch beantragt werden? Wo wird das koordiniert und zusammengeführt? Beim Medizinischen Dienst?

Letzten Endes ist es bei all den Grundannahmen und externen Schocks, die ja auch im Gutachten schon deutlich werden, immer auch wesentlich, wie wir auch auf externe Schocks reagieren, die vielleicht künftig kommen - das muss nicht nur die demografische Entwicklung sein, sondern das können auch der medizinische Fortschritt und im Zweifelsfall auch Krisen sein, auf die wir reagieren müssen -, und wie wir diesbezüglich kurzfristig eine Anpassungsfähigkeit auch in Abstimmung in Grenzregionen ermöglichen.

MR **Vietze** (MS): Sie legen jetzt mit Ihrer Frage dazu, was in den Grenzregionen passiert, den Finger in die Wunde. Dazu muss ich zunächst einmal antworten, dass jedes Bundesland für sich die Krankenhausplanung betreibt, auch wenn wir uns abstimmen wollen. Wir haben natürlich den Anspruch, dass wir den Bedarf für unsere Bevölkerung decken. Wir wissen aber - das ist ja auch in unseren Annahmen mit enthalten -, dass wir eine Ist-Situation haben, in der auf der einen Seite in Ihrer Region Bewohnerinnen und Bewohner aus Nordrhein-Westfalen mitversorgt werden, die wir natürlich auch mit planen, weil wir davon ausgehen, dass sie auch weiterhin dorthin kommen, und in der auf der anderen Seite aber auch Leute, die in Ihrer Region wohnen, nach Nordrhein-Westfalen fahren und dort gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen. Das ist genau der Punkt der grenzübergreifenden Planung, zu der meine Kollegin Frau Bauersfeld gleich noch etwas von der Arbeitsebene zur Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen berichten wird. Da liegt der entscheidende strategische Anlass. Dazu kann ich Ihnen heute nicht mehr anbieten. Das nehmen wir ernst und machen wir, indem wir die Daten mit den anderen Bundesländern austauschen, um zu wissen, wie sich die Versorgung in der Grenzregion darstellt.

Zur Frage der Krisenfestigkeit: Das ist natürlich eine ganz andere Baustelle. Da müssen wir die Krankenhausstruktur mitdenken. Da sehen wir uns auch in einer neuen Aufgabe. Bei uns in der Abteilung laufen gerade auch die Vorbereitungen für das Gesundheitssicherstellungsgesetz. Dabei kommen ganz andere Fragestellungen mit hinein, die bisher keine Rolle spielen und mit denen wir uns auch befassen müssen. Wir haben das ein bisschen mit dem Bundeswehrkrankenhaus in Westerstede, das eine Besonderheit in Niedersachsen darstellt und bei dem wir in Absprache mit dem Bundesverteidigungsministerium auch die Leistungen mit betrachten. Das wird sicher eine Aufgabe werden, die Sie sich als Ausschuss, aber die wir uns auch als Fachabteilung in Zukunft ganz genau angucken müssen.

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Ich kann Ihnen mal einen kleinen Einblick in die Arbeitsebene geben. Wir tauschen uns natürlich auf Länderebene aus, und zwar nicht nur auf der Ebene der Konferenz der Gesundheitsminister und -ministerinnen, sondern auch auf der Arbeitsebene. Es gibt die sogenannte Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen, in der wir auf Referatsleitungsebene - das ist sozusagen die grobe Richtung - zusammenkommen und auch über alle diese Fragen diskutieren, angefangen von verbundenen Leistungsgruppen: Woher weiß man denn, ob eine verbundene Leistungsgruppe, die jemand in einem Nachbarland für eine Kooperation angibt, dort zugewiesen wird? Ebenso werden sich uns die Fragen darstellen, wenn wir vielleicht irgendwo einen beigen Fleck auf der Landkarte haben: Wie sieht die Versorgung im Nachbarland aus? Welches Krankenhaus käme dort infrage? Wer hat das bisher? Auch dazu werden und müssen wir uns noch einmal konkreter austauschen, auch wenn wir es vielleicht nicht kurzfristig schaffen, die 21er-Daten miteinander auszutauschen, und nicht ganz genau wissen, wer von welchem Wohnort in welches Krankenhaus geht. Aber zumindest die groben Eckdaten müssen wir miteinander teilen. Das haben wir auch vor.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Meine Frage richtet sich an die Vertreter der Landesregierung. In der Präsentation wurde deutlich, dass es gerade bei Schlaganfällen sehr unterschiedliche Anfahrtszeiten gibt, in einzelnen Regionen sogar mehr als 90 Minuten. Es ist aber klar, dass in einem solchen Fall die ersten 60 Minuten extrem wichtig und für das Outcome entscheidend sind. Haben Sie sich mit dieser Problematik schon beschäftigt, und wie wollen Sie dieses Problem angehen?

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Ja, wir haben uns damit beschäftigt. Deswegen war es uns auch wichtig, dass das Gutachten ein extra Kapitel speziell zum Thema Schlaganfallversorgung enthält, wo wir uns genau dieser Problematik stellen und uns anschauen, wie es tatsächlich aussieht. Vielleicht kann PD darauf gleich noch detailliert eingehen. Das Thema zertifizierte Stroke-Unit ist das eine. Die andere Frage ist: Wo findet Schlaganfallversorgung noch statt? Ist das die Akutschlaganfallversorgung, wo wir sozusagen die Golden Hour haben, und an welcher Stelle ist es eine Frührehabilitation usw., was auch noch unter die Schlaganfallversorgung fällt?

Winnie von Ameln (PD): Wir hatten uns im Gutachten angeschaut, wo Schlaganfälle behandelt werden und wie viele Schlaganfallpatientinnen und -patienten gegebenenfalls nicht in den richtigen Strukturen versorgt werden. Dabei muss man auch beachten, dass Schlaganfälle auch co-diagnostiziert werden, wenn sie im Rahmen der Reha-Einrichtung betreut werden. Deswegen haben wir diese Standorte ebenfalls identifiziert. Nur sehr wenige Fälle, nämlich 3 % der Schlaganfälle - nominal sind es knapp 900 Fälle -, werden nicht an einem Standort mit Stroke-Unit-Bezug versorgt. Das ist sehr wenig, zumal wir auch nicht wissen, ob sie selber zu dem Standort gelaufen sind, ob sie gegebenenfalls dorthin verwiesen wurden oder ob der Standort mit Stroke-Unit-Bezug in der Nähe voll war. Das heißt, man kann auch nicht genau sagen, warum diese Patientinnen und Patienten an Standorten ohne Stroke-Unit-Bezug versorgt wurden. Das ist jedenfalls ein relativ geringer Anteil.

Sie haben ferner angesprochen, dass es teilweise auch höhere Fahrzeiten zu Standorten mit Stroke-Unit-Bezug gibt. Natürlich ist die Erreichbarkeit gerade in diesem Bereich sehr wichtig. Deswegen müsste man prüfen, ob gegebenenfalls telemedizinische Konzepte unterstützen könnten, zumal andere Bundesländer damit sehr gute Ergebnisse erzielt haben.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Da Sie die Einbeziehung der Telemedizin angesprochen haben: Gerade bei Schlagfällen kommt es auf das faktische Handeln an. Das kann man ja nicht über Telemedizin regeln.

Winnie von Ameln (PD): Es gibt telemedizinische Unterstützungsangebote, bei denen sogar auch bildgebende Diagnostik möglich ist und dann schon besser für die Behandlung in der jeweiligen Zielklinik vorbereitet werden kann. Auch diesbezüglich gibt es gute Ergebnisse beispielsweise aus Bayern. Dort gibt es ein Stroke-Unit-Netzwerk, mit dem man auch längere Distanzen mit einer Erstversorgung des Patienten in sogenannten Tele-Stroke-Units gut überbrücken kann.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Ich möchte vollumfänglich unterstützen, was Frau Dr.in Meyer zum Thema Geburt gesagt hat, und noch ergänzen, dass nach schwedischen, niederländischen und anderen Studien Anfahrtswege von länger als 30 Minuten eine erhöhte Mortalität und Komplikationsrate nach sich ziehen. Man muss sich also mit diesem Wert von 30 Minuten noch einmal näher befassen.

Darüber hinaus kann es ja auch vorkommen, dass eine Frau an der Tür eines Kreißsaals abgewiesen wird, weil er voll belegt ist. Das passiert ja nicht nur in kleinen Krankenhäusern, wo weniger Kreißsäle und Hebammen gleichzeitig zur Verfügung stehen, sondern beispielsweise auch bei mir vor Ort, wo zwei Maximalversorger-Kliniken Level 1 vorhanden sind, wo solche Situationen temporär der Fall sind. Das muss man bei den Fahrzeiten mit berücksichtigen. Wenn man beispielsweise aus dem Landkreis Diepholz, wo es meines Wissens keinen Kreißsaal mehr gibt,

irgendwohin fährt, was ohnehin schon etwas weiter entfernt ist, dann wird man dort möglicherweise abgewiesen. Ich bitte, das mit zu berücksichtigen. Bei allem Verständnis für Wirtschaftlichkeit muss man auch die Bedeutung der Geburt für die spätere Gesundheit von Mutter und Kind berücksichtigen. Die Geburt ist ja Gesundheitsprävention in der ersten Stunde. Meiner Meinung nach müssen wir das als Gesellschaft dann eben querfinanzieren.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben meine Bedenken noch nicht ganz ausräumen können, die sich darauf beziehen, dass die Situation in den Grenzregionen zu anderen Bundesländern, aber beispielsweise auch zu den Niederlanden für uns klar ist und kein grauer Fleck bleibt. Welche Institutionen berücksichtigen Sie zukünftig bzw. planen Sie einzubinden, um ein differenziertes Bild von der Situation zu bekommen? Ich glaube, dass das allein aus Düsseldorf und aus Hannover nicht erfasst werden kann. So könnten auch Euregios, in denen es eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auch zwischen den Geschäftsstellen gibt, einbezogen werden oder müssten darüber hinaus auch neue, strukturierte Dialogformate gefunden werden, die sich an den Grenzen der betroffenen Landkreise, Städte und Gemeinden ergeben, damit wir dort einen differenzierten Blick haben und die möglichen Auswirkungen auf Betroffene frühzeitig erfassen können.

MR **Vietze** (MS): Zur Zusammenarbeit mit den anderen Bundesländern habe ich eben Ausführungen gemacht. Das ist natürlich ein wichtiger Punkt. Diese Zusammenarbeit betreiben wir ja jetzt schon. Das wird sich auch durch die Leistungsgruppen nicht ändern. Da stellt sich natürlich die Frage, welche Leistungsgruppen beantragt werden. Dazu haben wir heute schon Antworten gegeben. Es ist natürlich wichtig, sich auch mit den Niederlanden abzustimmen. Das nehmen wir mit. Dazu bin ich ad hoc nicht sprechfähig. Danke auch für den Hinweis zu Euregio! Wir werden in Erfahrung bringen, ob im Fachreferat ein Austausch stattgefunden hat, und die Antwort nachliefern.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Präsentation und die Erläuterungen dazu!

Tagesordnungspunkt 4:

a) **Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/7478](#)

dazu: Unterrichtung durch die Landesregierung

b) **Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Situation der Geburtshilfe in Niedersachsen**

zu a: erste Beratung: 69. Plenarsitzung am 26.06.2025

federführend: AfSAGuG

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

zu b: Antrag der CDU-Fraktion auf Unterrichtung vom 16.06.2025 (s. Anlage zur Einladung)

Beginn der Beratung zu a)

Unterrichtung durch die Landesregierung

Der Ausschuss nimmt die Unterrichtung zu dem Antrag der Fraktionen der SPD und der Grünen „Landesaktionsplan Gute Geburt: Eine gesunde und gute Geburt für Mütter und Kinder sicherstellen“ durch Herrn **Dr. Früh** (MS) entgegen. Die schriftliche Ausfertigung der Unterrichtung, die den Ausschussmitgliedern im Nachgang zu der Sitzung per E-Mail zugeleitet worden ist, ist dieser Niederschrift als **Anlage 2** beigelegt. Darauf wird verwiesen.

Aussprache zu a)

Abg. **Karin Emken** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Da Sie sehr schnell viele Themenbereiche angesprochen haben, bitte ich zunächst darum, dass die Unterrichtung dem Ausschuss kurzfristig schriftlich zur Verfügung gestellt wird, weil wir dazu zur Vertiefung bestimmt noch viele Nachfragen haben, die wir uns bei dieser Schnelligkeit gar nicht überlegen konnten.

Zu Ihrer Aussage, dass die geburtshilfliche Versorgung in Niedersachsen „flächendeckend gut bis sehr gut“ ist: In der Unterrichtung zu unserem Entschließungsantrag zu den Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Schwangerschaften in Niedersachsen ([Drs. 19/5324](#)) lautete die Aussage: „noch ausreichend“.² Wie kommt es jetzt zu dieser neuen Aussage? Hat sich die Situation so schnell verbessert? Sind Geburtsstationen eröffnet worden? Das wäre mir ganz neu. Es wäre schön, wenn Sie dazu etwas sagen könnten.

Ein Schwerpunkt unseres Antrags ist die Erstellung eines Landesaktionsplans. Dazu haben Sie noch nichts gesagt. Können Sie dazu noch ein paar Aussagen treffen?

² vgl. TOP 3 der Niederschrift über die 52. Sitzung am 28.11.2024

RR'in **Kuhlmann** (MS): Diese Aussage zur Versorgungslage bezog sich auf die stationäre Versorgung. Die Abdeckung zur Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten liegt bei ca. 97 %. Das erachten wir schon als sehr gut. Darauf bezog sich diese Aussage.

Abg. **Karin Emken** (SPD): In der vorherigen Unterrichtung, die noch gar nicht lange her ist, hieß es: „noch ausreichend“. Wie kommt es jetzt zu dieser neuen Aussage?

RR'in **Kuhlmann** (MS): Ich kann jetzt nicht nachvollziehen, wann und in welchem Zusammenhang diese andere Aussage getroffen wurde.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Diese Aussage ist hier im Ausschuss vom Ministerium getroffen worden. Vielleicht können Sie dem noch nachgehen; denn das irritiert mich jetzt schon sehr.

RR'in **Kuhlmann** (MS): Das machen wir gerne.

Zum Landesaktionsplan: Dazu, inwieweit er erarbeitet wird und ob wir zusätzliche Mittel dafür aufbringen, kann ich noch nichts sagen. Das befindet sich gerade noch in der Beratungsphase. In welcher Höhe eventuell Haushaltsmittel dafür veranschlagt werden, ist noch in der Planung. Die Entscheidung liegt letztendlich beim Haushaltsgesetzgeber.

(Abg. Eike Holsten [CDU]: Wir machen das!)

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Sie haben darauf hingewiesen, dass Sie darauf hinwirken wollen, dass keine Geburtsklinik aus finanziellen Gründen schließt. Dazu interessiert mich, wie die Landesregierung darauf hinwirken möchte. Möchte sie dann bestimmte Kliniken finanziell unterstützen? Welche Möglichkeiten sind dafür angedacht? Soll es dann doch in den ambulanten Bereich gehen? Dazu würden mich die ersten Überlegungen im Ministerium interessieren, wie die Landesregierung das verhindern möchte.

Sie sprachen auch die Fortbildung der Hebammen hinsichtlich der Geburtstraumata an. Dazu würde mich Näheres zu den Fortbildungen interessieren, wie verhindert werden soll, dass es gar nicht zu diesen Traumata kommt. Man kann das ja auch erreichen, indem man mehr Zeit hat und ein bestimmtes Vorgehen während der Geburt wählt. Ist das auch Teil der Fortbildung der Hebammen?

Meine letzte Frage: Sie sprechen immer von der Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten. Man kann darüber streiten, ob man das für ausreichend hält oder nicht, wenn man die Wehen bekommt. Sie gehen aber immer davon aus, dass das alle Krankenhäuser betrifft. Wenn eine werdende Mutter zum Beispiel an Diabetes erkrankt ist und ein Level-1-Krankenhaus benötigt, ist ein solches Krankenhaus ja nicht immer innerhalb von 40 Minuten erreichbar. Differenzieren Sie diesbezüglich? Ein nicht kleiner Teil der Frauen, die zum Beispiel ein gewisses Alter erreicht haben oder eine Mehrlingsgeburt erwarten, benötigen ja ein Level-1-Krankenhaus. Geht es bei dieser Aussage immer nur um Krankenhäuser generell? Wird das in den Berechnungen berücksichtigt?

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Die Frage zur Wirtschaftlichkeit betrifft in der Tat ein schwieriges Thema. Die Geburtskliniken berichten uns wiederholt, dass die DRG für die Geburt auch in der Vergangenheit im Grunde genommen nicht ausreichend ist und eine Geburtshilfe unabhängig davon, ob sie 100 oder 2 000 Geburten durchführt, in Summe nicht kostendeckend betrieben

werden kann. Das ist ein Problem des Entgelts, das auf Bundesebene zu lösen wäre. Man hat sich dieses Problems offensichtlich auch in Berlin angenommen und die strukturelle Förderung in der von Herrn Dr. Früh genannten Millionenhöhe an die geburtshilflichen Stationen ausgeschüttet, die natürlich auch an ein paar Bedingungen geknüpft ist. Das Land hat vergleichsweise wenig Möglichkeiten, die Geburtshilfen wirtschaftlich zu unterstützen. Wir können nicht in die Finanzierungssystematik eingreifen und Betriebskosten querfinanzieren. Wir unterstützen grundsätzlich im Bereich der Investitionskostenförderung. Um Schließungen zu verhindern, reden wir viel mit den Betroffenen. Leider kommen sie nicht immer frühzeitig auf uns zu mit dem Hinweis, dass sie ein Problem haben, sondern sie stellen uns ganz oft vor vollendete Tatsachen, sodass wir wenig dazu beitragen können, um noch vor Ort eine Lösung zu finden. Aber der Minister ist bei allen Vorgängen, bei denen uns auch nur ansatzweise irgendwie erreicht, dass es irgendwo ein Problem gibt, ebenso wie die Fachebene immer mit den Trägern im Austausch und schaut, welche Möglichkeiten sich finden lassen, um vor Ort eine Geburtshilfe weiter betreiben zu können. Es obliegt dem Land Niedersachsen aber leider nicht, vorzugeben, dass eine Geburtshilfe weiter betrieben werden muss. Wenn ein Krankenträger vom Netz geht, dann haben wir dabei vergleichsweise wenig Möglichkeiten.

Für die Zukunft werden wir uns für die Umsetzung der Krankenhausreform und die Zuteilung von Leistungsgruppen genau ansehen, welche Anträge vorliegen, wie die flächendeckende Versorgung ist, welche Lücken bestehen und ob ein Träger eventuell keinen Antrag gestellt hat, den wir eigentlich auf der Liste hatten. Das ist aber Stand heute nicht der Fall. Im Zweifel werden wir auch durch weitere Gespräche erreichen können, dass geburtshilfliche Versorgung vor Ort weiterhin oder gegebenenfalls sogar zusätzlich angeboten wird. Da werden wir möglicherweise auch an der einen oder anderen Stelle mal die Daumenschrauben ansetzen müssen und sagen: Wenn du das haben willst, dann musst du aber die Geburtshilfe weiter betreiben! - An dieser Stelle haben wir zum ersten Mal sozusagen ein Schwert in der Hand, mit dem wir ein bisschen Druck aufbauen können. Vorher hatten wir diese Möglichkeit nicht.

RR'in **Kuhlmann** (MS): Zu der Frage nach den Ausbildungsinhalten und Fortbildungen: Die Ausbildung der Hebammen erfolgt seit einigen Jahren im Rahmen eines Studiums. Die Hochschulen entwickeln die Lehrpläne und die Modulbeschreibungen eigenständig. Dazu kann ich also keine verallgemeinernde Aussage treffen. Die Studieninhalte werden natürlich ständig weiterentwickelt.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Die Frage zu den Level-1-Krankenhäusern und der Erreichbarkeit innerhalb von 40 Minuten ist noch offen. Sie beziehen sich wahrscheinlich nicht auf die Level-1-Krankenhäuser, sondern auf generelle Versorger. Das heißt, eine Frau, die ein gewisses Alter erreicht hat oder gewisse Schwierigkeiten hat, muss höchstwahrscheinlich weiter fahren.

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Tatsächlich bezieht sich die Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-Richtlinie) auf die allgemeine geburtshilfliche Versorgung und berücksichtigt die konkreten Versorgungsstufen nicht. Für die Level-1-Versorgung sieht der G-BA sogar auch eine längere Erreichbarkeit innerhalb von 90 Minuten als zumutbar an. Er begründet das damit, dass in diesem Bereich in der Regel eine planbare Leistung vorliegt. Innerhalb dieses Zeitraums von 90 Minuten ist in Niedersachsen für nahezu die gesamte weibliche Bevölkerung die Erreichbarkeit dieser höchsten Versorgungsstufe möglich.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Meine erste Nachfrage bezieht sich auf den Landesaktionsplan. Meines Erachtens geht es weniger um die Haushaltsmittel - darüber diskutieren wir heute nicht -, sondern darum, welche Überlegungen es in der Abteilung gibt, den Landesaktionsplan vor allen Dingen erst einmal zu erarbeiten und dann umzusetzen. Er beinhaltet ja den Schritt, erst einmal Ziele festzulegen und die Maßnahmen zu beschreiben.

