

N i e d e r s c h r i f t
über die 79. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung
am 15. Januar 2026
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch den Landesrechnungshof zur fortdauernden Förderung bei Pauschalfördermitteln ohne eine hierfür notwendige Fortschreibung des niedersächsischen Krankenhausplans**
Unterrichtung 6
Aussprache 10
2. **Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Auswirkungen der Krankenhausreform auf den niedersächsischen Krankenhausplan und die Pauschalmittelförderung**
Unterrichtung 16
Aussprache 19
3. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesundheitsfachberufegesetzes**
Gesetzentwurf der Landesregierung - Drs. 19/8644
Fortsetzung der Beratung 25
Beschluss 26

4. a) **Krisenfest. Einsatzbereit. Zukunftssicher. - Für ein funktionsfähiges Gesundheitswesen im Ernstfall**

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/8546

b) **Vorbereitung der Krankenhäuser in Niedersachsen auf Zivilschutzfälle und zur Cybersicherheit**

Unterrichtung zu a)..... 27

Unterrichtung zu b)..... 35

Aussprache 39

5. **Einführung eines digitalen landesweiten Pflegeportals - schneller und transparenter Zugang zu Heimplätzen**

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/8881

Fortsetzung der Beratung..... 55

Beschluss..... 55

6. **Pflege braucht Planungssicherheit - NuWGBauVO praxistauglich gestalten und Versorgung sichern**

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/9258

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen..... 56

7. **Unsichtbare Folgen sichtbar machen: FASD wirksam begegnen und Hilfe ermöglichen**

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/9261

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen..... 57

8. **Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren**

Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5086

dazu: **Eingabe 1395/08/19**

Fortsetzung der Beratung..... 58

Beschluss..... 59

9. **Fatigue-Syndrom ernst nehmen - Versorgung verbessern, Forschung stärken - Post-Vac sichtbar machen!**

Antrag der Fraktion der AfD - Drs. 19/9264

Beratung 60

Beschluss..... 61

10. **Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Sachstand der Novelle des Jugendfördergesetzes (JFG)**

Beschluss..... 62

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
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) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
13. Abg. Eva Viehoff (ab 14:11 Uhr vertreten durch die Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrätin Brüggeshemke (Mitglied).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 14:22 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 76. und 77. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Unterrichtung durch den Landesrechnungshof zur fortdauernden Förderung bei Pauschalfördermitteln ohne eine hierfür notwendige Fortschreibung des niedersächsischen Krankenhausplans

Unterrichtung

MDgt **Hartrich** (LRH): Ich freue mich, dass ich den Ausschuss heute quasi in einer Art Antrittsbesuch als neues Senatsmitglied im Landesrechnungshof, als das ich unter anderem für das Thema Krankenhausreform zuständig bin, entsprechend der Bitte des Landesrechnungshofs unterrichten darf. Der große Stellenwert der Krankenhausversorgung kann schon daran abgelesen werden, dass heute sowohl der Landesrechnungshof als auch im Anschluss die Landesregierung den Ausschuss über die aktuellen Entwicklungen unterrichten möchten.

Nach der Unterrichtung des Ausschusses durch meine Vorgängerin in der 64. Sitzung am 12. Juni 2025 zu dem Positionspapier des Landesrechnungshofs und der Unterrichtung durch die Landesregierung in der 67. Sitzung am 28. August 2025 ist die Entwicklung weitergegangen. Den Protokollen habe ich entnommen, dass seitens der Abgeordneten das Bedürfnis besteht, in diesem nicht einfachen Prozess immer wieder unterrichtet und beraten zu werden. Das ist unsere Aufgabe als Landesrechnungshof. Deshalb habe ich diese Bitte um Unterrichtung geäußert.

Ich möchte Sie nicht mit Wiederholungen zu bekannten Dingen langweilen. Wir wissen, dass es auf die Details und Einzelheiten, auf die Strukturen zur stationären Krankenversorgung durchaus verschiedene Perspektiven gibt, die wir als Landesrechnungshof und auch die Landesregierung schon hier darlegen durften. Ich sage nichts Neues, dass es dabei unterschiedliche Blickrichtungen gibt und dass wir eine andere Blickrichtung als die Landesregierung einnehmen.

Auf die Krankenhauslandschaft blickt man mit einem gewissen landespolitischen Blick. Daneben gibt es auch einen bundespolitischen Blick. Auf kommunaler Ebene hat man noch einen ganz anderen Blick. Deswegen muss man, wie wir immer wieder betont und auch mit unserem Positionspapier erklärt haben, auch einen parlamentarischen Diskurs über Ziele, Werte, Prioritäten und deren Gewichtung führen. Gerade im politischen Raum ist es wichtig, sich mit dem filigranen Finanzierungssystem zu befassen. Denn es geht um die Krankenhäuser in Niedersachsen, deren Bedeutung ja uns allen bewusst ist. Hier liegt für uns als Landesrechnungshof die Aufgabe, für Sie immer beratend tätig zu werden und Sie über unsere Sichtweisen auf dem Laufenden zu halten.