Die Aussage, dass die Versorgung „noch ausreichend“ ist, habe ich so verstanden, dass es dann, wenn jetzt noch etwas wegfällt, zu wenig wird. Die Zahlen sind so, dass es ausreichend ist. „Ausreichend“ heißt sehr gut. Ich glaube, das war das Wording an dieser Stelle. Ich habe die heutige Unterrichtung aber auch so verstanden, dass dann, wenn jetzt noch etwas wegfällt, die Versorgung nicht mehr ausreichend ist und die Bewertung „sehr gut“ auf die Fahrzeit bezogen ist: 97 % innerhalb von 40 Minuten. Das habe ich eben schon kommentiert.

Eine weitere Nachfrage: Sie haben erläutert, dass für die Sicherstellung der Versorgung das Land zuständig ist. Jetzt haben Sie darauf hingewiesen, dass das Land einen Träger der Geburtshilfe nicht verpflichten kann weiterzumachen. Trotzdem ist es ja notwendig, dass wir die Versorgung auch in der Geburtshilfe sicherstellen. Auch wenn das Land nicht die Aufgabe hat, Geburtshilfen wirtschaftlich zu unterstützen, stellt sich die Frage, wie das Land in Richtung Bund auf eine Änderung hinwirken kann. Welche Möglichkeiten gibt es dazu?

Noch eine Frage zur Ausbildung: An dem Prozess einer Geburt sind ja nicht nur Hebammen beteiligt, sondern auch Mediziner*innen. Haben Sie Kenntnisse darüber, inwieweit traumasensible Geburtshilfe auch im Curriculum für die Ausbildung der Mediziner*innen verankert ist, und können Sie das gegebenenfalls nachliefern? Möglicherweise ist das eher im Wissenschaftsbereich verankert.

Da noch einige Informationen ausstehen und die heutige Beratung nur der Auftakt sein kann, sich mit diesem Thema noch weiter auseinanderzusetzen, schlage ich vor, das in dem größeren Rahmen einer Anhörung fortzusetzen.

RR'in **Kuhlmann** (MS): Zur Erstellung eines Landesaktionsplans kann ich tatsächlich noch nicht viel sagen. Das befindet sich bei uns im Haus in der Prüfung. Es ist jetzt noch zu früh, dazu Aussagen zu treffen.

Zu den Studieninhalten für angehende Ärzte: Das Medizinstudium ist ja durch eine bundeseinheitliche Approbationsordnung festgelegt. Die inhaltliche Ausgestaltung erfolgt an den einzelnen Universitäten. Unterstützt werden diese von Gremien und vom Wissenschaftsrat. Diese Inhalte sind dort tatsächlich auch enthalten, aber das kann variieren. Die Fortbildungen der Ärztinnen und Ärzte werden von den Ärztekammern auf der Grundlage der Weiterbildungs- und Fortbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern geregelt. Auch diese werden ständig weiterentwickelt. Wie es tatsächlich in Niedersachsen aussieht, ist mir im Moment nicht bekannt. Ich kann das gerne nachreichen. Auf jeden Fall ist das Bestandteil in allen Berufsgruppen.

MR **Vietze** (MS): Zum Thema Sicherstellung, das verschiedentlich angesprochen worden ist, muss man die Gesamtsituation betrachten, die Sie sicherlich sehr genau kennen. Der Bund ist für die Finanzierung der Betriebsmittel verantwortlich. Die Kritik bezieht sich darauf, dass das in der Vergangenheit nicht ausreichend war und die Krankenhäuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Der Krankenhausbetreiber überlegt ja als Erstes, welche Leistung er anbieten

will und ob das wirtschaftlich ist, und trifft dann die Entscheidung, ob er das trotzdem machen will. Darauf haben wir als Land wenig Einfluss. Die Krankenhausversorgung, insbesondere die Geburtshilfe, ist eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge, die zunächst bei den Landkreisen liegt und für die wir als Land aber auch eine Aufgabe über die Krankenhausplanung wahrnehmen und im Austausch mit den Landkreisen und mit den Krankenhausträgern sind.

Der Ansatzpunkt, den wir jetzt gefunden haben und den Herr Dr. Früh gerade beschrieben hat, ist, dass wir versuchen, an der Finanzierung zu drehen. Da wird auf der einen Seite etwas durch die Vorhaltevergütung passieren, wo ein Teil nicht bezogen auf die Fälle, sondern als wirkliche Vorhaltefinanzierung gemacht wird. Davon versprechen wir uns eine wirtschaftliche Entspannung. Man muss sehr genau verfolgen, ob das insgesamt eintritt und ob das bei der Geburtshilfe eintritt. Das müssen wir gemeinsam in diesem ganz sensiblen Bereich, in dieser Leistungsgruppe bewerten. Der Bundesgesetzgeber hat durch den Druck der Länder auch gesagt: Wir müssen für bestimmte Leistungsgruppen einen Zuschuss in die Vorhaltevergütung geben. Er gibt ab 2027 120 Millionen Euro in diese Leistungsgruppe hinein. Das ist nicht viel Geld, aber ein Ansatz, dass zumindest ein bisschen mehr verteilt wird. Dann müssen wir ganz genau gemeinsam hinsehen und gemeinsam bewerten, was in den nächsten Jahren passiert. Wir tun im Rahmen der Möglichkeiten, die Frau Bauersfeld beschrieben hat, mit ganz viel Fingerspitzengefühl alles dafür, dass uns in den nächsten Jahren keiner mehr weggeht und dass wir erst mal in der Struktur bleiben, und beobachten und beurteilen, was bei der Finanzierung passiert: Entspannt sich das? Müssen wir noch einmal nachsteuern? Muss der Bund mehr zur Verfügung stellen? - Seien Sie sich sicher, dass das ein Thema ist, das wir als Erstes betrachten und bei dem wir ganz sensibel sind.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Ich habe noch eine Nachfrage hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit. Das Land ist ja für die Investitionskosten zuständig. Der Betrieb wird jetzt noch über die DRGs, aber künftig anders geregelt. Die Krankenhausreform soll sich ja nach vorsichtigen Schätzungen positiv für den Bereich der Hebammen auswirken, nämlich nicht mehr nur über die DRGs, sondern das Personal wird stärker über das Pflegebudget bemessen. Angenommen, das reicht nicht: Wäre es rein rechtlich überhaupt möglich, dass der Landeshaushaltsgesetzgeber die Betriebskosten in diesem Bereich bezuschusst, oder wäre das rechtlich nicht möglich? Es geht mir jetzt nicht darum, ob wir uns das aus unserem Budget tatsächlich leisten können, sondern um die Frage, ob wir das dürften, wenn wir es denn wollten.

MR **Vietze** (MS): Diese Frage werden wir im Nachgang beantworten.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Ich werde die Unterrichtung in Ruhe auswerten und mich dann, wenn sich noch Fragen ergeben, noch einmal melden.

Wie Frau Dr.'in Meyer schon erwähnt hat, werden wir auch eine Anhörung zu diesem Antrag beantragen. Dann können wir noch tiefer in die Thematik einsteigen. Wir haben diesen Entschließungsantrag gestellt, weil für uns die Frau im Mittelpunkt steht. Ich glaube, das teilen wir alle. Die Bedürfnisse der Frau haben für uns oberste Priorität. Das Ministerium hat jetzt den Sachstand erläutert. Das ist sehr gut auf alle verteilt. Der Antrag zielt darauf, das zusammenzubringen, damit wir weiterhin eine gute, sichere, flächendeckende Versorgung haben. Wir wissen, dass das schwierig ist. Aber wir wissen auch, dass wir hier unbedingt handeln müssen. Das ist die Grundlage unseres Antrags. Wir halten dafür einen Landesaktionsplan für dringend not-

wendig, der all das bündelt, was Sie vorgetragen haben - das ist sehr speziell -, und zu Ergebnissen führt, die genau zu dem führen, was ich gerade gesagt habe, die nämlich die Bedürfnisse der Frau in den Mittelpunkt stellen und eine gute, flächendeckende Versorgung sicherstellen. Deshalb ist es genau der richtige Weg, dazu auch eine Anhörung durchzuführen.

Unterrichtung zu b)

Der Ausschuss nimmt die Unterrichtung über die aktuelle Situation der Geburtshilfe in Niedersachsen durch MR **Vietze** (MS) entgegen. Die schriftliche Ausfertigung der Unterrichtung, die den Ausschussmitgliedern im Nachgang zu der Sitzung per E-Mail zugeleitet worden ist, ist dieser Niederschrift als **Anlage 3** beigelegt. Darauf wird verwiesen.

Aussprache zu b)

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Ist Ihnen bekannt, ob kurz- bis mittelfristig konkrete Gespräche zwischen den Vertragspartnern, dem GKV-Spitzenverband und dem Hebammenverband, auf Bundesebene avisiert sind?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben. Es ist zunächst einmal ein positives Signal, wenn Sie feststellen können, dass diejenigen, die in Niedersachsen bislang Geburtshilfe betrieben haben, auch weiterhin Geburtshilfe betreiben wollen. Ich erhalte allerdings immer wieder Informationen, nach denen die Kriterien, insbesondere die Fachärztevorgaben, enorm schwierig einzuhalten sein werden, und zwar nicht nur für die kleinen Häuser. Es hieß, 80 % der Häuser könnten sie eigentlich kaum einhalten; denn sie seien sehr streng. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Können Sie auch schon etwas dazu sagen, ob sich in diesem Bereich im Zuge der Reform des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes, für die es ja jetzt einen Referentenentwurf gibt, noch etwas bewegen wird? Denn es ist natürlich beunruhigend, wenn auch Krankenhäuser, die 500 bis 1 000 Geburten im Jahr durchführen und wirklich keine kleinen Krankenhäuser sind, die Situation als ganz schwierig einschätzen.

Vor allem stellt sich die Frage, ob sie den Level-1-Status halten können, wenn eine Kinderklinik künftig eine bestimmte Zahl von Fachärzten vorhalten muss, sodass letztendlich nur noch das Krankenhaus Auf der Bult eine Kinderklinik hätte und andere Level-1-Häuser ihren Level-1-Status verlieren würden. Sie wissen, worauf ich hinauswill. Können Sie dazu etwas sagen?

RR'in **Kuhlmann** (MS): Zu der Vertragssituation: Ich gehe davon aus, dass alle Vertragsbeteiligten ein Interesse daran haben, dass eine Einigung erzielt wird. Die Verhandlungen müssen aber im Rahmen der Selbstverwaltung geführt werden. Die Aufsicht darüber liegt beim Bundesgesundheitsministerium. Wir haben als Ländervertreter über die GMK darauf hingewirkt, dass die Bundesgesundheitsministerin für dieses Thema sensibilisiert wird. Aber wie weit die Vertragspartner jetzt aufeinander zugegangen sind, ist uns nicht bekannt.

MR **Vietze** (MS): Zum Thema Fachärztinnen und Fachärzte: Dass nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz in den spezifischen Leistungsgruppen Fachärztinnen und Fachärzte

nur in maximal drei Leistungsgruppen angerechnet werden können, ist ein Thema für viele kleinere Häuser und insbesondere ein Thema in bestimmten Leistungsbereichen, wie zum Beispiel Geburt und perinataler Schwerpunkt zusammen mit Frauenheilkunde. Da passt das nicht. Wenn man die Gynäkologin oder den Gynäkologen für diese vier Leistungsgruppen bei einem Schwerpunktversorger braucht, dann reicht das nicht aus, weil man unter Umständen nicht genügend Fachärztinnen und Fachärzte hat, wenn man sie nur in drei Leistungsgruppen anrechnen kann. Daher ist es für uns als Land ganz wichtig, zu ermöglichen, dass im KHVVG die Fachärztinnen und Fachärzte in mehr als in diesen drei Leistungsgruppen angerechnet werden können. Das würde die Versorgung nicht nur im Bereich Geburt, sondern auch in anderen Leistungsgruppen für kleinere Häuser entspannen. Das ist im Koalitionsvertrag des Bundes fest vereinbart. Der Gesetzgebungsprozess für das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) ist jetzt begonnen worden. Wir erwarten als Land, dass das BMG bzw. der Bund diese Vereinbarung umsetzt.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich möchte auf den Hebammenhilfvertrag eingehen. Sie haben ausgeführt, dass zehn Krankenhäuser ausschließlich mit Beleghebammen arbeiten. Wir alle wissen: Wenn das so umgesetzt wird, wie es jetzt diskutiert wird, und sie sich dann zurückziehen würden, dann haben wir ein sehr großes Problem. Dann würden wir uns auch nicht mehr darüber streiten, ob die Versorgung ausreichend oder sehr gut ist, und wüssten wir, dass sie nicht mehr ausreichend ist. Von daher begrüßen wir sehr, dass die Landesregierung die Bundesministerin darauf aufmerksam macht, dass wir in diesem Bereich ein Problem bekommen. Das gilt dann, glaube ich, nicht nur für Niedersachsen, sondern bundesweit. Nach meinen Informationen ging es bei dem Hebammenhilfvertrag ursprünglich darum, die Eins-zu-eins-Betreuung zu stärken. Das ist natürlich nicht möglich, wenn es die Struktur nicht gibt und wenn nicht genügend Hebammen zur Verfügung stehen. Deshalb machen Sie bitte weiter und wirken Sie darauf hin, dass das geändert wird, damit wir in diesem Bereich nicht noch ein größeres Problem bekommen!

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kommt überein, zu dem Antrag zu a) eine Anhörung durchzuführen und sich in der nächsten Sitzung über einen Termin für die Anhörung zu verständigen.

Tagesordnungspunkt 5:

Die Zukunft der Medizin: geschlechtsspezifische Forschung und Versorgung stärken!

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/7491](#)

erste Beratung: 69. Plenarsitzung am 26.06.2025

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfWuK

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU) schlägt vor, zunächst die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag zu bitten.

Weiteres Verfahren

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

Tagesordnungspunkt 6:

Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans

Unterrichtung - [Drs. 19/7515](#)

direkt überwiesen am 20.06.2025

federführend: AfSAGuG

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

Der Ausschuss hatte in der 65. Sitzung am 19. Juni 2025 die Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 18. Juni 2025 entgegengenommen.

Unterrichtung

ORR'in **Bauersfeld** (MS) unterrichtet den Ausschuss über die Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans. Insoweit wird auf die Unterrichtung in der Drucksache 19/7515 verwiesen.

Aussprache

Abg. **Delia Klages** (AfD): Wir haben uns heute unter den vorangegangenen Tagesordnungspunkten sehr ausführlich mit der Situation im Bereich der Geburtshilfe befasst. Vor diesem Hintergrund fällt es unangenehm auf, dass im Versorgungsgebiet 3 im Zuge der Verlagerung der Geburtshilfe zum DIAKOVERE Henriettenstift ein Planbett in der Geburtshilfe verlorengeht.

Zum Versorgungsgebiet 8, in dem das Elisabeth-Krankenhaus in Thuine aus dem Krankenhausplan herausgenommen wird, fehlen in der Unterrichtung durch die Landesregierung Angaben zu der bisherigen Kapazität. Insofern interessiert mich, was durch die Herausnahme dieses Krankenhauses entfällt. Ich erinnere in diesem Zusammenhang daran, dass das Krankenhaus in Holzminden aus dem Krankenhausplan herausgenommen worden ist und in dem gesamten Landkreis Holzminden kein Krankenhaus mehr vorhanden ist. Insofern besteht aus meiner Sicht tendenziell die Gefahr, dass durch die Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan die Versorgungslage deutlich schlechter wird.

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Bei der DIAKOVERE entfällt in der Tat in der Summe ein Planbett in der Geburtshilfe. Das ist allerdings durch die Auslastung bedingt. Wir haben uns jeweils die Auslastung angesehen. In der Summe ist die Anzahl der Planbetten erforderlich, die jetzt im Krankenhausplan steht. Das eine Planbett ist weggefallen, weil es in der Soll-Auslastung schlicht nicht erforderlich war.

In Thuine gab es im Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung zunächst einmal Bestrebungen, die Geriatrie und die Orthopädie zu stärken und dort ein Fachkrankenhaus einzurichten. Das ist allerdings im Planungsausschuss nicht goutiert worden. Es gab keine Mehrheit dafür, dieses Krankenhaus sozusagen in kleinerer Form weiterzubetreiben. Es hatte ursprünglich 112 Betten:

56 Betten in der Inneren Medizin, 26 Betten in der Orthopädie und 30 Betten in der Chirurgie. Die Innere Medizin und Orthopädie sind jetzt an das Bonifatius Hospital in Lingen verlagert worden. Die Chirurgie ist am Bonifatius Hospital vorhanden. Insofern besteht dort jetzt keine klassische Versorgungslücke.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Also eins zu eins?

ORR'in **Bauersfeld** (MS): Die Chirurgie ist quasi weggefallen. Beim Bonifatius Hospital gibt es nur einen Aufwuchs um 50 Betten. Das passt aber mit den bisherigen Belegungsdaten zusammen. Das Krankenhaus in Thuine war ja auch nicht mehr voll ausgelastet. Insofern war es nicht erforderlich, sämtliche Betten zu verlagern.

Beschluss

Der **Ausschuss** nimmt die Unterrichtung über die Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans einvernehmlich zur Kenntnis und sieht von einer Stellungnahme ab.

Vorstellung der Kernergebnisse

Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen

Hannover, 21. August 2025

Ihre Ansprechpartner



Dr. Thomas Topf

Senior Manager

Thomas.Topf@pd-g.de



Winnie von Ameln

Managerin

Winnie.vonAmeln@pd-g.de

Die PD ist Partnerin der Verwaltung. Wir arbeiten gemeinsam mit Ihnen an Deutschlands Zukunft – für die öffentliche Hand von morgen.



zu **100**
Prozent im Besitz
öffentlicher Gesellschafter

derzeit **275**
Gesellschafter¹ halten
Anteile an der PD

rund **1.250**
Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter bundesweit

Die PD ist die Inhouse-Beratung der öffentlichen Hand.

Unsere Auftraggeber und Gesellschafter sind ausschließlich Bund, Länder, Kommunen sowie andere öffentliche Körperschaften und Einrichtungen.

Unsere Gesellschafter können uns im Rahmen der Inhouse-Vergabe direkt beauftragen.

Als Partnerin der Verwaltung bieten wir der öffentlichen Hand bundesweit Beratungs- und Managementleistungen zu allen Fragen moderner Verwaltung und Infrastruktur an.

Das Besondere an unserer Beratung:

Wir agieren neutral, unabhängig und raten konsequent von unwirtschaftlichen Projekten ab.

Wir hinterfragen gewohnte Abläufe und entwickeln neue Impulse.

Wir stehen für eine ganzheitliche Herangehensweise, strategische Planung und einen klaren Fokus auf Nachhaltigkeitsaspekte.

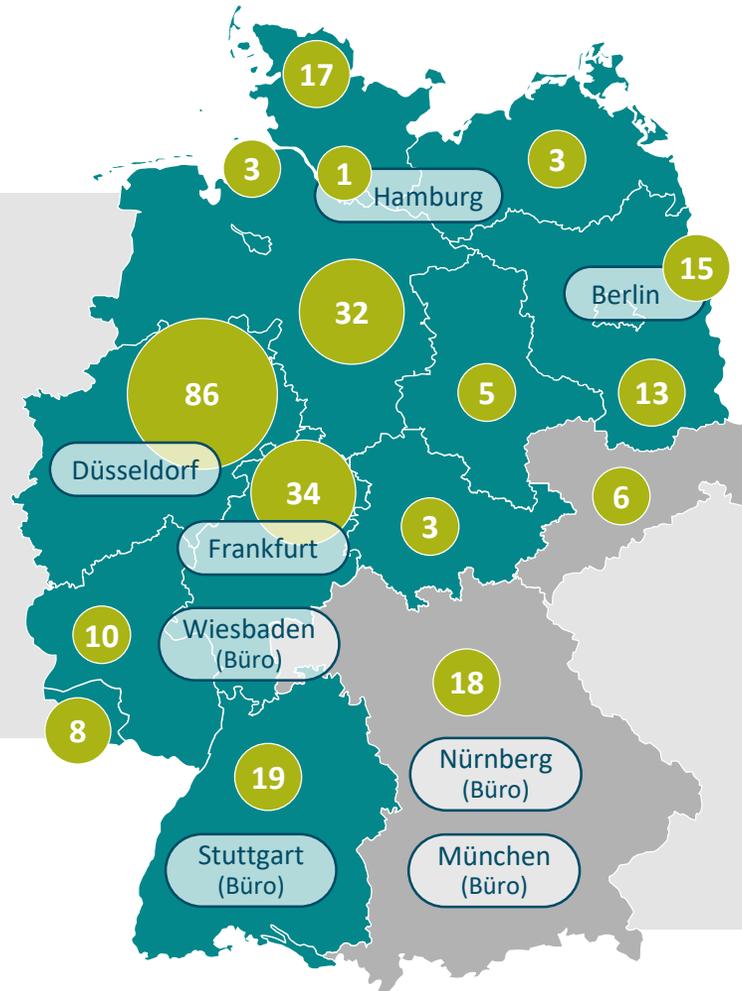
Wir erreichen Qualität und Innovation durch das Know-how der über 800 Beratenden aus den Bereichen Verwaltung und Privatwirtschaft sowie aus einer Vielzahl von Studien und Fachpublikationen.

Wir sind: die Inhouse-Beratung der öffentlichen Hand.

Von acht Städten aus beraten wir bundesweit unsere 275 Gesellschafter¹. Der PD-Gesellschafterkreis verteilt sich auf alle Bundesländer.

PD-Gesellschafterkreis

- Bundesrepublik Deutschland
- 14 Bundesländer
- Kommunale Gesellschafter²
- Universitätsklinika und kommunale Großkrankenhäuser
- Körperschaften
- Öffentliche Unternehmen
- Hochschulen und Forschungseinrichtungen
- Weitere öffentlich-rechtliche Gesellschafter
- Republik Zypern



Unsere Standorte und Büros

- Berlin
- Düsseldorf
- Frankfurt
- Hamburg
- München
- Nürnberg
- Stuttgart
- Wiesbaden

¹ Inklusive mittelbarer Gesellschafter und der Republik Zypern.
² Inklusive kommunaler Spitzenverbände.
 Stand: Juli 2025

Agenda

- | | |
|--|----|
| 1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens | 5 |
| 2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick | 8 |
| 3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen | 11 |
| 4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche | 16 |
| 5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen | 38 |

Fragestellungen und Ziel des Gutachtens

Das Gutachten soll als Grundlage für einen **neuen Krankenhausplan in Niedersachsen** dienen, der die Vorgaben aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) umsetzt

Stationäre Versorgung der Bevölkerung

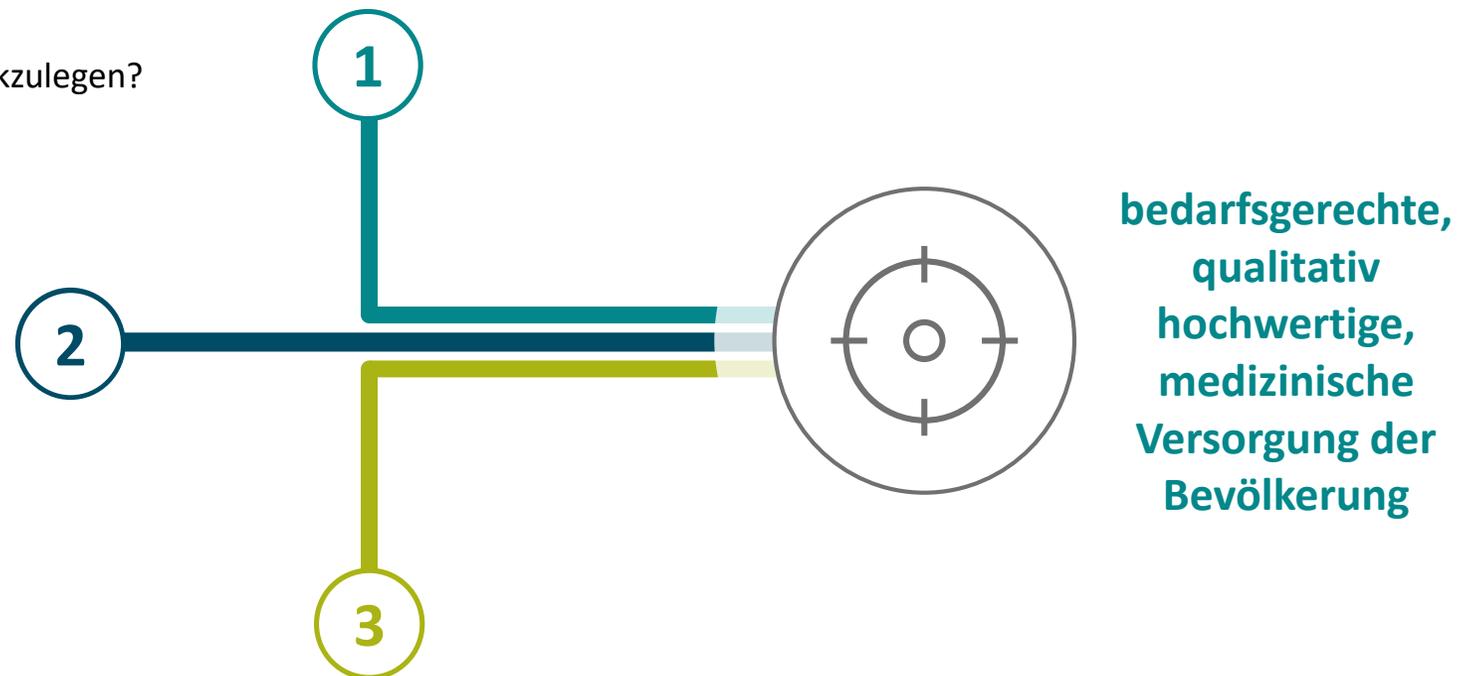
- Wo besteht eine Über- oder Unterversorgung?
- Wo sind (zu) lange Fahrzeiten/weite Strecken zurückzulegen?

Fallzahlprognose

- Welche Effekte ergeben sich aus der demografischen und epidemiologischen Entwicklung der Bevölkerung?
- Zeithorizont 2040

Bundespolitische Entwicklungen

- Welche Auswirkungen hat das KHVVG auf die Versorgung?



Datenbasis des Gutachtens

Öffentliche und nicht-öffentliche Daten werden zusammengeführt und miteinander verknüpft*



- **§ 21-KHEntg-Daten** 2018 bis 2023 (Abrechnungs- und Behandlungsdaten der Krankenhäuser)
- **Interviews** mit ausgewählten Akteurinnen und Akteuren der gesundheitlichen Versorgung in Niedersachsen
- Daten aus den **strukturierten Qualitätsberichten** der Krankenhäuser 2018 bis 2023
- **Statistische Daten** (u. a. demographische und epidemiologische Daten)

Agenda

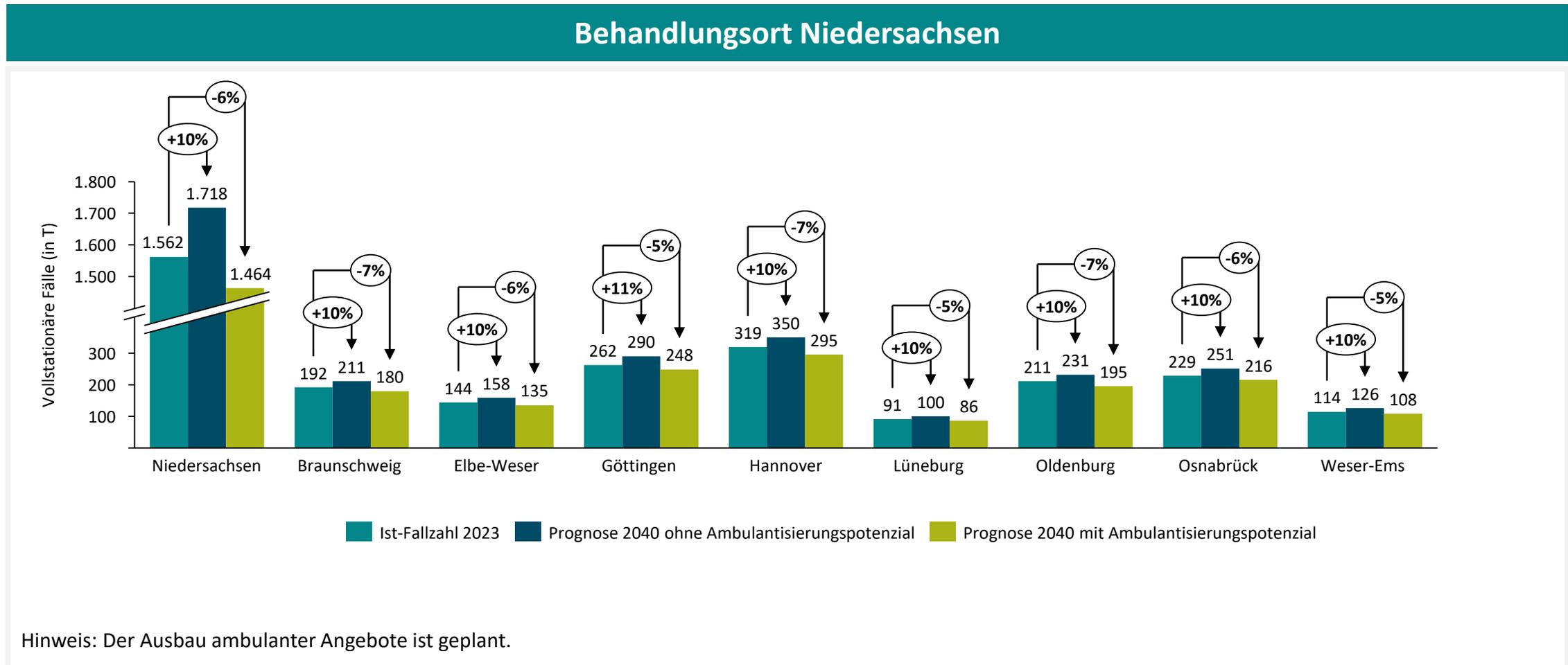
- | | |
|--|----------|
| 1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens | 5 |
| 2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick | 8 |
| 3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen | 11 |
| 4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche | 16 |
| 5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen | 38 |

Zentrale Ergebnisse des Gutachtens im Überblick

Thematik	Ergebnisse / Zentrale Aussagen
Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> Insgesamt gute Erreichbarkeit stationärer Versorgung, aber regionale Unterschiede, z. B. Elbe-Weser, Lüneburg, Diepholz mit längeren Fahrzeiten für einige Leistungsgruppen.
Regionale Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> Z.B. südliches Niedersachsen: Alterung bei Bevölkerungsrückgang; Nordosten: dünn besiedelt, geringe Fallzahlen.
Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Flächendeckend gegeben, jedoch in einigen Regionen Optimierungspotenzial durch telemedizinische Konzepte und länderübergreifende Kooperationen.
Angebotsdichte & Qualität	<ul style="list-style-type: none"> Teilweise hohe Angebotsdichte vor allem bei elektiven Leistungen (z. B. Endoprothetik); Konzentration kann Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern.
Demografie & Fallzahlprognose	<ul style="list-style-type: none"> Bevölkerungszuwachs führt insgesamt zu steigendem Versorgungsbedarf bis 2040; demografiebedingte Unterschiede in Leistungsgruppenentwicklung; Ambulantisierung kann stationäre Fallzahlen senken. Der Ausbau ambulanter Angebote ist geplant. Prognosen basieren auf 2023-Daten; fortlaufende Überprüfung notwendig; externe Faktoren (z. B. Pandemien) beeinflussen Entwicklung.
Bettenkapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> Rund 5.000 Planbetten 2023 ungenutzt; theoretisch 12 % Reduktion möglich; regionale Anpassung erforderlich; aber steigender Bettenbedarf im Vergleich zu 2023 bis 2040 möglich.

Prognose der vollstationären Fälle mit Behandlungsort in Niedersachsen mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2040

Basisjahr 2023

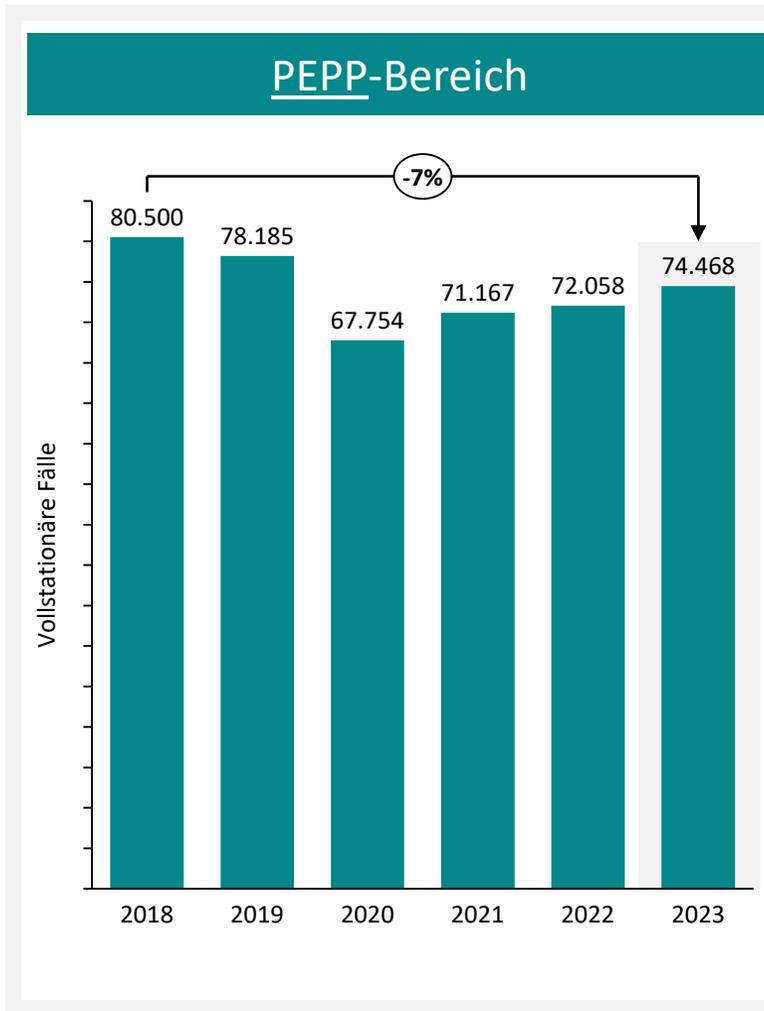
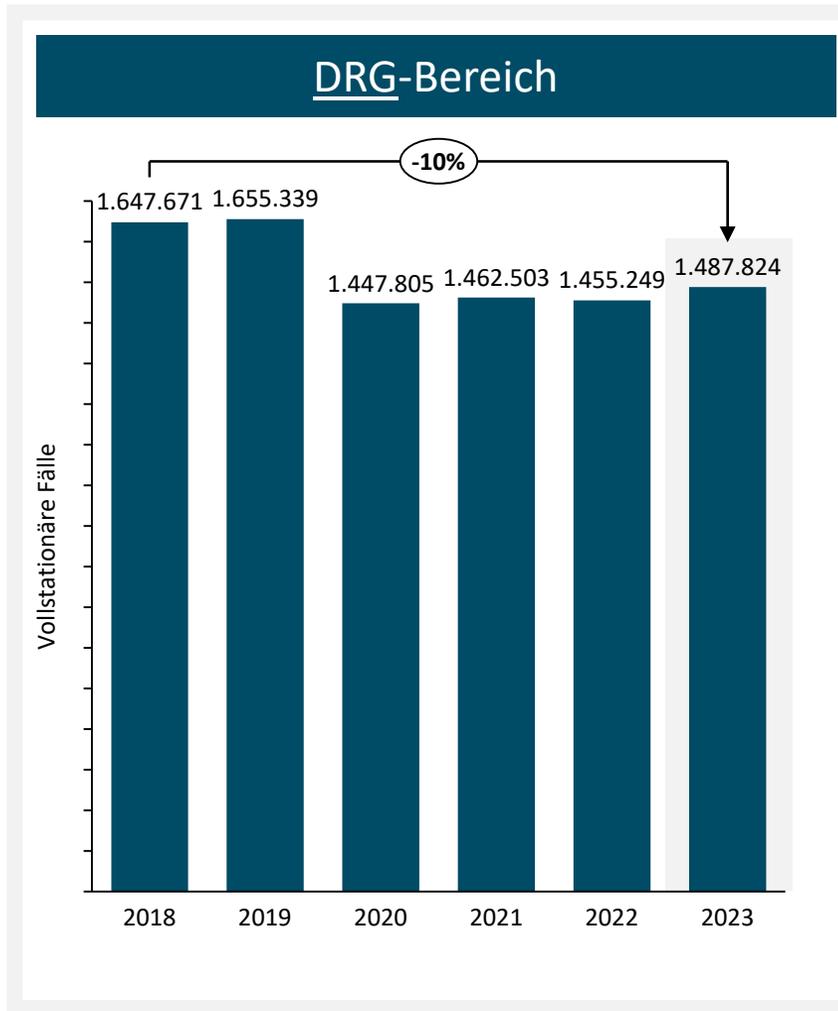


Agenda

- | | |
|---|-----------|
| 1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens | 5 |
| 2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick | 8 |
| 3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen | 11 |
| 4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche | 16 |
| 5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen | 38 |

Die Fallzahlentwicklung im vollstationären Bereich zeigt, dass das Prä-COVID-19-Niveau bisher noch nicht wieder erreicht wurde

Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in den Jahren 2018 bis 2023



- ⊙ Im **DRG-Bereich** sank die **Fallzahl** im Jahr 2023 im Vergleich zum Jahr 2018 um rund **10 %** (knapp 160.000 Fälle).
- ⊙ Im **PEPP-Bereich** sank die **Fallzahl** im Vergleich zum Niveau von 2018 im Jahr 2023 um rund **7 %** (knapp 6.000 Fälle) und somit prozentual weniger stark als im DRG-Bereich.
- ⊙ Allerdings **stiegen die vollstationären Fälle** im **PEPP-Bereich** von 2020 bis 2023 wieder kontinuierlich **an**.
- ⊙ Im **DRG-Bereich** stiegen die vollstationären Fälle seit 2020 bis 2023 ebenfalls wieder leicht.

Die Fallzahlentwicklung zwischen 2019 und 2023 in den einzelnen Leistungsgruppen ist heterogen

Beispielhafte Darstellung der Fallzahlentwicklung ausgewählter Leistungsgruppen der Jahre 2019 bis 2023

Leistungsgruppe				Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2021	2023	Nominal	Prozent
01.1 Allgemeine Innere Medizin	491.267	403.360	421.188	-70.079	-14%
03.1 Komplexe Gastroenterologie	22.867	33.736	34.035	11.168	49%
07.2 Leukämie und Lymphome	1.695	1.740	3.003	1.308	77%
08.1 EPU / Ablation	8.182	8.711	11.349	3.167	39%
09.1 Allgemeine Chirurgie	341.115	295.408	291.487	-49.628	-15%
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	233	204	162	-71	-30%
14.2 Endoprothetik Knie	15.669	14.289	18.116	2.447	16%
16.1 Bariatrische Chirurgie	1.763	2.217	2.588	825	47%
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	65.195	54.977	55.705	-9.490	-15%
21.4 Geburten	67.916	70.381	61.859	-6.057	-9%
27.1 Geriatrie	27.345	22.989	26.182	-1.163	-4%
Übrige Leistungsgruppen	690.277	625.658	636.618	-53.659	-8%
Gesamtergebnis	1.733.524	1.533.670	1.562.292	-171.232	-10%

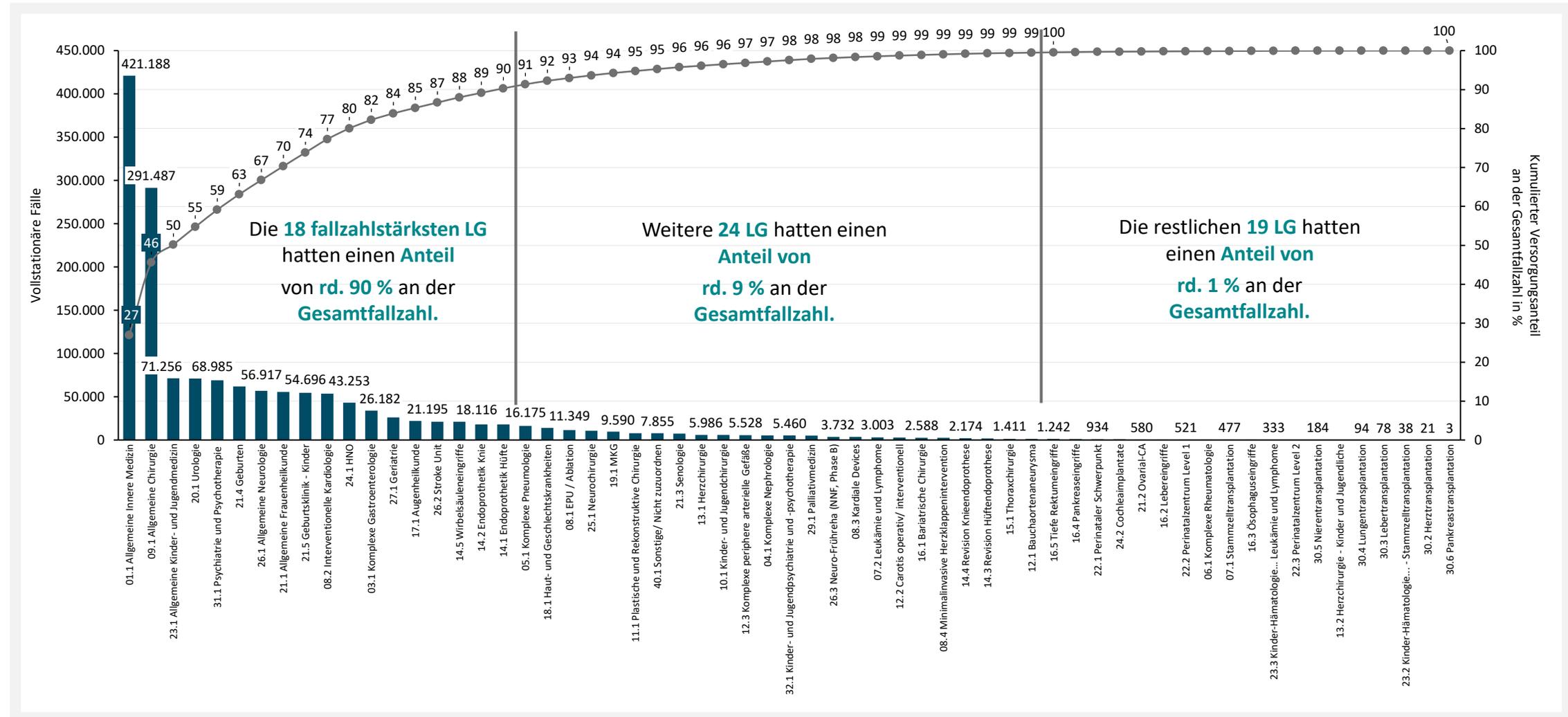
- ⊙ **Verschiedene Ursachen***
 - ⊙ Veränderung des Fachabteilungsschlüssels
 - ⊙ Verschiebungen zwischen den Leistungsgruppen
 - ⊙ Neue Therapieansätze und Medikamente
 - ⊙ Nachholeffekte
 - ⊙ Ambulantisierung
 - ⊙ Ausweitung des Versorgungsangebotes/ höherer Bedarf
 - ⊙ Geringerer Bedarf

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntg-Datensätze der jeweiligen Jahre. Bei den Fallzahlen im DRG-Bereich sind nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) berücksichtigt worden.