Die Historie mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und dem Krankenhaustransparenzgesetz ist Ihnen allen bekannt. Deswegen möchte ich darauf jetzt nicht weiter eingehen.

Klar ist, dass wir uns auf einem Transformationspfad hin zu einer auch künftig bedarfsgerechten Krankenhausstruktur befinden. Die Transformation ist notwendig, um dauerhaft die flächendeckende Versorgung unserer Bevölkerung sicherzustellen, und zwar in Zeiten, in denen uns dafür zusehends Finanzierungsmöglichkeiten und wirtschaftspolitische Handlungsspielräume fehlen.

Daher ist es für uns als Landesrechnungshof ganz wichtig, immer wieder zu betonen, wie entscheidend es ist, das vorhandene Geld dahin zu lenken, wo es gebraucht wird. Denn wenn das Geld erst einmal in die falsche Richtung geflossen ist, dann fehlt es für die Umsetzung anderer, vielleicht bedarfsgerechter Maßnahmen. Das sorgt erschwerend auch noch lange für falsche Anreiz- und Steuerungswirkungen sowie vermeidbare Folgekosten.

Die aktuelle Krankenhausreform rückt drängende Themen aus der medizinischen Versorgung wieder in den Vordergrund: die Ambulantisierung, den Abbau von Überkapazitäten, notwendige Spezialisierungen, aber auch die Vernetzung in einer stärker auf Kooperation und Zusammenwirken angewiesenen und ausgerichteten Medizin.

Das Land hat die gesundheitspolitische Gestaltungsmacht für enorm wichtige Grundzüge dieser Strukturqualität: die Krankenhausplanung. Mit ihr gilt es, in der aktuellen Krankenhausreform vor allem eine Strukturreform zu schaffen, aus welcher sich wichtige Anreiz- und Steuerungswirkungen entfalten können. Als Landesrechnungshof sehen wir gerade hier eine große Chance für Niedersachsen. Wir sehen Möglichkeiten für bedarfsgerechte, moderne und leistungsfähige medizinische Versorgungsstrukturen. Mit unserem Positionspapier haben wir deshalb auf aus unserer Sicht wichtige Punkte hingewiesen.

Ich möchte heute einen wichtigen Punkt aus diesem Positionspapier noch einmal herausgreifen, nämlich den Einstieg in die Transformation mit aktueller Peilung für eine klare Standortbestimmung. Das ist aus unserer Sicht wichtig; denn man muss wissen, wo man steht, bevor man irgendwohin gehen möchte. Hierzu hat meine Vorgängerin Sie im Juni 2025 unterrichtet. Seitdem hat es weitere Entwicklungen gegeben.

Die zentrale Kennzahl zur Peilung bzw. zur Steuerung der Versorgungsstruktur sind die Planbettenzahl und deren Auslastung in Prozent. Das ist Ihnen bekannt: 100 Betten, davon 85 regelmäßig belegt - dann ist die Struktur nach langjährig etablierter Praxis ausreichend bedarfsgerecht. Werte unter 85 % zeigen Überkapazitäten an. Werte darüber deuten an, wo nachzusteuern ist. Diese Kennzahl ist unserer Auffassung nach gerade auch an der Schwelle zur neuen Planungslogik mit den Leistungsgruppen elementar und genauso wichtig wie früher. Denn sie spiegelt den tatsächlichen Bedarf wider. Schätzungen gingen bisher schon davon aus, dass in Niedersachsen bis zu rund einem Drittel der heutigen stationären Versorgungsstrukturen gar nicht benötigt werden, also Überkapazitäten darstellen. Auch darauf haben wir in unserem Positionspapier hingewiesen.

In der Sitzung dieses Ausschusses am 21. August 2025 ist dann das vom MS beauftragte PD-Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen vorgestellt worden. Darin findet sich eine Aussage, die ich gerne zitieren möchte, weil sie genau unsere Sichtweise stützt:

„Daraus ergäbe sich aktuell ein rechnerisches Reduzierungspotenzial von knapp 5 000 vollstationären Planbetten auf Basis der Fallzahlen und der Verweildauern des Jahres 2023. Dies entspricht rund 12 %.“

Diese Zahl hat Minister Dr. Philippi zuletzt auch medial im Dezember 2025 übernommen und verkündet: 5 000 Betten zu viel in Niedersachsen!

Wir stellen uns die Frage: Was folgt aus dieser Erkenntnis? - Das zu beurteilen, ist nicht die unmittelbare Aufgabe oder Zuständigkeit des Landesrechnungshofs. Um es ganz deutlich zu sagen: Wir fordern auch nicht pauschal die Schließung von Krankenhäusern.

Wir sind allerdings dafür zuständig, aufzuzeigen, dass uns erstaunlicherweise gerade in der aktuellen Phase, in der seitens des Ministeriums auch diese Zahlen publik gemacht worden sind, aktuelle Auslastungsquoten fehlen. Es gibt dadurch keinen aktuellen Blick auf die Situation in Niedersachsen.