*Die jeweiligen Entwicklungen erfordern oft eine genauere Einordnung, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

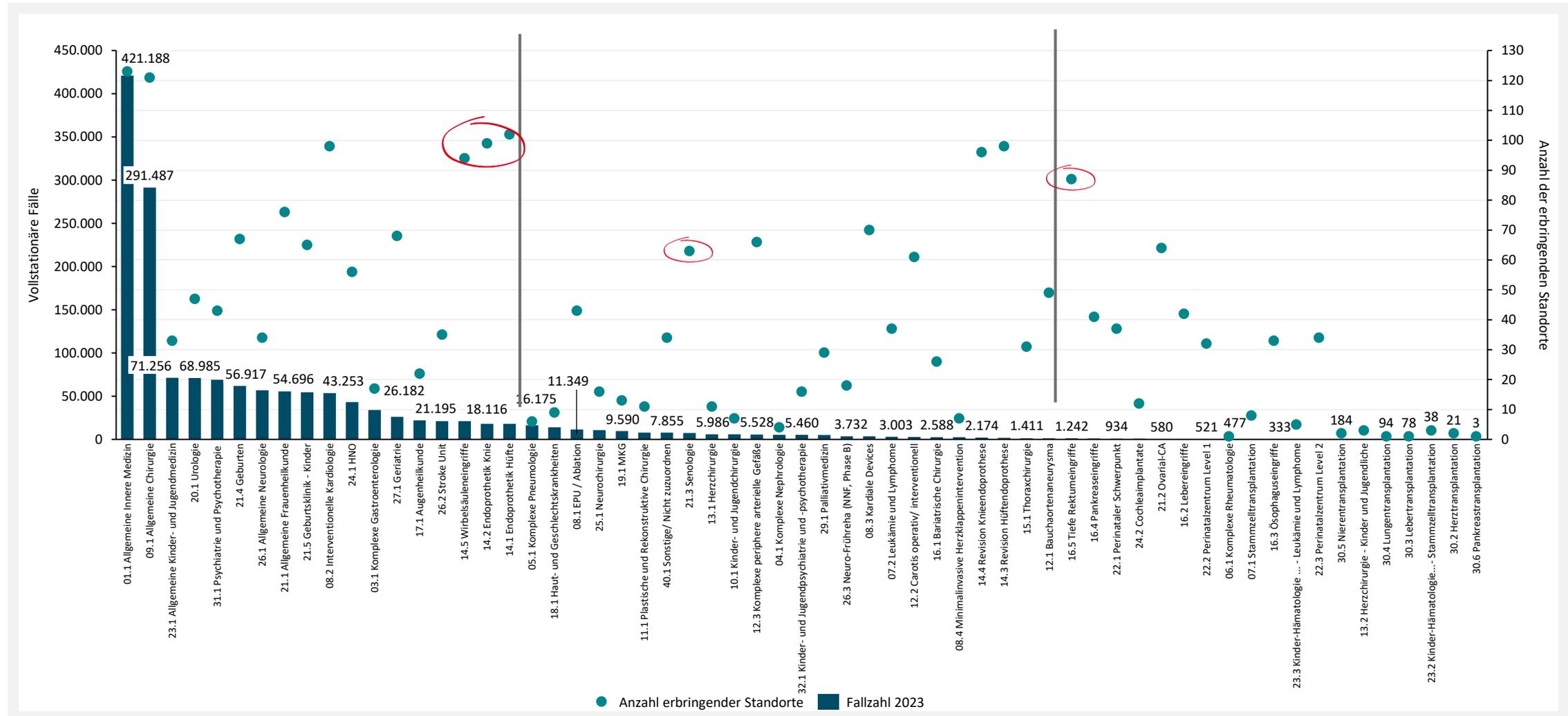
Rund 90 % des Gesamtfallzahlaufkommens werden über 18 Leistungsgruppen abgebildet

Analyse basierend auf der NRW-Leistungsgruppensystematik



Viele Krankenhausstandorte in Niedersachsen beteiligen sich an der Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Leistungsgruppen mit vergleichsweise niedrigen Fallzahlen

Analyse basierend auf der NRW-Leistungsgruppensystematik



Agenda

- | | |
|--|-----------|
| 1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens | 5 |
| 2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick | 8 |
| 3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen | 11 |
| 4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche | 16 |
| 5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen | 38 |

Im Rahmen des Gutachtens wurden 15 Versorgungs- bzw. Leistungsgruppen im Detail betrachtet



Fokusthemen:

1. **LG Geburten** und Perinatalzentren
2. LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendchirurgie
3. LG Senologie
4. Zertifizierte Krebszentren
5. Onkochirurgische Leistungen (Mindestmengen)
6. LG Geriatrie
7. LG Endoprothetik Hüfte
8. **LG Endoprothetik Knie**
9. Notfallversorgung (G-BA Notfallstufen)
10. Polytraumaversorgung (Traumazentren)
11. **Schlaganfallversorgung**
12. LG Interventionelle Kardiologie (Herzinfarktversorgung)
13. LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
14. Psychiatrie und Psychosomatik
15. Sonderauswertung Ostfriesische Inseln

Im Rahmen des Gutachtens wurden 15 Versorgungs- bzw. Leistungsgruppen im Detail betrachtet



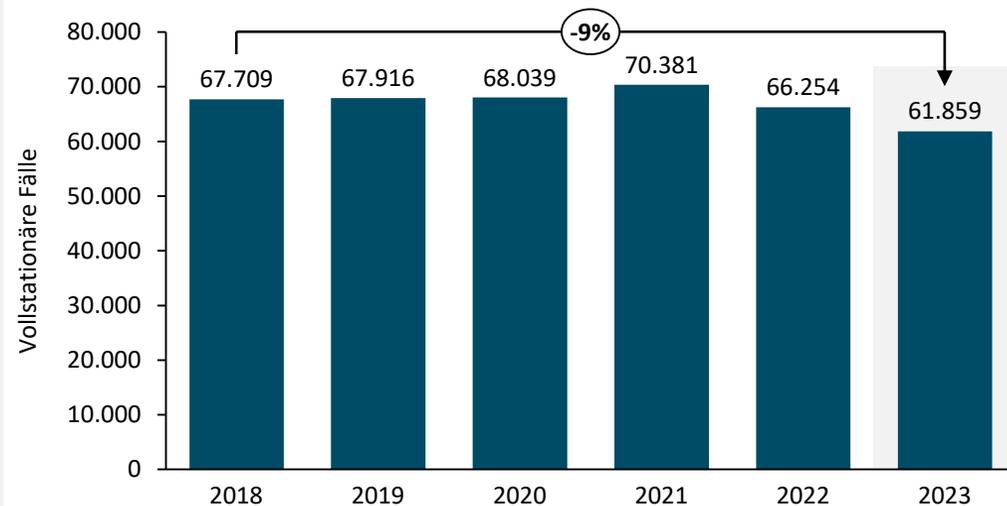
Fokusthemen:

1. **LG Geburten** und Perinatalzentren
2. LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendchirurgie
3. LG Senologie
4. Zertifizierte Krebszentren
5. Onkochirurgische Leistungen (Mindestmengen)
6. LG Geriatrie
7. LG Endoprothetik Hüfte
8. LG Endoprothetik Knie
9. Notfallversorgung (G-BA Notfallstufen)
10. Polytraumaversorgung (Traumazentren)
11. Schlaganfallversorgung
12. LG Interventionelle Kardiologie (Herzinfarktversorgung)
13. LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
14. Psychiatrie und Psychosomatik
15. Sonderauswertung Ostfriesische Inseln

Insgesamt stellt sich die Fallzahl- sowie die Verweildauerentwicklung der vollstationären Fälle rückläufig dar

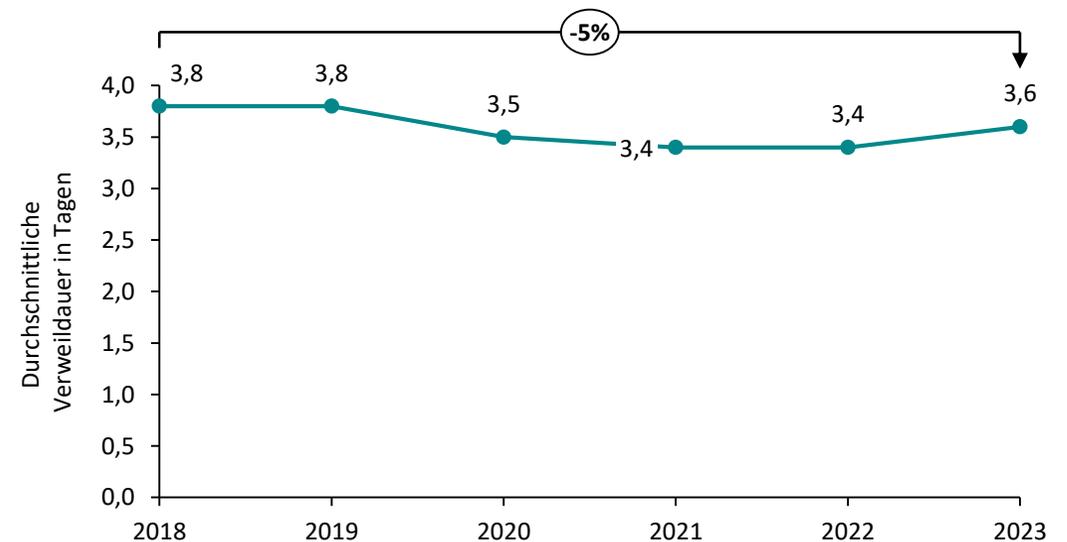
LG „21.4 – Geburten“

Entwicklung der vollstationären Fälle



- Während im Jahr 2018 rund 67.700 Fälle in Niedersachsen in der LG „21.4 – Geburten“ versorgt wurden, **reduzierte** sich die Anzahl im Jahr **2023** um **9 %** auf rund **61.860 Fälle**.

Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer

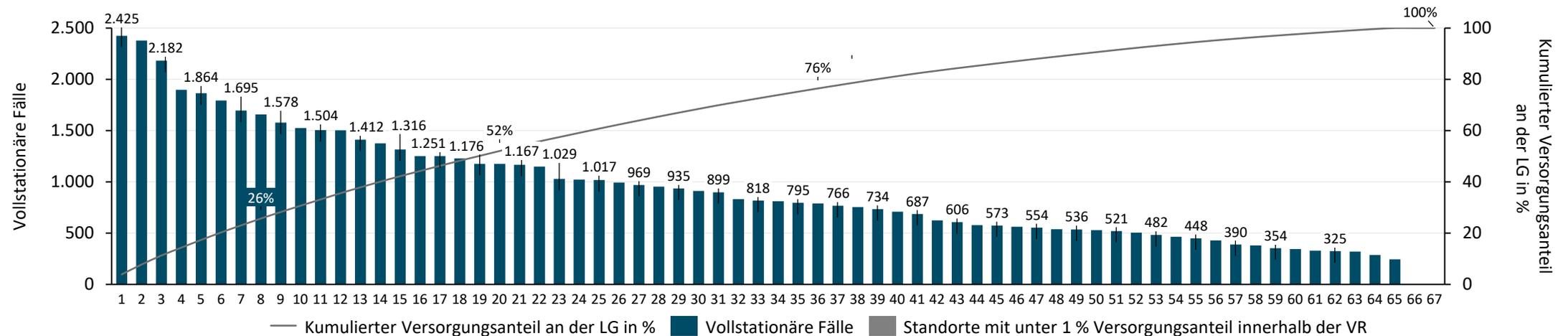


- Die **durchschnittliche Verweildauer** der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ ist für gesamt Niedersachsen von rund **3,8 Tagen** im Jahr 2018 um 5 % auf **3,6 Tage** im Jahr **2023 leicht gesunken**.

Die rund 61.900 vollstationären Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ verteilen sich im Jahr 2023 auf 67 Standorte

LG „21.4 – Geburten“

Anzahl vollstationärer Fälle je Standort und kumulierte Anteile an der Versorgung (2023)



- ⌚ Im Jahr 2023 haben **67 Standorte** in Niedersachsen Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ versorgt.
- ⌚ **Zwei Standorte** behandelten jeweils **weniger als 1 % des Fallaufkommens** innerhalb der jeweiligen Versorgungsregionen in der LG „21.4 – Geburten“. Aufgrund der **geringen Fallzahl** dieser Standorte (Standort 66: FZ 2, Standort 67: FZ 1) ist davon auszugehen, dass es sich hier um Zufallsbefunde oder Gelegenheitsversorger handelt, sodass von **65 relevanten Standorten** ausgegangen werden kann.
- ⌚ Gemäß der Zwölften Stellungnahme der Regierungskommission werden Einheiten empfohlen, die mindestens **500 Geburten** im Jahr versorgen. In Niedersachsen versorgten **52 Standorte** im Jahr 2023 500 oder mehr Geburten.

In den meisten Regionen konnte im Jahr 2023 ein Standort, an dem die LG „21.4 – Geburten“ erbracht wurde, innerhalb von 40 Minuten erreicht werden

LG „21.4 – Geburten“

Erreichbarkeit eines Standortes (2023)

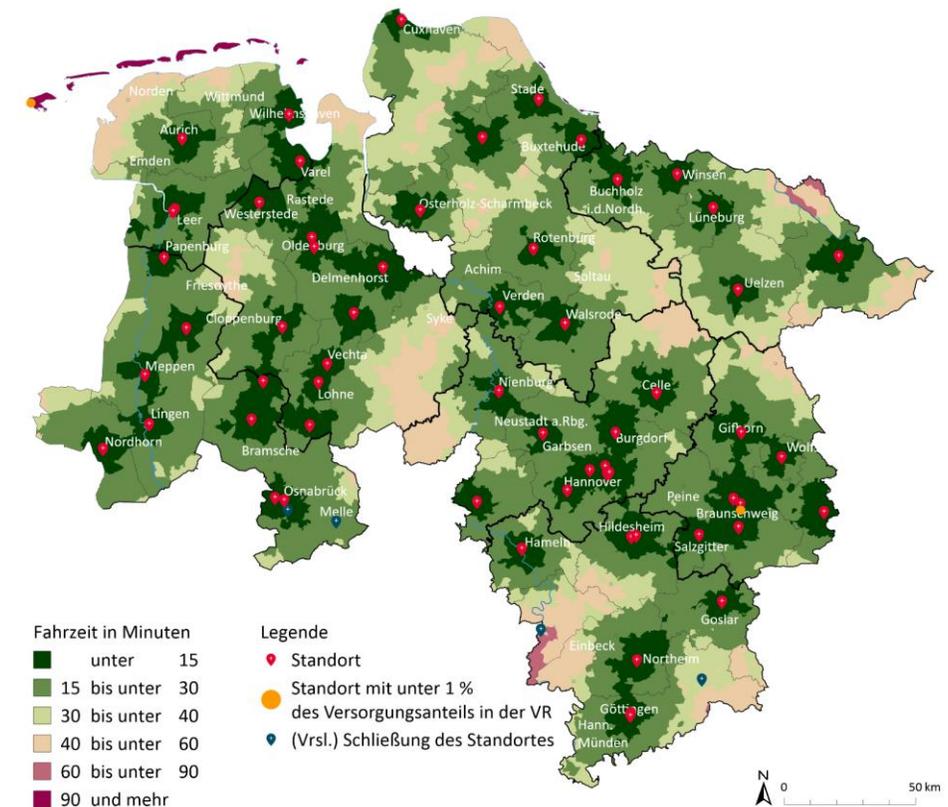
- ⌚ In Niedersachsen trugen im Jahr 2023 insgesamt **65 Standorte im relevanten Umfang** zur geburtshilflichen Versorgung bei.
- ⌚ In den meisten Regionen Niedersachsens war ein Standort der Geburtshilfe **innerhalb von 40 Minuten zu erreichen**.
- ⌚ Insbesondere an den **Landesgrenzen im Nordosten**, an der **Nordsee** sowie in Teilen der Landkreise **Diepholz** und **Nienburg/Weser** ergaben sich bei isolierter Betrachtung der Standorte in Niedersachsen teilweise Fahrzeiten im **Korridor von 40 bis 60 Minuten**.
- ⌚ Die folgenden **Geburtshilfen** wurden bzw. werden (voraussichtlich) im Jahr 2024 **geschlossen**:
 - ⌚ Niels-Stensen-Kliniken-Christliches Klinikum Melle – Schließungsdatum 01. August 2024
 - ⌚ Krankenhaus Neu-Mariahilf – Schließung zum 31. August 2024
 - ⌚ Helios Klinik Herzberg/ Osterode GmbH – Schließung zum 30. September 2024
 - ⌚ Niels-Stensen-Kliniken-Franziskus-Hospital Harderberg – Schließung zum 1. Januar 2025
 - ⌚ Bereits 2023 geschlossen: Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Holzminden

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes 2023 sowie der Bevölkerungsdaten.

Hinweis: Standorte, die innerhalb der Versorgungsregion weniger als 1 % des Fallaufkommens versorgten und vrsl. im Jahr 2024 geschlossen werden, wurden in der Fahrzeitberechnung nicht berücksichtigt.

Standorte LG „21.4 – Geburten“

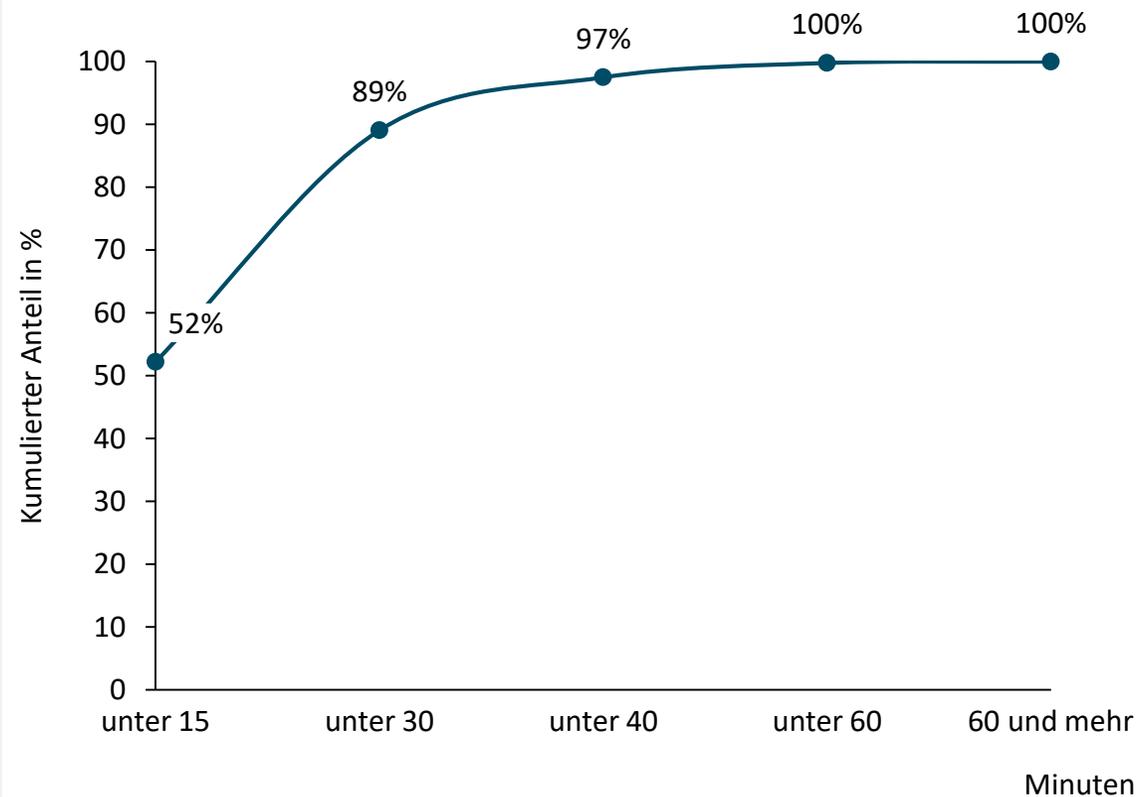
Erreichbarkeit eines Standortes in Niedersachsen (2023)



Rund 97 % der Einwohnerinnen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren konnten den nächstgelegenen Standort in unter 40 Minuten innerhalb Niedersachsens erreichen

LG „21.4 – Geburten“

Theoretische Fahrzeit der Bevölkerung zum nächsten Standort (2023)



⌚ Rund 97 % der **Einwohnerinnen** Niedersachsens **im Alter zwischen 15 und 49 Jahren** konnten im Jahr 2023 den wohnortnächsten Standort in Niedersachsen theoretisch in **unter 40 Minuten** Fahrzeit erreichen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes 2023 sowie der Bevölkerungsdaten.

Hinweis: Standorte, die innerhalb der Versorgungsregion weniger als 1 % des Fallaufkommens versorgten und vrsl. im Jahr 2024 geschlossen werden, wurden in der Fahrzeitberechnung nicht berücksichtigt.

Exkurs: Erreichbarkeit eines Standortes der LG „21.4 – Geburten“ mit mehr als 500 Fällen im Jahr 2023

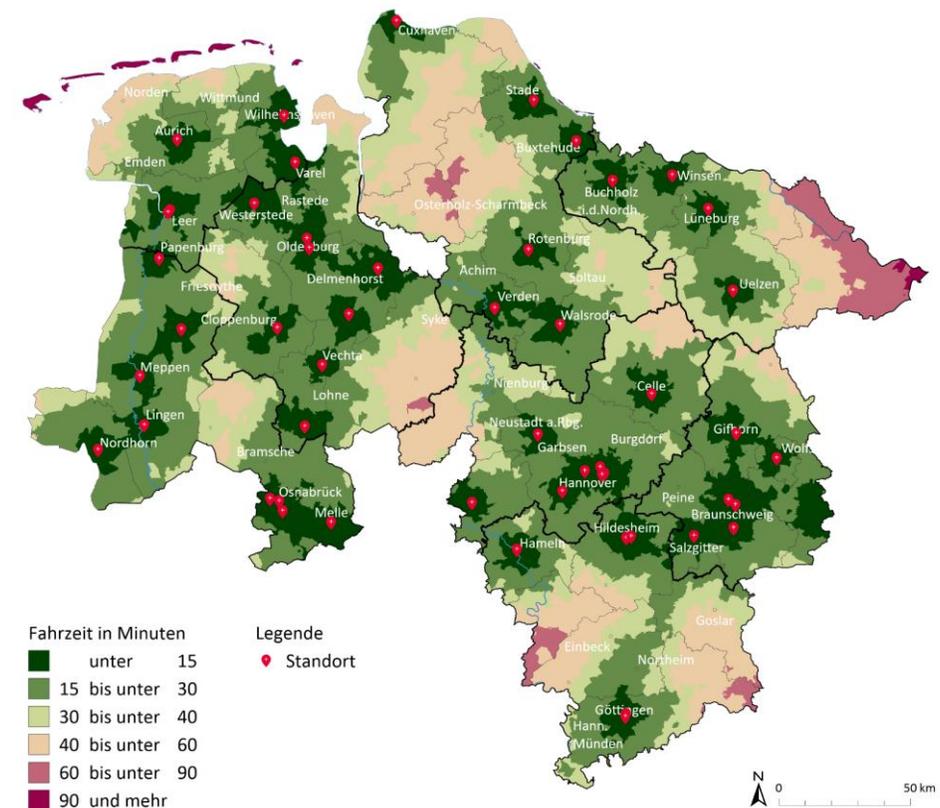
LG „21.4 – Geburten“

Erreichbarkeit eines Standortes (2023)

- ⦿ In Niedersachsen erbrachten im Jahr 2023 insgesamt **52 Standorte mehr als 500 Fälle** in der LG „21.4 – Geburten“.
- ⦿ Der Großteil der Bevölkerung konnte im Jahr 2023 einen dieser Standorte **innerhalb von 40 Minuten erreichen** (rund **92 %** der **Bevölkerung** Niedersachsens).
- ⦿ Teilweise waren jedoch **Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten** erforderlich. Insbesondere in der VR **Elbe-Weser** traten vermehrt Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten auf.
- ⦿ **Bis zu 90 Minuten** traten vereinzelt ebenfalls auf, **beispielsweise** im Landkreis **Lüchow-Dannenberg** oder **Rotenburg** (Wümme).
- ⦿ Im Vergleich zur Karte auf Folie 21 wird insbesondere die Relevanz der Standorte in den Versorgungsregionen **Weser-Elbe** und **Lüneburg** für die regionale Bevölkerung deutlich. Allerdings sind diese Regionen auch verhältnismäßig dünn besiedelt.

Standorte der LG „21.4 – Geburten“ mit mehr als 500 Fällen

Erreichbarkeit eines Standortes in Niedersachsen (2023)



Zusammenfassung LG Geburten

1

LG Geburten



- ⊙ 2023 wurden an 65 Standorten in Niedersachsen rund 61.900 Fälle behandelt.
- ⊙ **Hohe Erreichbarkeit: 97 %** der Einwohnerinnen Niedersachsens im **Alter zwischen 15 und 49 Jahren** konnten im Jahr 2023 den nächstgelegenen Standort in **unter 40 Minuten Fahrzeit** erreichen.
- ⊙ **Kleinere Einheiten beobachten: 13 Standorte behandelten weniger als 500 Geburten** im Jahr 2023. Vor dem Hintergrund der Empfehlung der Regierungskommission, **kleine Geburtshilfen zu größeren Einheiten mit mindestens 500 Geburten pro Jahr zusammenzuführen**, sollte im Rahmen der Krankenhausplanung geprüft werden, inwiefern sich dies prospektiv auch in Niedersachsen umsetzen ließe, bevor weitere Geburtshilfen aufgrund von wirtschaftlichen oder personellen Problemen „unkontrolliert“ schließen.

Anzahl der Versorger



Bewertung der Erreichbarkeit



Möglichkeit zur Konzentration



Im Rahmen des Gutachtens wurden 15 Versorgungs- bzw. Leistungsgruppen im Detail betrachtet



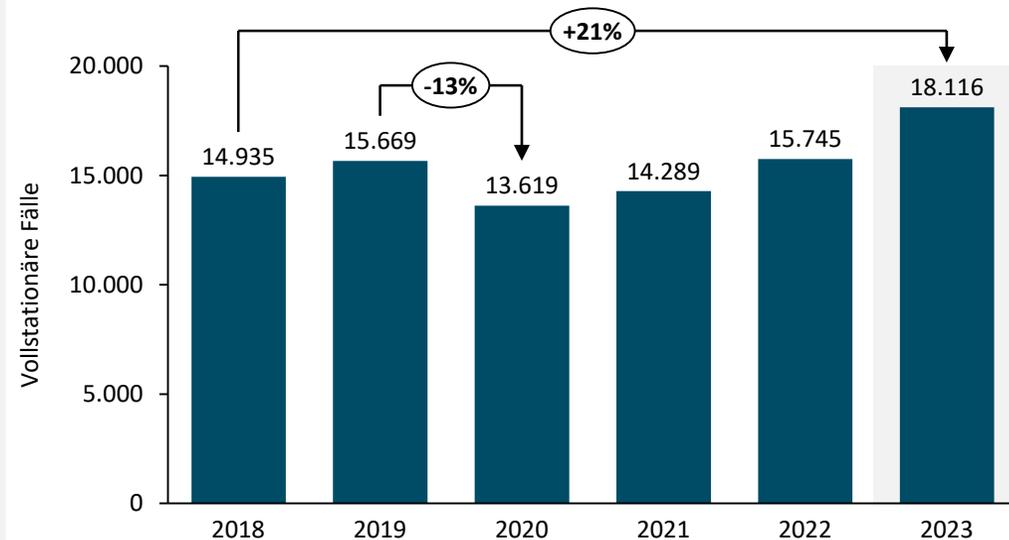
Fokusthemen:

1. LG Geburten und Perinatalzentren
2. LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendchirurgie
3. LG Senologie
4. Zertifizierte Krebszentren
5. Onkochirurgische Leistungen (Mindestmengen)
6. LG Geriatrie
7. LG Endoprothetik Hüfte
- 8. LG Endoprothetik Knie**
9. Notfallversorgung (G-BA Notfallstufen)
10. Polytraumaversorgung (Traumazentren)
11. Schlaganfallversorgung
12. LG Interventionelle Kardiologie (Herzinfarktversorgung)
13. LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
14. Psychiatrie und Psychosomatik
15. Sonderauswertung Ostfriesische Inseln

Insgesamt zeigt sich eine Fallzahlsteigerung bei gleichzeitiger Reduzierung der Verweildauer

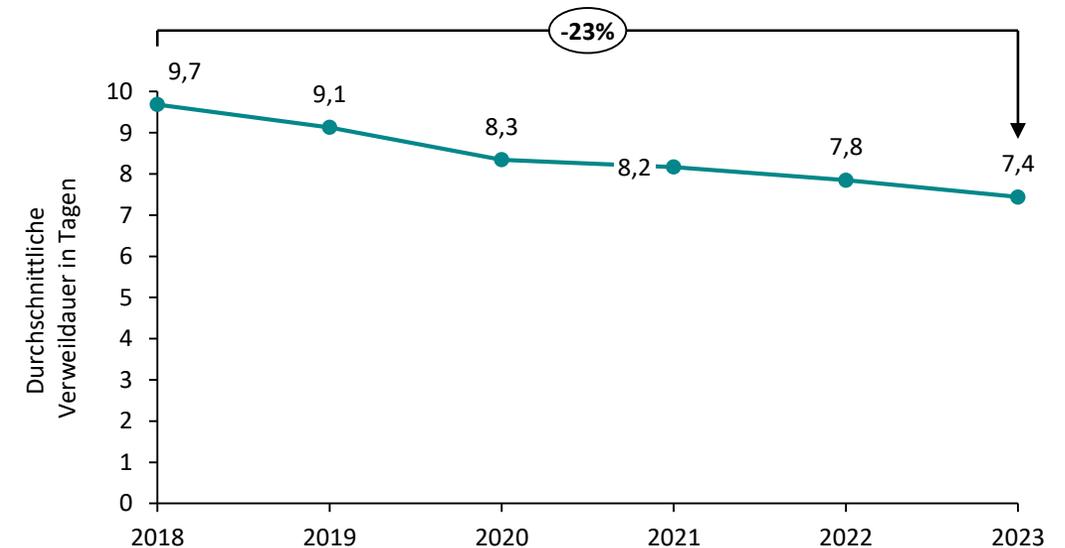
LG „14.2 – Endoprothetik Knie“

Entwicklung der vollstationären Fälle



- ⌚ Im Vergleich zum Jahr 2018 ist die Anzahl der Fälle in Niedersachsen im Jahr 2023 um rund **21 % gestiegen**. Dies entspricht etwa 3.200 Fällen.
- ⌚ Zudem stellt das **Fallzahlniveau** des Jahres 2023 das **höchste der betrachteten sechs Jahre** dar. Es kann vermutet werden, dass ursprünglich für die Vorjahre geplante und dann aufgrund der COVID-19-Pandemie verschobene Operationen im Jahr 2023 „nachgeholt“ wurden.

Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer

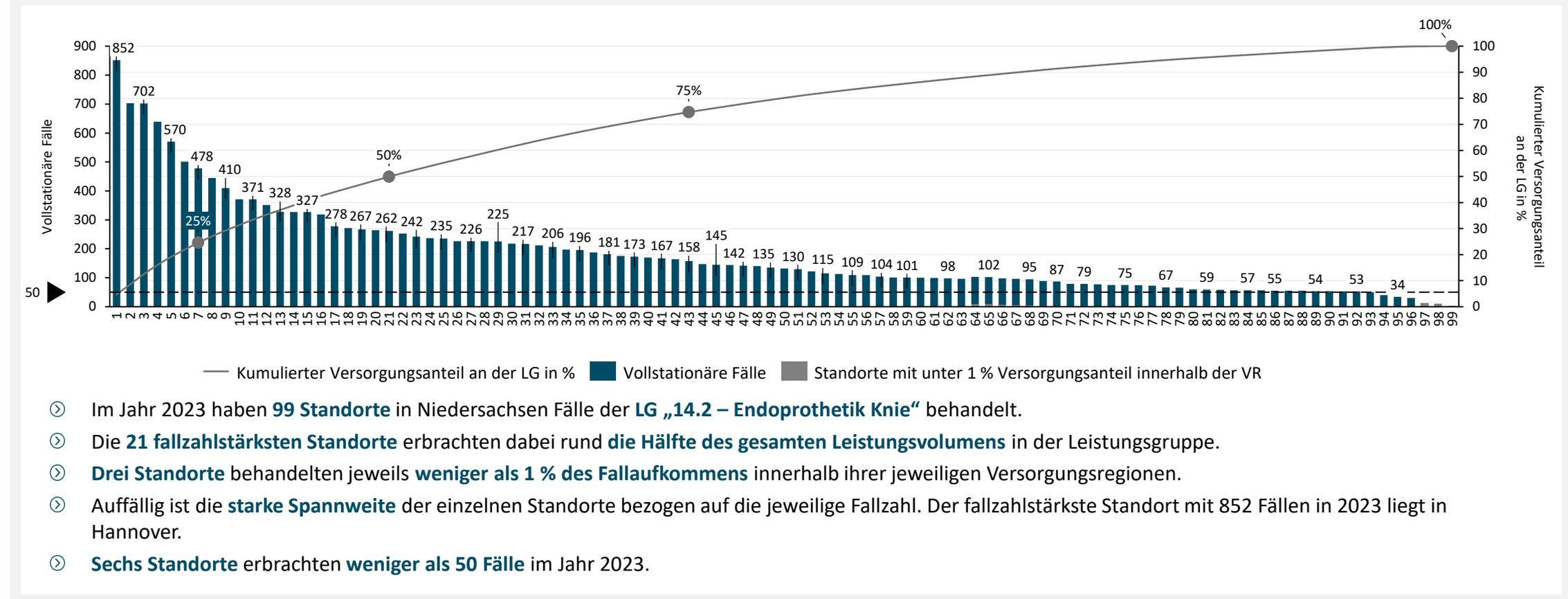


- ⌚ Die **durchschnittliche Verweildauer** der Fälle in der LG „14.2 – Endoprothetik Knie“ ist von 2018 bis 2023 um rund 23 % von rund **9,7 Tagen** auf **7,4 Tage** gesunken.

Die rund 18.100 vollstationären Fälle in der LG „14.2 – Endoprothetik Knie“ verteilten sich im Jahr 2023 auf 99 Standorte

LG „14.2 – Endoprothetik Knie“

Anzahl vollstationärer Fälle je Standort und kumulierte Anteile an der Versorgung (2023)



In fast allen Regionen lag die Erreichbarkeit eines Standorts mit der LG „14.2 – Endoprothetik Knie“ bei unter 30 Minuten

LG „14.2 – Endoprothetik Knie“

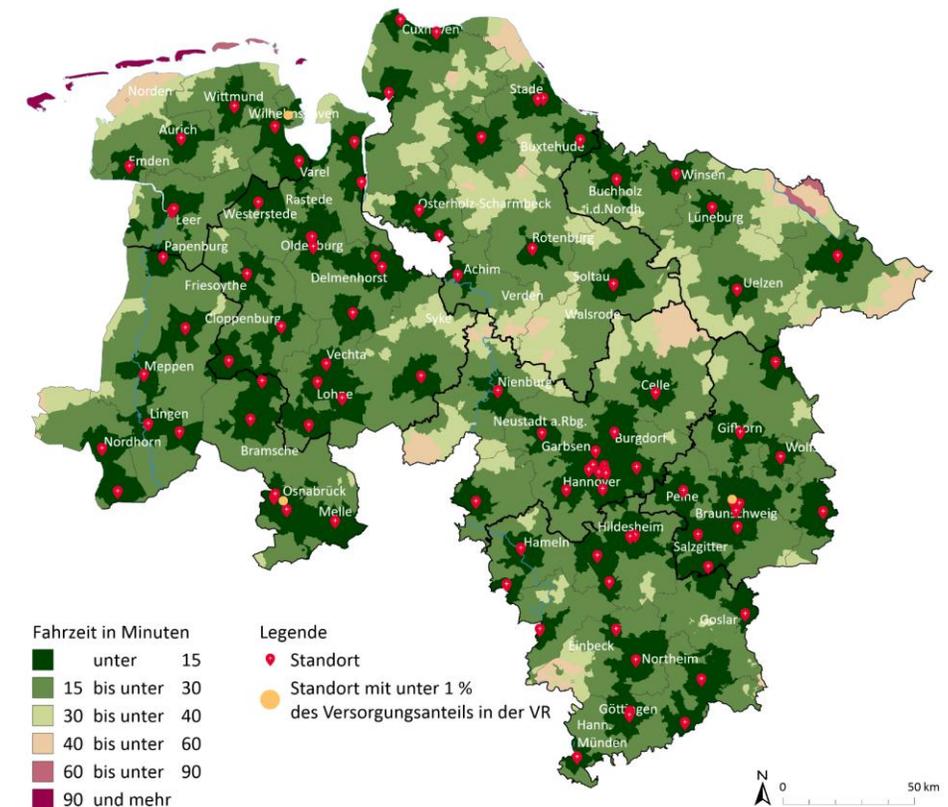
Erreichbarkeit eines Standortes (2023)

- ⦿ In **fast allen Regionen Niedersachsens** konnte die Bevölkerung einen Standort, an dem Fälle der LG „14.2 – Endoprothetik Knie“ im Jahr 2023 behandelt wurden, innerhalb **von 30 Minuten** Fahrzeit erreichen.
- ⦿ Insbesondere in der **Region Hannover und rund um Braunschweig** sind verhältnismäßig **viele Standorte** verortet.
- ⦿ **Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten** ergaben sich für die Bevölkerung nur **vereinzelt**, unter anderem in den Landkreisen Aurich, Stade, Lüneburg, Lüchow-Dannenberg und Nienburg (Weser).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes 2023 sowie der Bevölkerungsdaten.
Hinweis: Standorte, die innerhalb der Versorgungsregion weniger als 1 % des Fallaufkommens versorgten, wurden in der Fahrzeitberechnung nicht berücksichtigt.

Standorte der LG „14.2 – Endoprothetik Knie“

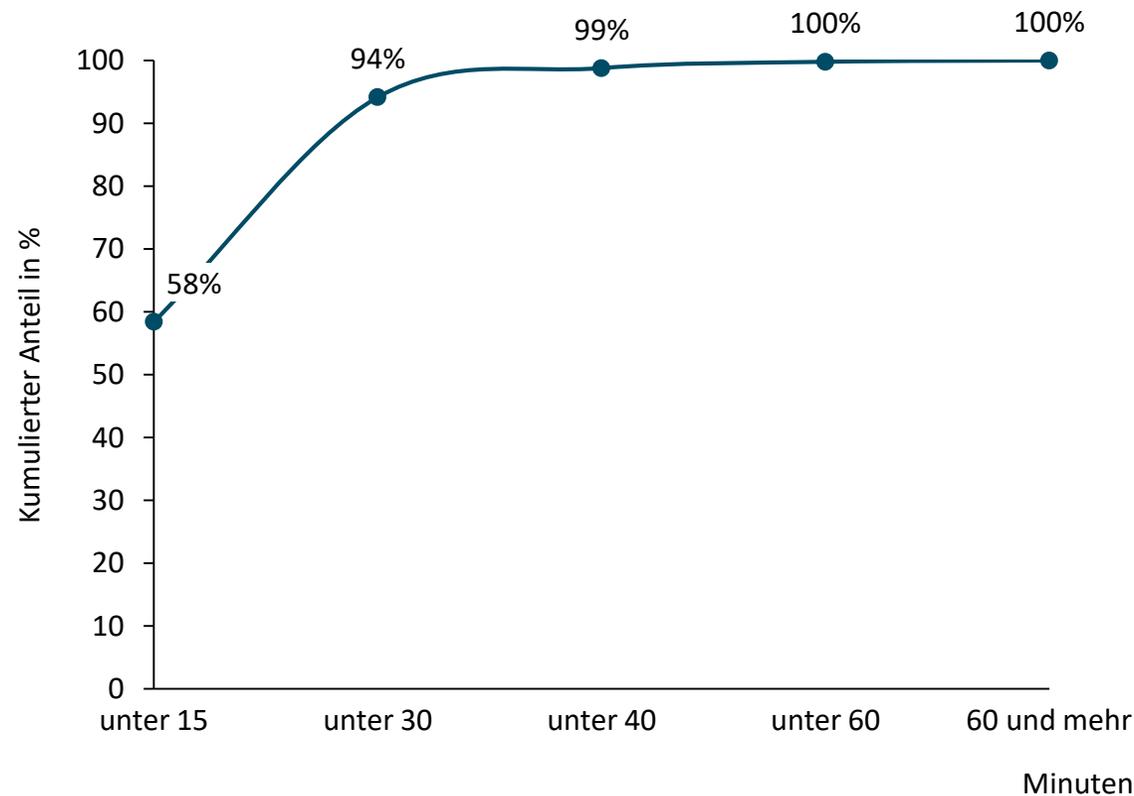
Erreichbarkeit eines Standortes in Niedersachsen (2023)



Rund 99 % der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens konnten den nächstgelegenen Standort in unter 40 Minuten erreichen

LG „14.2 – Endoprothetik Knie“

Theoretische Fahrzeit der Bevölkerung zum nächsten Standort (2023)



- ⓘ Rund **99 %** der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens konnten im Jahr 2023 den wohnortnächsten Standort der **LG „14.2 – Endoprothetik Knie“** in Niedersachsen in **unter 40 Minuten** Fahrzeit erreichen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes 2023 sowie der Bevölkerungsdaten.
Hinweis: Standorte, die innerhalb der Versorgungsregion weniger als 1 % des Fallaufkommens versorgten, wurden in der Fahrzeitberechnung nicht berücksichtigt.

Zusammenfassung LG Endoprothetik Knie

8

LG Endoprothetik Knie

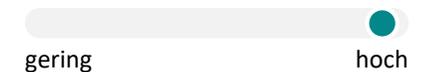


- ⊙ **2023** wurden rund **18.100 Fälle** in der LG „14.2 – Endoprothetik Knie“ an 99 Standorten behandelt. Davon galten auf Basis der hier zugrunde gelegten Definition 96 als versorgungsrelevant. Die Analysen zeigten:
- ⊙ **Hohe Erreichbarkeit:** 99 % der Bevölkerung erreichen innerhalb von 40 Minuten einen Standort.
- ⊙ **Elektive Leistung:** Der Notfallanteil der LG lag bei rund 3 %.
- ⊙ **Versorgung kann konzentriert werden:** Eine Reduktion der Standorte erscheint möglich und sinnvoll – vor allem in dicht versorgten Regionen –, um Qualität und Effizienz zu steigern.
- ⊙ **Regionale Prüfung empfohlen:** Insbesondere in den Versorgungsregionen Hannover, Göttingen und Braunschweig sollte geprüft werden, ob Standorte mit sehr geringen Fallzahlen auch zukünftig weiter an der Versorgung teilnehmen sollten.

Anzahl der Versorger



Bewertung der Erreichbarkeit



Möglichkeit zur Konzentration



Im Rahmen des Gutachtens wurden 15 Versorgungs- bzw. Leistungsgruppen im Detail betrachtet



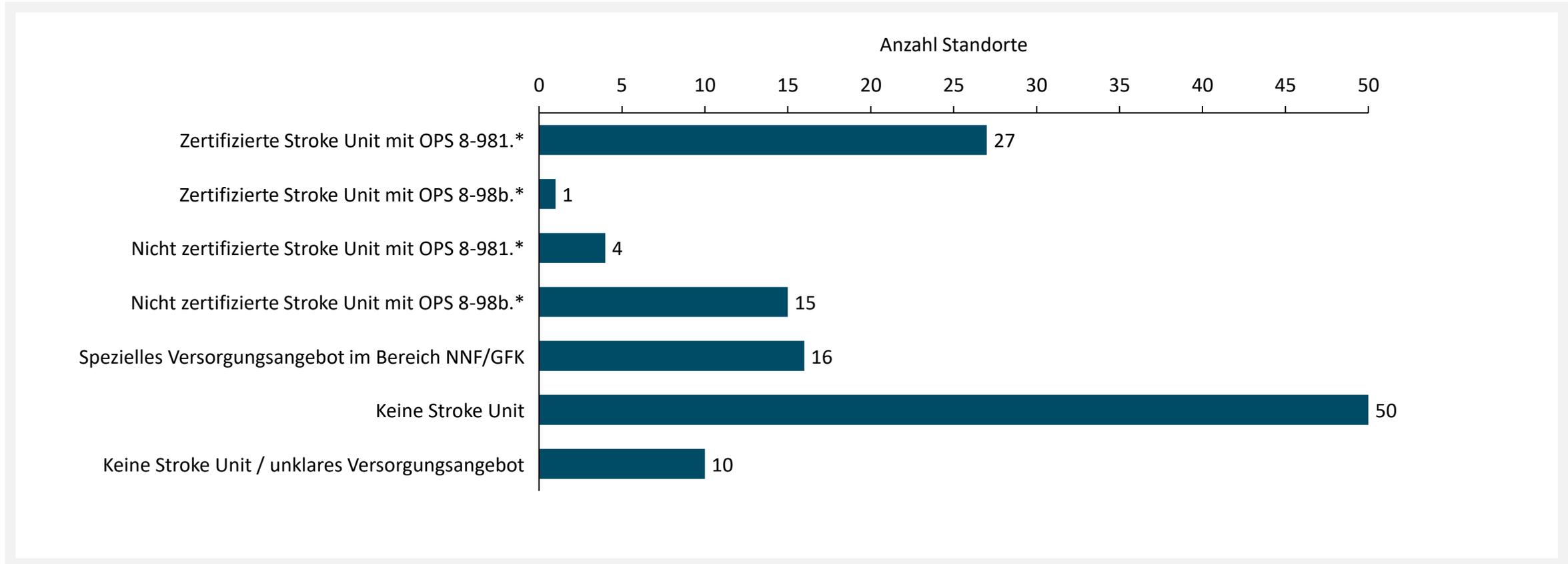
Fokusthemen:

1. LG Geburten und Perinatalzentren
2. LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendchirurgie
3. LG Senologie
4. Zertifizierte Krebszentren
5. Onkochirurgische Leistungen (Mindestmengen)
6. LG Geriatrie
7. LG Endoprothetik Hüfte
8. LG Endoprothetik Knie
9. Notfallversorgung (G-BA Notfallstufen)
10. Polytraumaversorgung (Traumazentren)
- 11. Schlaganfallversorgung**
12. LG Interventionelle Kardiologie (Herzinfarktversorgung)
13. LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
14. Psychiatrie und Psychosomatik
15. Sonderauswertung Ostfriesische Inseln

In Niedersachsen gab es 47 Standorte mit zertifizierter oder nicht zertifizierter Stroke Unit

Schlaganfallversorgung

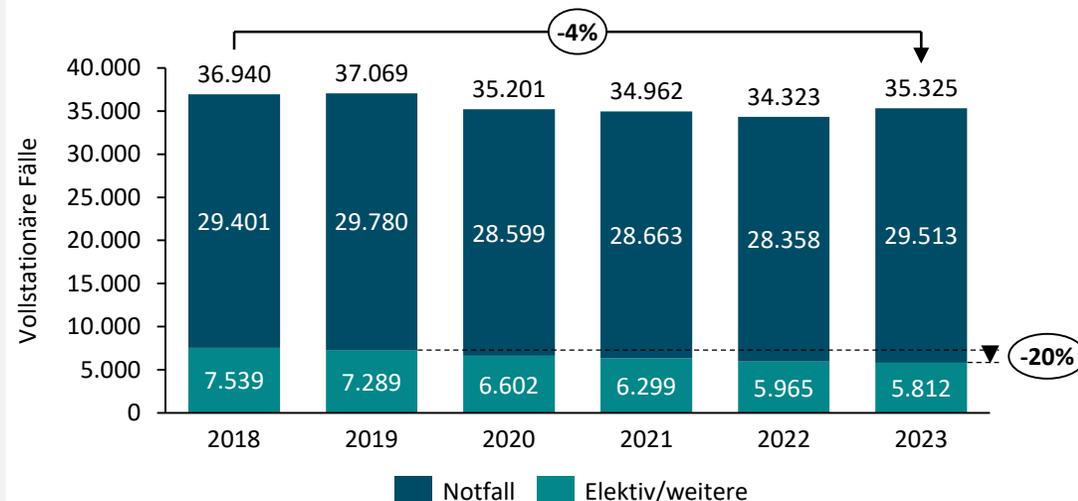
Einteilung der Standorte für die nachfolgenden Analysen



Sowohl die Anzahl der vollstationären Schlaganfälle als auch die Verweildauer ist im Zeitraum von 2018 bis 2023 relativ konstant geblieben

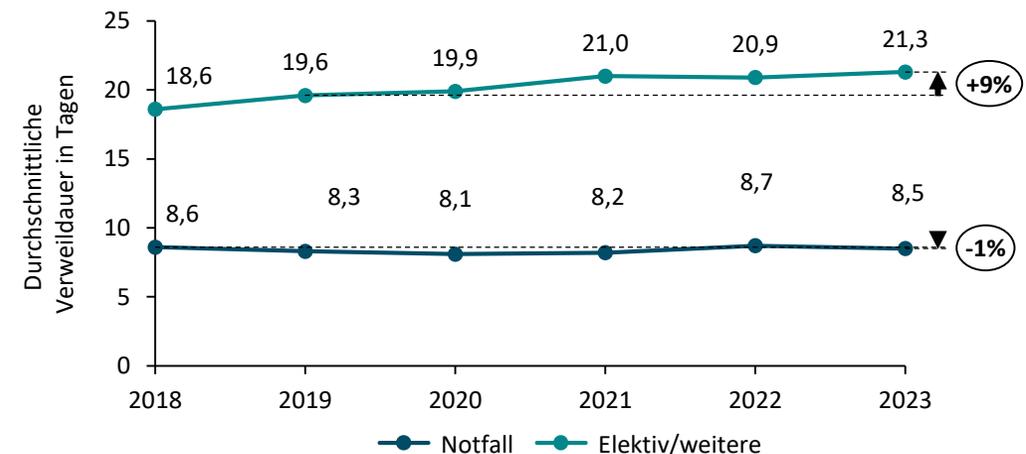
Schlaganfallversorgung: Fälle mit Hauptdiagnose* Schlaganfall

Entwicklung der vollstationären Fälle



- Die Anzahl der vollstationären Fälle ist im Jahr 2023 im Vergleich zu 2018 insgesamt um rund **4 % gesunken**.
- Nachdem die Fallzahlen in den Jahren 2020, 2021 und 2022 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr gesunken sind, gab es von **2022 auf 2023** einen **leichten Anstieg** in Höhe von rund 3 %.
- Bei Betrachtung der Fälle mit **Aufnahmearlass „Notfall“** fällt jedoch auf, dass es hier zu einem **leichten Anstieg im Betrachtungszeitraum** kam. Lediglich die elektiven Fälle und Verlegungen waren seit 2018 kontinuierlich rückläufig.

Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer

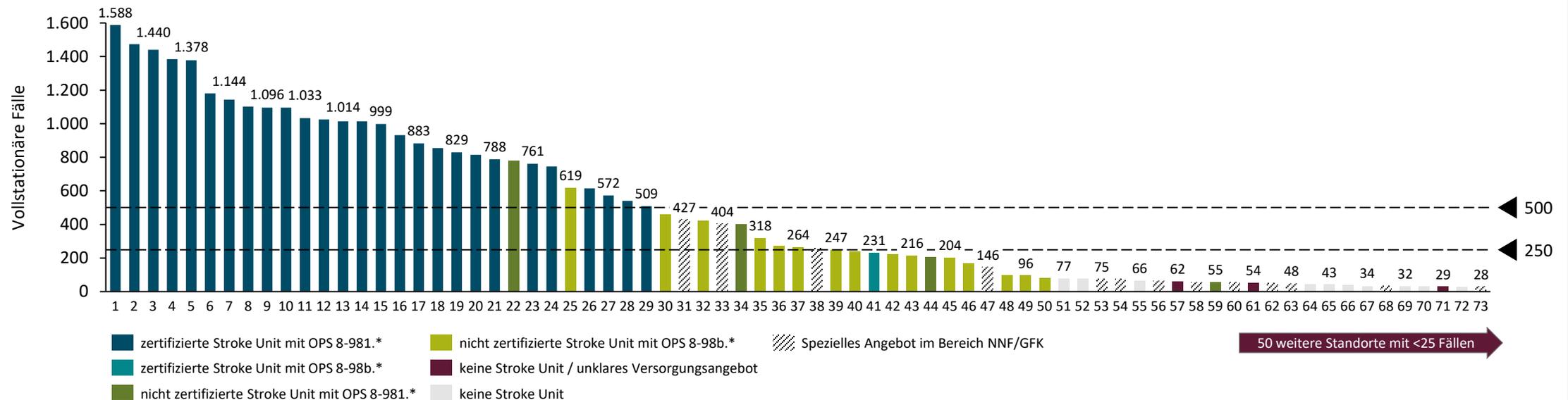


- Die **durchschnittliche Verweildauer** der Fälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall und **Aufnahmearlass „Notfall“** ist seit 2018 **relativ konstant** geblieben.
- Bei den **restlichen Fälle** fand im Betrachtungszeitraum ein **Anstieg um rund 9 %** bzw. 1,7 Tagen statt.

Schlaganfallpatientinnen und -patienten wurden in Niedersachsen an insgesamt 123 Standorten im Jahr 2023 behandelt

Fälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall (ICD10 G45.* (ohne G45.4), I61*, I63*, I64)

Anzahl vollstationärer Fälle je Standort im Jahr 2023



- Im Jahr 2023 wurden die rund 35.300 Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall* an 123 Standorten behandelt. Davon hatten **47 Standorte** einen **erkennbaren Bezug zu Stroke Units**. Weitere **16 Standorte** verfügten über ein spezielles Versorgungsangebot im **Bereich NNF oder GFK**.
- An den **59** verbleibenden Standorten mit **unklarem oder ohne erkennbaren Stroke Unit-Bezug** wurden nur etwa **3 % der Fälle** mit der Hauptdiagnose Schlaganfall behandelt.
- 29** der 47 Standorte mit Stroke Unit-Bezug erfüllen die von der DSG vorgegebene Mindestfallzahl von **500 Schlaganfällen** für **überregionale Stroke Units**.

In den meisten Regionen Niedersachsens konnte ein Standort mit Bezug zu einer Stroke Unit in weniger als 40 Minuten Fahrzeit erreicht werden

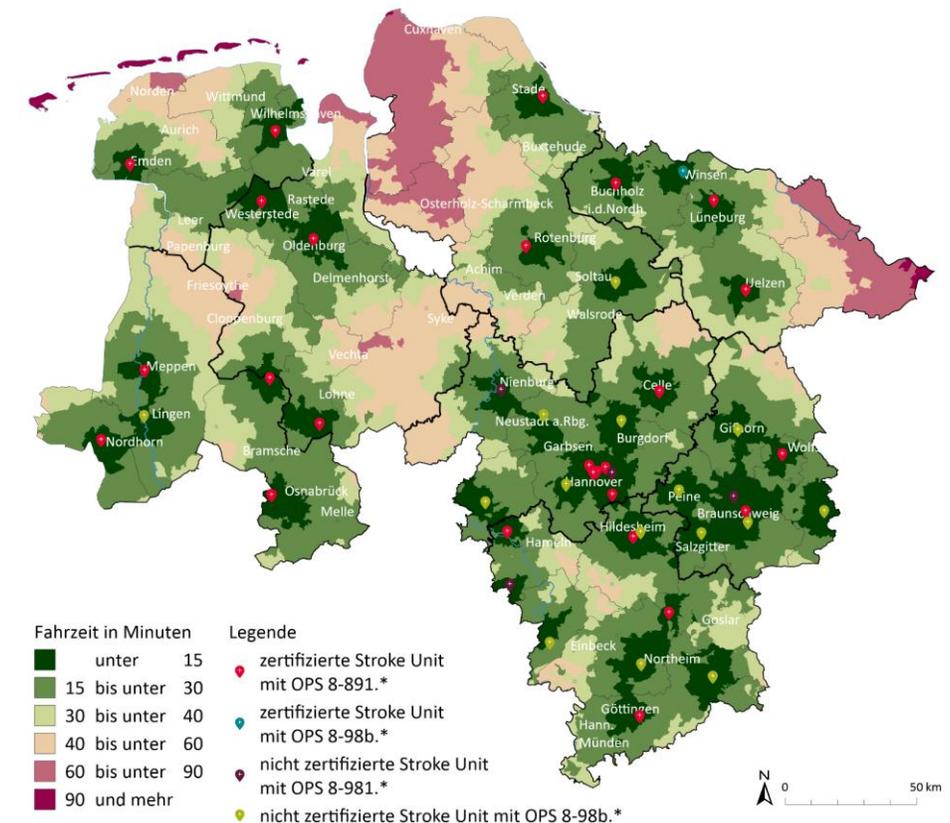
Standorte mit zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units

Erreichbarkeit eines Standortes (2023)

- ⌚ In den **meisten Regionen** Niedersachsens konnte ein Standort mit Bezug zu einer Stroke Unit in **weniger als 40 Minuten Fahrzeit** erreicht werden.
- ⌚ In den **Versorgungsregionen Osnabrück, Hannover, Braunschweig und Göttingen** sind verhältnismäßig **viele Standorte** mit Stroke Unit Bezug verortet, wodurch die Fahrzeit hier für die Bevölkerung fast flächendeckend bei **unter 30 Minuten** lag.
- ⌚ Im Gegensatz dazu benötigten Teile der Bevölkerung der **Versorgungsregionen Elbe-Weser und Lüneburg bis zu 90 Minuten**, um einen Standort mit zertifizierter oder nicht zertifizierter Stroke Unit innerhalb Niedersachsens zu erreichen.

Standorte mit Stroke Units

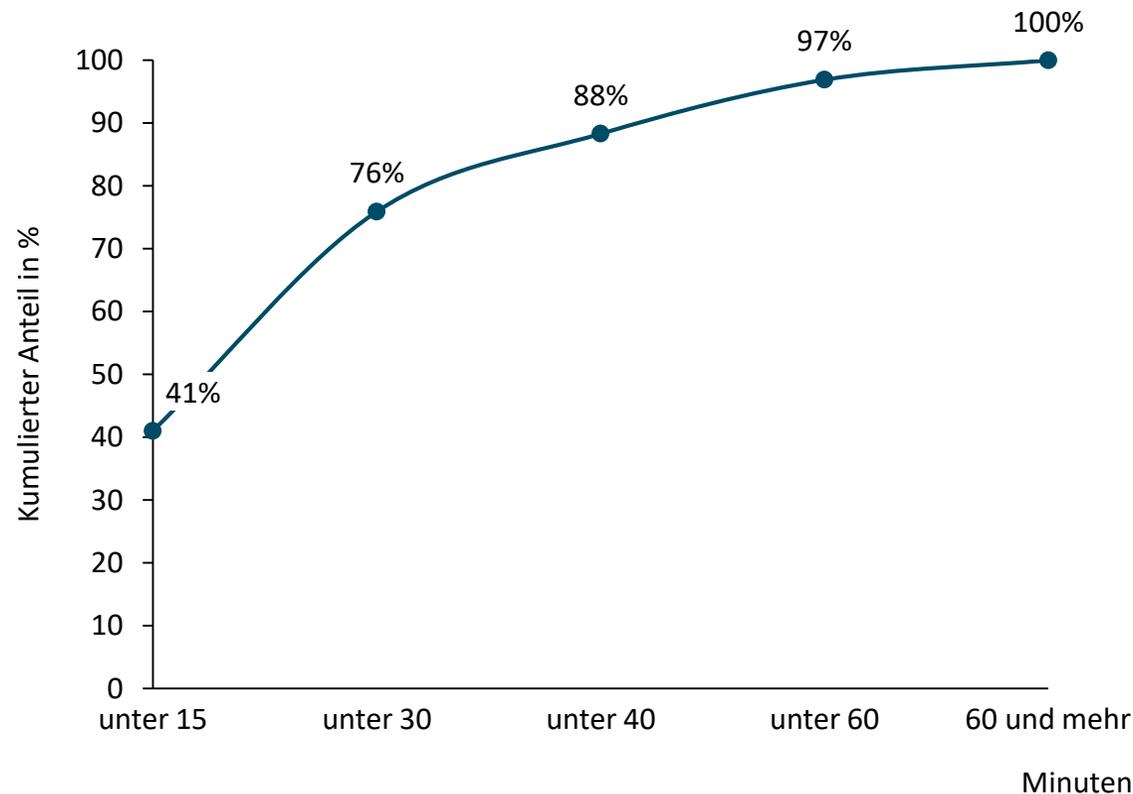
Erreichbarkeit von Standorten mit Stroke Unit Bezug in den Jahren 2023 und 2024



Innerhalb von 30 Minuten können 76 % der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens den nächstgelegenen Standort mit Stroke Unit erreichen

Standorte mit zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units

Theoretische Fahrzeit der Bevölkerung zum nächsten Standort (2023 und 2024)



- ⌚ Die **empfohlene Erreichbarkeitsgrenze** einer Stroke Unit wird häufig mit einer Fahrzeit von **30 Minuten** definiert, um eine effektive Behandlung von Schlaganfällen sicherzustellen.^{1/2}
- ⌚ Rund **76 %** der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens konnten den nächstgelegenen Standort mit Stroke Unit Bezug in **unter 30 Minuten** erreichen.
- ⌚ In **unter 40 Minuten** konnte der nächstgelegene Standort von rund **88 %** der Bevölkerung in unter 30 Minuten erreicht werden.

Zusammenfassung der Schlaganfallversorgung

11 Schlaganfallversorgung (Stroke Units)

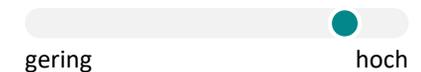


- ⊙ Im Jahr 2023 wurden in Niedersachsen rund 35.300 Fälle mit der Hauptdiagnose „Schlaganfall“ an insgesamt 123 Standorten versorgt.
- ⊙ Der **Großteil der Fälle wurde an Standorten mit zertifizierter oder nicht zertifizierter Stroke Unit behandelt** (rund **92 %**).
- ⊙ Insgesamt konnten **46 Standorte mit Stroke Unit** identifiziert werden.
- ⊙ **Nur etwa 3 % der Schlaganfallpatientinnen und -patienten** wurden an Standorten ohne Stroke Unit-Bezug und damit möglicherweise nicht in geeigneten Strukturen behandelt.
- ⊙ Insgesamt konnten rund **88 % der Bevölkerung** den nächstgelegenen Standort mit Stroke Unit in **unter 40 Minuten** erreichen. Vor allem in Teilen der **Versorgungsregionen Elbe-Weser und Lüneburg** ergaben sich jedoch **längere Fahrzeiten** für die Bevölkerung.
- ⊙ Der **Ausbau telemedizinischer Strukturen und der Ausbau der Luftrettung** sollte für die wenigen Gebiete mit längeren Fahrzeiten geprüft werden.

Anzahl der Versorger



Bewertung der Erreichbarkeit



Möglichkeit zur Konzentration



Agenda

- | | |
|--|-----------|
| 1. Ziele und Grundlagen des Gutachtens | 5 |
| 2. Wichtigste Ergebnisse im Überblick | 8 |
| 3. Überblick über die stationäre Versorgung in Niedersachsen | 11 |
| 4. Analyse ausgewählter Versorgungsbereiche | 16 |
| 5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen | 38 |

Aus den Analysen haben sich vier zentrale und übergeordnete Handlungsempfehlungen ergeben

Zusammenfassung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen

- 1 Fortlaufende **Beobachtung der Fallzahlentwicklung** und Anpassung der Fallzahlprognose
- 2 Gezielte **Konzentration von Leistungen** unter aktiver Beteiligung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
- 3 Fehlversorgung vermeiden und **Versorgungsangebote sichern**
- 4 **Krankenhausversorgung** verstärkt **länderübergreifend** planen





PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Friedrichstraße 149, 10117 Berlin

T +49 30 25 76 79 - 0

F +49 30 25 76 79 - 199

info@pd-g.de

www.pd-g.de

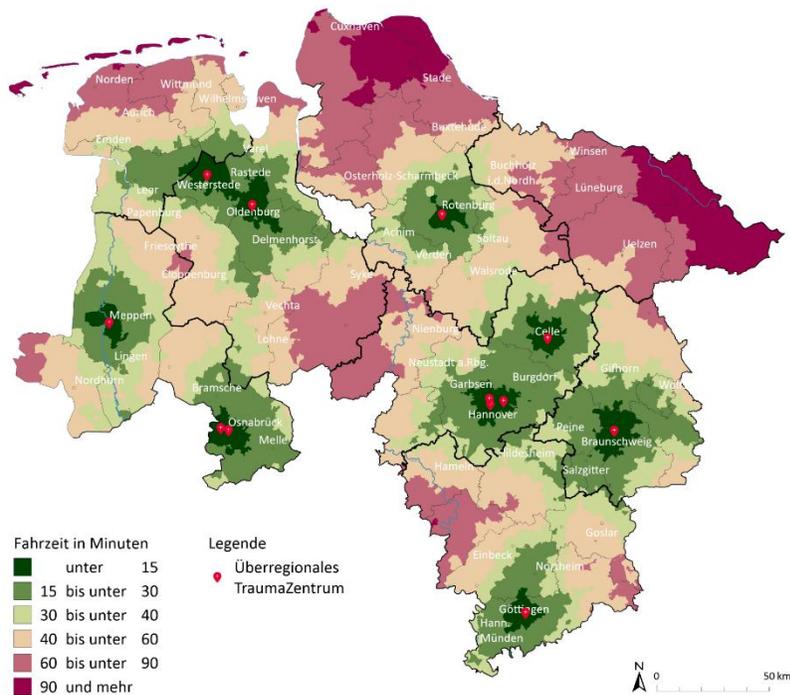


Exkurs: Durch ÜTZ in Bremen und Hamburg verbessert sich die Fahrzeit für die Bevölkerung in den Regionen rund um Bremen

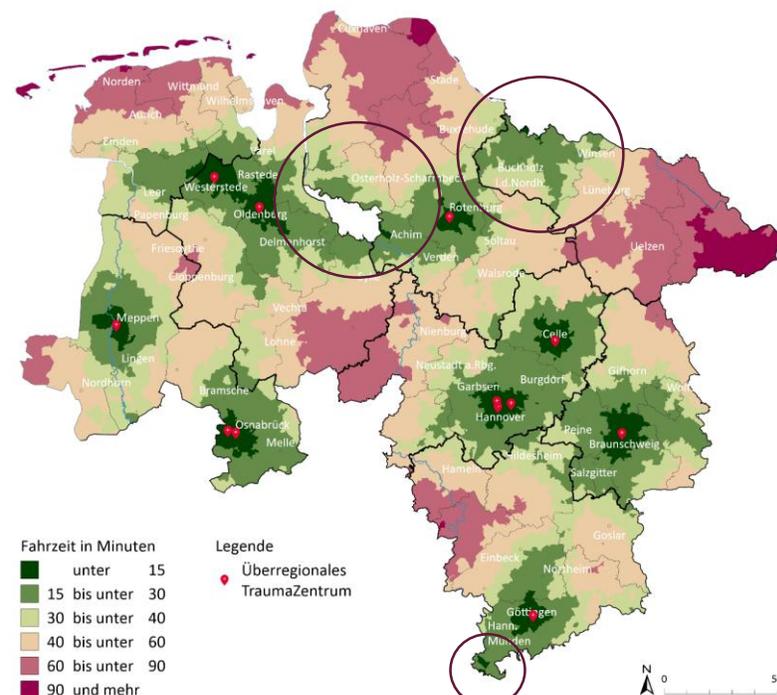
Überregionale Traumazentren

Erreichbarkeit eines ÜTZ inklusive ÜTZ in angrenzenden Bundesländern (2024)

Krankenhausstandorte mit zertifiziertem überregionalem TraumaZentrum
Erreichbarkeit eines Standortes in Niedersachsen (2024)



Krankenhausstandorte mit zertifiziertem überregionalem TraumaZentrum
Erreichbarkeit eines Standortes in Niedersachsen inklusive angrenzender Bundesländer (2024)



- ⊙ Bei Berücksichtigung **überregionaler Traumazentren in den angrenzenden Bundesländern** kann eine **Verbesserung** der Fahrzeit rund um **Bremen** und im Landkreis **Harburg** festgestellt werden.
- ⊙ Außerdem verbesserte ein ÜTZ in Nordrhein-Westfalen leicht die bereits gute Erreichbarkeit am südlichsten Punkt des Landkreises **Göttingen**.
- ⊙ Weitere überregionale Traumazentren in den Nachbarbundesländern hatten keinen Einfluss auf die Erreichbarkeit innerhalb Niedersachsens.

Unterrichtung des AfSAGuG zum EA 19/07478 Landesaktionsplan Gute Geburt

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die Landesregierung unterstützt die im Entschließungsantrag aufgestellten Forderungen für eine frauenzentrierte und interventionsarme geburtshilfliche Versorgung. Die Geburtshilfe muss den Willen und die Wünsche der Gebärenden und Familien in den Fokus rücken und selbstbestimmte und informierte Entscheidungen ermöglichen.

Zu den Forderungen im Einzelnen nimmt die Landesregierung wie folgt Stellung:

1. **Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe sicherstellen, stärken und verbessern**

Der GKV-Spitzenverband und die Berufsverbände der Hebammen schließen Verträge für die Versorgung mit Hebammenhilfe. Die Regelungskompetenz liegt somit bei der Selbstverwaltung **auf Bundesebene** und bietet der Landesregierung keine unmittelbare Möglichkeit, Einfluss zu nehmen. Gleichwohl hat Herr **Minister Dr. Philippi mit den Mitgliedern der GMK beschlossen, ein Schreiben an Bundesministerin Warken zu richten, mit der Bitte, mögliche Auswirkungen des neuen Hebammenhilfevertrags aufmerksam zu beobachten.**

Flächendeckende Erreichbarkeit:

Der G-BA spricht von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn die nächstgelegene Geburtshilfe mehr als 40 Minuten entfernt ist.

Grundsätzlich ist die Erreichbarkeit der geburtshilflichen Versorgung in Niedersachsen als flächendeckend gut bis sehr gut zu bewerten. Für lediglich 3 % der Frauen beträgt die Fahrt zum nächstgelegenen Standort mehr als 40 Minuten.

Die Schließung von Fachabteilungen der Geburtshilfe wird von der Landesregierung mit Besorgnis gesehen. Seitens der Landesregierung wird dem derzeitigen Personalmangel mit den bestehenden Möglichkeiten entgegengewirkt. Neben finanziellen Förderungen, die die Fördermittel des Bundes für stationäre geburtshilfliche Abteilungen ergänzen, hat die Landesregierung die Fachkräfteinitiative Niedersachsen mit einem Programm im Bereich Pflege und Gesundheit ausgebaut.

Telemedizin:

Telemedizinische Beratungen in der Schwangerenbetreuung sind grundsätzlich erlaubt. Auch der Hebammenhilfevertrag enthält Regelungen zu telemedizinischen Angeboten. Es liegt im Ermessen der Leistungserbringer, diese Möglichkeiten zu nutzen.

In Niedersachsen gibt es auch im stationären geburtshilflichen Bereich telemedizinische Angebote. Ein Beispiel dafür ist das Projekt TeleStorch in Oldenburg. Vitaldaten und Videoaufnahmen aus anderen Geburtskliniken werden in Echtzeit nach Oldenburg übertragen, sodass pädiatrische Spezialisten dort sofort unterstützen können.

2. Hebammen stärken

Sicherstellung der stationären Versorgung:

Für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung sind die Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen der Daseinsvorsorge verantwortlich. Sollte ein Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag zurückgeben oder dieser aufgrund gravierender Qualitätsmängel entzogen werden, sind die Landkreise verpflichtet, eine Krankenhausversorgung sicherzustellen.

2025 wurden Hebammen erstmals in das Pflegebudget aufgenommen. Bereits 2023/2024 wurden 120 Millionen Euro Fördermittel für die stationäre Geburtshilfe ausgeschüttet, davon flossen 11 Millionen nach Niedersachsen. Im KHVVG sind ab 2027 ebenfalls 120 Millionen Euro Fördermittel für die stationäre Geburtshilfe festgeschrieben.

Hebammenkreißsaal:

Die Landesregierung befürwortet das Konzept des Hebammenkreißsaals. In Niedersachsen wird er bereits in drei Kliniken angeboten. Im KHVVG ist das Konzept erstmals verankert. Der G-BA erarbeitet aktuell eine Richtlinie mit verbindlichen qualitätssichernden Anforderungen. Krankenhäuser mit Kreißsälen, die auf Basis dieser G-BA Richtlinie arbeiten, erhalten eine jährliche finanzielle Förderung. Hierfür stehen bundesweit insgesamt 20 Millionen Euro jährlich zur Verfügung. Die Entscheidung über die Einrichtung eines Hebammenkreißsaals liegt bei den Krankenhausträgern.

Gründungszuschuss für Hebammen:

Grundsätzlich haben Hebammen die Möglichkeit, ein Gründungsdarlehen aus dem Förderprogramm *MikroSTARTer* bei der NBank zu beantragen. Der *MikroSTARTer* bietet Darlehen in Höhe von 5.000 Euro bis 40.000 Euro.

3. Qualitätssicherung

Qualitätskriterien:

Es bestehen auf Bundesebene zahlreiche Regelungen zur Qualitätssicherung im geburts-
hilflichen Kontext, z.B. der Hebammenhilfe-Vertrag mit Ergänzungsvertrag und die Quali-
tätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Diese Regelungen werden fortlaufend
unter Beteiligung der Länder weiterentwickelt und sind zwingend einzuhalten. Die Quali-
tätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene enthält verbindliche qualitative Anforde-
rungen jeder einzelnen Versorgungsstufe bzw. Level-Zuordnung. Die Richtlinie gewinnt
durch die Leistungsgruppensystematik an Bedeutung. Grundsätzlich erfolgt die Zuweisung
der Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 1“ durch das Land nur dann, wenn die Krite-
rien der Richtlinie erfüllt sind und somit die Qualität der Versorgung sichergestellt ist.

2020 wurde die S3-Leitlinie vaginale Geburt am Termin veröffentlicht. Sie ist auf den phy-
siologischen Ablauf fokussiert und basiert auf der Erkenntnis, dass einige Untersuchungen
und Maßnahmen in der Geburtshilfe nicht zielführend oder sogar hinderlich sein können.
Die Leitlinie wird aktuell überarbeitet.

4. Psychische Gesundheit

Gewalterfahrungen unter der Geburt:

Durch die Orientierung an den Bedürfnissen der Mutter und ihrem Kind mit dem besonderen
Fokus auf ihrer Selbstbestimmung wird die Frau unter der Geburt gestärkt und dadurch
auch das Risiko von Gewalterfahrungen verringert. In diesem Zusammenhang wurde be-
reits 2015 das Projekt Bauchgefühl aufgelegt. Am Marienhospital Osnabrück wurde 2024
mit dem Projekt Bauchgefühl 2.0 und einer Förderung in Höhe von 50.000 € ein umfassen-
des Beratungs- und Informationsangebot eingerichtet. Fachkräfte und Schwangere sollen
für eine natürliche und selbstbestimmte Geburt sensibilisiert werden und die Kaiserschnitt-
rate gesenkt werden.

Forschung zu physischen und psychischen Auswirkungen:

Durch eine stärkere Berücksichtigung von Gender- und Diversityaspekten in Förderungen
des Programms „zukunft.niedersachsen“, und Projekten der medizinischen Versorgungs-
forschung sowie der Sozialmedizin wird den Forschungsbedarfen zur Frauengesundheit
Rechnung getragen. Der seitens des Bundes angekündigte Förderschwerpunkt zur Frau-
engesundheit wird weitere wichtige Impulse setzen.

Ausbildung, Fortbildung:

Inhalte zu Geburtstraumata sind Teil des Hebammenstudiums. Das Studium beinhaltet psy-
chologische und psychosoziale Komponenten, um Hebammen zu befähigen, Frauen nach
belastenden Geburtserlebnissen umfassend zu unterstützen.

Bezüglich der Fortbildung der Hebammen hat das MS in den Katalog der geeigneten Maßnahmen u.a. Themen wie Verringerung von Ängsten, Mütter mit psychischen Erkrankungen, vulnerable Mutter-Kind- Paare aufgenommen.

Der niedersächsische Hebammenverband erhält von der Landesregierung jährlich Zuwendungen für die Durchführung von Fortbildungen. Hebammen werden auf diese Weise dabei unterstützt, ihrer Fortbildungsverpflichtung nachzukommen.

4. Nachgespräche:

Nachgespräche fallen unter die regulären Leistungen der Krankenkasse im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien, die im Regelfall von der Gynäkologin, dem Gynäkologen oder der Hebamme durchgeführt werden. Gespräche zu Geburtstraumata und psychischen Belastungen können Teil dieser Nachsorge sein, wenn sie medizinisch notwendig sind.

Zu den Forderungen an die Landesregierung, sich auf Bundesebene zu engagieren kann ich folgendes berichten:

- Zum Hebammenhilfvertrag engagiert sich die Landesregierung über die Gesundheitsministerkonferenz.
- Bezüglich der Haftpflicht gibt es eine Vereinbarung zwischen dem DHV und einem Versichererkonsortium, die den Haftpflichtschutz für Hebammen zumindest bis Mitte 2027 sichert. Die Landesregierung wird sich in den entsprechenden Gremien für eine abschließende Lösung des Problems einsetzen.
- Vorhaltekosten: Welche Auswirkungen die neue Bundesgesetzgebung sowie der Hebammenhilfvertrag auf die Vorhaltekosten in der Geburtshilfe haben werden, ist noch nicht gänzlich absehbar. Es wird weiterhin darauf hingewirkt, Schließungen aus wirtschaftlichen Gründen zu verhindern.

- Fehlanreize:

Die medizinische Überversorgung – damit sind medizinisch unnötige Behandlungen gemeint – ist bereits klar in verschiedenen gesetzlichen Rechtsgrundlagen geregelt, z.B. im Berufsrecht, dem Strafrecht (z.B. als Körperverletzung) und als Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V.

- Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

Die Richtlinie wurde, wie bereits erwähnt, explizit für die Sicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung einer flächendeckenden Erreichbarkeit der Einrichtungen erlassen. Sie enthält neben dem Stufenkonzept zur Versorgung der Gebärenden und ihrer Kinder auch verbindliche qualitative Anforderungen jeder einzelnen

Versorgungsstufe bzw. Level-Zuordnung. Diese dienen nicht als Empfehlung, sondern sind von den Einrichtungen zwingend umzusetzen. Die Richtlinie gewinnt durch die Leistungsgruppensystematik an Bedeutung. Grundsätzlich erfolgt die Zuweisung der Leistungsgruppe „Perinatalzentrum Level 1“ durch das Land nur dann, wenn die Kriterien der Richtlinie erfüllt sind und somit die Qualität der Versorgung sichergestellt ist.

Unterrichtungstext zur aktuellen Situation der Geburtshilfe in Niedersachsen; Antrag der CDU-Fraktion vom 16.06.2025

1. Vermerk:

Der Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung hat um Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Situation der Geburtshilfe in Niedersachsen gebeten. Antragstellerin ist die CDU-Fraktion / MdL Eike Holsten (Schreiben vom 16.06.2025).

Die konkreten Fragen werden wie folgt beantwortet:

1. Aktuelle Versorgungslage

• Wie viele geburtshilfliche Abteilungen existieren derzeit in Niedersachsen und wie verteilen sich diese regional?

→ Die Aufteilung der 58 geburtshilflichen Abteilungen in Niedersachsen auf die Versorgungsregionen ergibt sich wie folgt:

VR 1 / Göttingen: 7 geburtshilfliche Abteilungen (UMG (Stufe I), Agaplesion Krankenhaus Neu Bethlehem Göttingen (Stufe IV), Asklepios Harzlinik Goslar (Stufe IV), Helios Albert-Schweitzer-Klinik Northeim (Stufe IV), Helios Klinikum Hildesheim (Stufe I), St. Bernward KH Hildesheim (Stufe I), Sana-Klinikum Hameln-Pyrmont (Stufe II)).

VR 2 / Braunschweig: 7 geburtshilfliche Abteilungen (Städt. Klinikum Braunschweig (Stufe I), KH Marienstift Braunschweig (Stufe I), Helios Klinikum Salzgitter (Stufe III), Klinikum Wolfsburg (Stufe I), Helios Klinikum Gifhorn (Stufe III), Helios St. Marienberg Klinik Helmstedt (Stufe IV), Städt. Klinikum Wolfenbüttel (Stufe IV)).

VR 3 / Hannover: 10 geburtshilfliche Abteilungen (MHH (Stufe I), Diakovere Friederikenstift Hannover (Stufe IV), Diakovere Henriettenstift Hannover (Stufe I), Vinzenzkrankenhaus (Stufe IV), Klinikum-Großburgwedel (Stufe IV), Klinikum Robert-

Koch Gehrden (Stufe IV), Helios Kliniken Mittelweser-Nienburg (Stufe IV), Klinikum Neustadt a.Rbge. (Stufe III), Allg. KH Celle (Stufe I), Agaplesion Ev. Klinikum Schaumburg (Stufe IV)).

VR 4 / Elbe-Weser: 8 geburtshilfliche Abteilungen (Helios Klinik Cuxhaven (Stufe III), Kreiskrankenhaus Osterholz (Stufe IV), OsteMed Klinik Bremervörde (Stufe IV), Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg (Stufe II), Heidekreis-Klinikum KH Walsrode (Stufe III), Elbe Klinikum Buxtehude (Stufe IV), Elbe Klinikum Stade (Stufe III), Aller-Weser-Klinik Verden (Stufe IV)).

VR 5 / Lüneburg: 5 geburtshilfliche Abteilungen (KH Buchholz (Stufe IV), KH Winsen (Stufe IV), Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg (Stufe IV), Städt. Klinikum Lüneburg (Stufe I), Helios Klinikum Uelzen (Stufe IV)).

VR 6 / Weser-Ems: 5 geburtshilfliche Abteilungen (Klinikum Wilhelmshaven (Stufe II), Klinikum Leer (Stufe II), Borromäus-Hospital Leer (Stufe IV), Ubbo-Emmius-Klinik Aurich (Stufe II), St. Johannes-Hospital Varel (Stufe IV)).

VR 7 / Oldenburg: 8 geburtshilfliche Abteilungen (Klinikum Oldenburg (Stufe I), Ev. KH Oldenburg (Stufe IV), Delme Klinikum Delmenhorst (Stufe III), KH Johanneum Wildeshausen (Stufe IV), Ammerland-Klinikum Westerstede (Stufe IV), KH St. Elisabeth Damme (Stufe IV), St. Marienhospital Vechta (Stufe I), St. Josefs-Hospital Cloppenburg (Stufe IV)).

VR 8 / Osnabrück: 8 geburtshilfliche Abteilungen (Marienhospital Osnabrück (Stufe I), KH Osnabrück (Stufe III), Bonifatius Hospital Lingen (Stufe II), KH Ludmillenstift Meppen (Stufe I), Marienhospital Papenburg Aschendorf (Stufe III), Hümmling Hospital Sögel (Stufe IV), Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße Nordhorn (Stufe II), Christliches KH Quakenbrück (Stufe IV)).

• **Welche Krankenhäuser bieten noch eine vollumfängliche Geburtshilfe inkl. 24/7- Kreißsaalbetrieb an?**

→ Die Einrichtungen müssen sich nach den Richtlinien des GB-A (Gemeinsamer Bundesausschuss) richten. Die Richtlinie für Früh- und Reifgeborene gibt Folgendes vor:

In Versorgungsstufe I und II muss die geburtshilfliche Versorgung mit permanenter Facharztpräsenz (24-Stunden-Präsenz) im präpartalen Bereich, Entbindungsbereich und im Sectio-OP sichergestellt sein. Im Kreißaal ist die 24-Stunden-Präsenz mindestens einer Hebamme gewährleistet, mindestens eine zweite Hebamme befindet sich in Rufbereitschaft. In Versorgungsstufe III muss die Betreuung von Schwangeren mit einer drohenden Frühgeburt (*und geschätztem Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 32+0 bis ≤ 36+6 SSW*) durch eine/n Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die bzw. der unmittelbar tätig werden kann, erfolgen. Im Entbindungsbereich und auf der Wochenbettstation ist die 24-Stunden-Präsenz mindestens einer Hebamme gewährleistet. Auch hier befindet sich mindestens eine zweite Hebamme in Rufbereitschaft.

Für die Stufe IV/Geburtsklinik sind die Vorgaben in der QFR-RL nicht derart detailliert vorgeschrieben, allerdings ist naturgemäß davon auszugehen, dass Einrichtungen, die eine Geburtsklinik mit Kreißaal vorhalten, diesen auch tatsächlich vorhalten, also rund um die Uhr betreiben. Dennoch ist durch das MS eine Abfrage bei allen Einrichtungen mit geburtshilflicher Abteilung erfolgt. Alle 58 Einrichtungen haben angegeben, dass sie einen Kreißaal mit einer 24h-Betreuung anbieten.

• **Welche Entwicklungen gab es in den Jahren 2023 und 2024 hinsichtlich Schließungen, Umstrukturierungen oder Einschränkungen von geburtshilflichen Angeboten?**

→ Im Jahr 2023 hat die Geburtsklinik des St. Franziskus-Hospital Lohne geschlossen, 2024 waren folgende Orte von einer Schließung betroffen: Salzgitter/St. Elisabeth-Krankenhaus (Versorgungsstufe: IV), Emden (Versorgungsstufe: III), Holzminden (Versorgungsstufe: IV), Herzberg / Helios-Klinik (Versorgungsstufe: IV), Göttingen/Neu-Mariahilf (Versorgungsstufe: IV), Georgsmarienhütte (Versorgungsstufe: IV), Melle (Versorgungsstufe: IV).

Grundsätzlich kann leider nicht ausgeschlossen werden, dass Krankenhausträger aufgrund des Fachkräftemangels und der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. zu hohe Betriebskosten) geburtshilfliche Stationen schließen oder mit anderen Standorten zusammenlegen.

In diesen Fällen ist das eine Entscheidung der Krankenhausträger als selbstständig wirtschaftende Unternehmen, die seitens des MS nicht wesentlich beeinflusst oder gar unterbunden werden kann.

• **Wie ist die Erreichbarkeit geburtshilflicher Einrichtungen im Land verteilt (z. B. Anfahrtszeiten in ländlichen Regionen)?**

→ Obwohl Niedersachsen ein Flächenland ist, wird nahezu flächendeckend eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit vorgehalten. Zum einen weist Niedersachsen eine hohe Dichte an Hebammenzentralen auf, zum anderen erreichen 97 % aller Schwangeren/Gebärenden den nächstgelegenen Standort mit Kreißsaal in unter 40 Minuten Fahrzeit. Niedersachsen orientiert sich damit an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die wenigen Ausnahmen verlängerter Fahrzeiten treten insbesondere in dünn besiedelten Regionen/Landkreisen wie z. B. Lüneburg, der Elbe-Weser Region und an der nordöstlichen Landesgrenze sowie auf den Nordseeinseln auf. Letztere haben mit ihrer Lage eine Sonderstellung inne – es ist nicht möglich, auf jeder Insel einen Kreißsaal vorzuhalten, die Fahrtzeiten sind deswegen naturgemäß höher. Einwohnerinnen an den Landesgrenzen hingegen suchen auch Einrichtungen anderer Bundesländer auf, wodurch sich die individuelle Fahrtzeit zusätzlich verringern kann und tendenziell von einer faktischen Deckung über den o.a. 97 % ausgegangen werden kann.

2. Außerklinische Geburtshilfe

• **Wie viele Geburtshäuser und freiberuflich tätige Hebammen bieten außerklinische Geburten an?**

→ Aus der Perinatalerhebung der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) für 2023 geht hervor, dass 46 freiberuflich tätige Hausgeburtshebammen und 9 hebammengeleitete Einrichtungen außerklinische Geburten anbieten.

• **Wie verteilen sich diese Angebote regional?**

→ Der Schwerpunkt liegt bei den Hausgeburten (62,1 % der außerklinischen Geburten), während Geburtshäuser in Niedersachsen weniger vertreten sind (37,9 %). Geburtshäuser befinden sich in Hannover (2x), Göttingen, Walsrode und im Landkreis Verden.

• **Nach welchen Qualitätsstandards arbeiten diese Einrichtungen?**

→ Regelungen zur Qualitätssicherung sind im Hebammenhilfe-Vertrag und im Ergänzungsvertrag für Geburtshäuser verankert. Hausgeburtshebammen und Geburtshäuser sind verpflichtet, ein strukturiertes und dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem zu führen. Alle Hebammen müssen sich regelmäßig fortbilden und Standards im Notfallmanagement, Hygiene sowie Datenschutz einhalten. Geburtshäuser müssen definierte personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen erfüllen. Es gibt klare Kriterien, wann eine außerklinische Geburt möglich ist. Geburtshäuser und Hausgeburtshebammen sind zur umfassenden Patientenaufklärung und zur lückenlosen Dokumentation verpflichtet. Zudem müssen sie standardisierte Abläufe für Notfallsituationen und Verlegungen in Kliniken vorhalten. Alle Geburten und deren Verläufe, Verlegungen und Ergebnisse werden im Rahmen von Qualitätserhebungen über die QUAG-Perinatalerhebung dokumentiert. Die Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien wird von Verbänden wie dem Deutschen Hebammenverband und der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) unterstützt und durch den GKV-Spitzenverband überwacht.

3. Beschäftigungsstruktur von Hebammen

• **Wie viele geburtshilfliche Abteilungen in Niedersachsen arbeiten mit fest angestellten Hebammen?**

→ Diese einrichtungsindividuellen Daten liegen dem MS regelmäßig nicht vor. Die Personalplanung obliegt den jeweiligen Krankenhäusern. Allerdings ist durch das MS eine Abfrage bei allen Einrichtungen mit geburtshilflicher Abteilung erfolgt. Alle 58 Kliniken haben mit folgendem Ergebnis zurückgemeldet:

- 48 Einrichtungen arbeiten (ausschließlich, weit überwiegend oder auch) mit festangestellten Hebammen
- 10 Einrichtungen arbeiten bisher gar nicht mit festangestellten Hebammen, von denen 2 Einrichtungen dies Ende des Jahres umstellen wollen

• **In wie vielen Einrichtungen wird überwiegend oder ausschließlich mit Beleghebammen gearbeitet?**

→ Diese einrichtungsindividuellen Daten liegen dem MS regelmäßig nicht vor. Die Personalplanung obliegt den jeweiligen Krankenhäusern. Allerdings ist durch das MS eine Abfrage bei allen Einrichtungen mit geburtshilflicher Abteilung erfolgt. Alle 58 Kliniken haben mit folgendem Ergebnis zurückgemeldet:

- 12 Einrichtungen arbeiten überwiegend (2) oder ausschließlich (10) mit Beleghebammen, von denen 2 Einrichtungen dies Ende des Jahres auf Festanstellungen umstellen wollen

• **Welche Auswirkungen hat die jeweilige Organisationsform auf die Versorgungsqualität und -sicherheit?**

→ In Kliniken angestellte Hebammen arbeiten in der Regel im Schichtdienst und sind fest in Klinikstrukturen integriert. Das fördert die enge Zusammenarbeit im Team. Hebamme und Gebärende kennen sich in der Regel vor der Geburt nicht. An Tagen mit hohem Arbeitsaufkommen kann die Betreuung der Frauen weniger individuell ausfallen. Eine Ausnahme stellt der Hebammenkreißsaal dar, hier wird eine 1:1-Betreuung durchgeführt, wie sie in der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ festgeschrieben ist.

Beleghebammen sind zu unterscheiden: Dienstbeleghebammen arbeiten nach Schichtplan. Die Begleitbeleghebamme hat einen Vertrag mit der Schwangeren und geht anlassbezogen mit der Gebärenden in den Kreißsaal. Sie kommt daher nur bei Bedarf in die Klinik. Dies kann eine persönlichere Betreuung für die Schwangere bedeuten, da die Begleitbeleghebamme der Schwangeren bekannt ist und die gesamte Geburt begleitet. Allerdings kann bei dieser Organisationsform die Kontinuität der Betreuung eingeschränkt sein, wenn die Begleithebamme verhindert ist und nicht vor Ort sein kann. Daher hat eine Begleitbeleghebamme immer eine Vertretung, die ebenfalls einen Vertrag mit der Frau haben muss. Die Zusammenarbeit im Team ist mit Beleghebammen möglicherweise weniger eng, was in Einzelfällen Auswirkungen auf die Koordination und die schnelle Reaktion im Notfall haben kann. Sowohl angestellte Hebammen als auch Beleghebammen müssen Qualitätsanforderungen erfüllen, die sich an der bundesweiten Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V orientieren und im hausinternen Qualitätssystem (QM-System) der jeweiligen Klinik verankert sind.

4. Auswirkungen des neuen Hebammenhilfevertrags

- **Welche Änderungen bringt der zum 1. November 2025 geplante neue Hebammenhilfevertrag mit sich?**

→ Die neue Vertragsstruktur sieht eine Abrechnung in 5-Minuten-Einheiten mit festen Kontingenten vor. Für jede Leistungsart gibt es Vorgaben zu Kontaktzahl, maximal abrechenbaren Einheiten pro Tag und Gesamtkontingenten für Schwangerschaft, Geburtsbegleitung und Wochenbett. Viele Einzelleistungen werden zusammengefasst, das kann dem Bürokratieabbau dienlich sein. Als neue Leistung können Schwangere künftig schon in der Schwangerschaft eine individuelle Beratung zur Stillvorbereitung erhalten. Bei Haus- und Geburtshausgeburten werden die bestehenden Geburtspauschalen erhöht und um eine zusätzliche Vergütung für die Dauer der Geburtsbetreuung ergänzt. Bessere Rahmenbedingungen für die außerklinische Geburt sind geeignet, die Wahlfreiheit der werdenden Eltern zu stärken.

• **Welche Auswirkungen werden auf die stationäre und außerklinische Geburtshilfe in Niedersachsen erwartet?**

→ Der Vertrag führt zu grundlegenden Änderungen in der Abrechnungs- und Betreuungssystematik und kombiniert Pauschalen mit zeitbasierter Vergütung. Ob eine Hebamme nach dem neuen Vertrag bessergestellt ist, hängt von der individuellen Leistungserbringung ab. Zu den Auswirkungen des neuen Vertrags kann daher keine Prognose aufgestellt werden. Eine Protokollnotiz im Hebammenhilfvertrag sieht die Einrichtung einer Arbeitsgruppe aus den Vertragspartnern vor, welche die Auswirkungen des angepassten Vergütungssystems nach Vorliegen repräsentativer Abrechnungsdaten zum nächstmöglichen Zeitpunkt gemeinsam evaluiert und erforderlichenfalls unverzüglich Verhandlungen zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems aufnimmt. Diese Evaluierung bleibt abzuwarten.

Für die stationäre Versorgung kann der Hebammenhilfvertrag Auswirkungen im Bereich der Beleghebammen haben. Die Hebammenverbände rechnen mit Einkommenseinbußen bei parallelen Geburtsvorgangsbetreuungen und haben Rückmeldungen von Beleghebammen erhalten, dass diese bei einer existenziellen Einkommensverschlechterung nicht mehr als Beleghebammen tätig sein wollen.

• **Welche Rückmeldungen liegen der Landesregierung von betroffenen Berufsgruppen, Kliniken, Krankenkassen und Elterninitiativen hierzu vor?**

➔ Dem MS liegt eine Rückmeldung aus der Gruppe der Hebammen mit dem Hinweis, eine Nachverhandlung sei erforderlich, vor. In einem Gespräch am Rande des Plenums mit Herrn Minister haben die Hebammenverbände außerdem deutlich auf die veränderte Vergütungsstruktur des neuen Hebammenhilfevertrags hingewiesen. Im Rahmen dieses Gespräch wurde deutlich, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Geburten, die Beleghebammen in Krankenhäusern durchführen, nicht in der 1:1-Betreuung erfolgen. Unter Berücksichtigung der neuen Vergütungsstruktur befürchten die Hebammenverbände bei der parallelen Betreuung mehrerer Geburten deutliche finanzielle Nachteile und rechnen mit einem Rückgang der Beleghebammen im ländlichen Raum und daraus resultierend mit einer abnehmenden Versorgung in diesem Gebiet.

• **Welche Einschätzung hat die Landesregierung dazu, ob der neue Vertrag dem Ziel einer 1:1-Betreuung von Gebärenden während der Geburt dienlich ist?**

➔ Unter den Vertragspartnern besteht der Konsens, die 1:1-Betreuung fördern zu wollen. 1:1-Betreuungen werden im Hebammenhilfevertrag finanziell aufgewertet. Es wird auch honoriert, wenn neue Hebammen in ein Beleghebammenteam aufgenommen werden und dadurch mehr 1:1-Betreuungen erfolgen können. Das kann dazu beitragen, die Versorgung der Versicherten und die Arbeitsbedingungen von Beleghebammen zu verbessern.

5. **Einfluss des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)?**

• **Welche Auswirkungen erwartet die Landesregierung durch das KHVVG auf die Geburtshilfe in Niedersachsen?**

➔ Das KHVVG dient der Verbesserung und Optimierung der gesundheitlichen Versorgung. Dies gilt auch für die Geburtshilfeeinrichtungen des Landes Niedersachsen. Das KHVVG greift mit der Einordnung in Leistungsgruppen die bereits etablierte Einordnung von Geburtshilfe-Einrichtungen mit Kreißsaal in Versorgungsstufen auf. Dabei wird beispielsweise speziell darauf geachtet, ob Fall-Mindestmengen erreicht werden, um die Qualität der Versorgung aufrechtzuerhalten und ggf. zu erhöhen. Die Leistungsgruppen legen außerdem spezielle Vorgaben fest, die die Versorgungsqualität sicherstellen, so dass hier von einer Beibehaltung oder sogar Aufwertung der Einrichtungen mit geburtshilflicher Abteilung ausgegangen wird.

- **Welche Rolle wird die Geburtshilfe in den neuen Leistungsgruppen spielen?**

Wie bereits erläutert, dienen das KHVVG und die zu installierenden Leistungsgruppen der Aufrechterhaltung und Optimierung der Versorgungsqualität. Durch die in den Leistungsgruppen festgelegten Vorgaben ist der Fokus umso mehr auf die Versorgungsqualität gerichtet.

Im Zusammenhang mit dem KHVVG bzw. der Krankenhausreform wurden mithilfe des von der Landesregierung bereits im Juni 2025 veröffentlichten Bedarfsgutachtens die Situation der Geburtshilfe im Land Niedersachsen untersucht. Das Bedarfsgutachten hat den bestehenden Geburtenrückgang untermauert. Vor dem Hintergrund der Empfehlung der Regierungskommission, kleine Geburtshilfen zu größeren Einheiten mit mindestens 500 Geburten pro Jahr zusammenzuführen, ist zu überlegen, ob sich dies prospektiv auch in Niedersachsen umsetzen ließe, um zu verhindern, dass weitere Geburtshilfen aufgrund wirtschaftlicher oder personeller Probleme schließen. Die Leistungsgruppen dienen der Optimierung dieser Versorgungsstrukturen. Dies entspricht den Zielen des KHVVG.

Das Bedarfsgutachten hat außerdem Folgendes hervorgebracht: Bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen, bei der es sich um eine hochspezialisierte und größtenteils planbare Leistung handelt, sind längere Fahrzeiten auch aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses aus qualitativer Sicht vertretbar, die Fachliteratur empfiehlt daher eine maximale Erreichbarkeitszeit von 90 Minuten. Innerhalb dieses Zeitraums kann nahezu die gesamte weibliche Bevölkerung Niedersachsens ein Perinatalzentrum des Levels 1, also die höchste bestehende Versorgungsstufe, erreichen.

Unabhängig von den Vorgaben in den Leistungsgruppen ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) von den Geburtshilfeeinrichtungen einzuhalten. Diese wurde explizit für die Sicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen erlassen. Sie enthält für die Einrichtungen verbindliche Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. All diese Vorgaben haben das Ziel der Verringerung der Säuglingssterblichkeit und die Vermeidung von Behinderungen und sind von den Kliniken umzusetzen.

- **Wie bewertet die Landesregierung die Zukunft geburtshilflicher Abteilungen an Grundversorger-Kliniken, insbesondere im ländlichen Raum?**

→ Die Landesregierung hält daran fest, die bestehende, flächendeckende gute bis sehr gute Versorgungsstruktur aufrechtzuerhalten. Wie bereits dargestellt, erreichen 97 % aller Gebärenden/Schwangeren einen Kreißsaal in unter 40 Minuten Fahrtzeit. Da in den teilweise dünn besiedelten Grenzregionen auch auf die Einrichtungen anderer Länder ausgewichen wird, ist sogar davon auszugehen, dass die angegebenen 97 % faktisch sogar überschritten werden.

• Welche Maßnahmen sind vorgesehen, um eine flächendeckende und wohnortnahe Geburtshilfe trotz Strukturveränderungen langfristig sicherzustellen?

→ Die konkrete Vorhaltung von Personal in Kliniken obliegt den Krankenhausträgern im Rahmen der selbständigen Führung ihres Betriebes. Wo kein Personal in ausreichender Anzahl angeworben kann (insbesondere in ländlichen Räumen), kann die Erreichung dieses Ziels auch nicht durch die Landesregierung gewährleistet werden, wenngleich das Land mit den verfügbaren Mitteln die flächendeckende Versorgung forciert. Das Land hat gleichwohl keine rechtliche Handhabe, einzelne Kooperationen/Netzwerk-Strukturen vorzugeben, wirkt aber unterstützend mit und bringt sich in Gespräche z. B. zwischen Kliniken ein um die Strukturhaltung zu fördern.

Es wird trotz des Wunsches, der (auch) seitens der Landesregierung besteht, möglichst viele Einrichtungen der Geburtshilfe vorzuhalten, darauf geachtet, dass die Fall-Mindestmengen möglichst eingehalten werden, um die Versorgungsqualität sicherzustellen. Wenn die flächendeckende Versorgung allerdings droht, Lücken aufzuweisen, sind für einzelne Einrichtungen, die dieser Versorgung dienen, Ausnahmen möglich, um den Schwangeren und Gebärenden eine praktikable und umsetzbare Fahrtzeit zur Erreichung einer Geburtsklinik zu ermöglichen. Die Landesregierung orientiert sich bzgl. der flächendeckenden, wohnortnahen Erreichbarkeit geburtshilflicher Einrichtungen an den bereits erwähnten Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die in der QFR-RL vorgegebenen Standards für die jeweilige Versorgungsstufe sind außerdem ebenso wie die Besetzung mit Fachärzt:innen selbstverständlich von den Kliniken umzusetzen, so dass die Versorgungsqualität gesichert ist. Um dem Personalmangel im Bereich der Hebammen entgegenzuwir-

ken, hat die niedersächsische Landesregierung neben den steigenden Studierendenzahlen an den vier niedersächsischen Hochschulstandorten für den Studiengang Hebammenwissenschaft im vergangenen Jahr die Hebammenschule am Diakonissen-Mutterhaus in Rotenburg-Wümme als gleichwertige Einrichtung zur Durchführung von Anerkennungslehrgängen und Vorbereitungskursen zur Kenntnisprüfung für Hebammen mit ausländischer Berufsqualifikation anerkannt. Dadurch können in Niedersachsen Hebammen mit einer ausländischen Berufsqualifikation qualifiziert und effizient auf den deutschen Standard der Hebammenwissenschaft gebracht und anschließend in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden. Durch den Standort in Niedersachsen profitiert das Land besonders davon, da viele der Absolventinnen sich auch anschließend für eine Tätigkeit in Niedersachsen entscheiden.