Jetzt kann man sich auf den Standpunkt stellen, dass solch ein Blick vor dem Hintergrund der Umstellung auf Leistungsgruppen rückwärtsgewandt sei. Man kann sagen: Wir gehen doch in eine andere Richtung, warum sollen wir dann noch zurückschauen?

Uns stellt sich jedoch die Frage: Was passiert bis dahin? Vor allem, nachdem sich nach dem Entwurf der Bundesregierung vom 8. Oktober 2025 für ein Krankenhausreformsanpassungsgesetz der Zeitraum zur Reformumsetzung gegenüber dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz um mindestens ein Jahr auf 2028 verlängert. Das heißt, wir haben die Situation, über die wir sprechen, auch noch ein Jahr länger. Damit bleibt die Planbettenzahl weiterhin und noch länger entscheidender Parameter für die niedersächsische Krankenhausplanung.

Das Bild, das hier im Ausschuss im letzten Jahr bemüht wurde - ob man richtig steht oder nicht, weiß man erst, wenn das Licht angeht; so wurde das damals sinngemäß ausgedrückt - ist sicherlich nicht falsch. Aus unserer Sicht wäre es aber gut - das ist vonseiten der Abgeordneten zu der Unterrichtung am 28. August 2025 hier im Ausschuss zutreffend angeklungen -, wenn man vorher schon mal darauf blicken würde, wo überhaupt Leuchtmittel vorhanden sind, die aufleuchten können. Denn wenn man weiß, dass es dort nichts gibt, kann man nur darauf hoffen, dass dort vielleicht etwas passiert.

Gerade zum Einstieg in die Transformation fehlt aus unserer Sicht daher eine realistische und belastbare Beurteilungsmöglichkeit, wie viel Kapazität wir tatsächlich brauchen. Wir empfehlen deshalb, diese Kennzahlen mit der klassischen Methode noch vor dem Einstieg in die neue Planungslogik zügig nachzuholen. Das MS hat hierzu im letzten Jahr eingeräumt, dass dies dort ursprünglich auch so geplant war. Die Begründung, warum dies letzten Endes nicht geschah, überzeugt uns allerdings nicht.

Auch hier möchte ich dem Eindruck entgegenwirken, dass unsere Empfehlung für eine solche Erhebung rückwärtsgewandt und daher aktuell nicht mehr zielführend sei, man also dadurch Arbeit produzieren würde, die letztlich überflüssig sei.

Aus unserer Sicht ist eine Erhebung mit ganz aktuellen Auswirkungen verbunden, und zwar auf die Zukunftsfähigkeit von Krankenhäusern, damit sie nämlich noch den Zeitpunkt erleben, wenn auf Leistungsgruppen umgestellt worden ist.

Aktuell ist immer noch die Anzahl der Planbetten die maßgebliche Größe für die Bemessung der Pauschalförderung eines Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die nach Planbetten bemessene Grundpauschale bildet rund 75 % der gesamten Pauschalförderung ab. Die Planbetten haben also nach unserer Auffassung auch aktuell und auch weiterhin große Auswirkungen. Zu der Bedeutung möchte ich nur ein paar Zahlen nennen:

- Die jährliche Pauschalförderung für Krankenhäuser in Niedersachsen gemäß § 9 Abs. 3 KHG hat nach dem Einzelplan 05 ein Volumen von über 120 Millionen Euro. Hiervon entfällt auf die planbettenabhängige Grundpauschale ein Fördervolumen von jährlich 93 Millionen Euro, bezogen auf die Jahre 2023 und 2024.
- Aus den rechnerisch ermittelten Überkapazitäten von rund 5 000 Planbetten nach dem PD-Gutachten und auch nach den Angaben des Ministers lässt sich damit kombiniert eine Förderung nicht bedarfsgerechter Krankenhausstrukturen in Höhe von jährlich rund 11,8 Millionen Euro ermitteln.

Das heißt, 11,8 Millionen Euro werden aus unserer Sicht nicht dafür verwendet, wofür sie verwendet werden müssten.

Wir wollen nicht rückwärtsgewandt sein. Wir leben im Hier und Jetzt. Daher müssen wir der Frage nachgehen, was das aktuell für die Krankenhäuser in Niedersachsen bedeutet.

Seit dem Jahr 2019 unterblieb - das wissen Sie alle - die bis dahin übliche jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans auf der Basis von Auslastungsdaten. Für die Bemessung der Pauschalfördermittel werden weiterhin die über sechs Jahre nicht angepassten Planbettenzahlen verwendet.

Bei Annahme einer insgesamt abgesunkenen Bettenauslastung, welche alle Krankenhäuser mehr oder weniger gleich beträfe, könnte man jetzt - um auch hier nicht rückwärtsgewandt zu denken und zu handeln - aus pragmatischen Gründen womöglich von einer Fortschreibung mit dem Ziel sachgerechter Pauschalförderung absehen.

Aber: Erkenntnisse aus einer aktuellen Prüfung zeigen uns, dass sich die Auslastungen der hier betrachteten Krankenhäuser im somatischen Bereich ganz erheblich unterscheiden. Während einige Krankenhäuser den Sollauslastungsgrad - in der Regel sollte er 85 % betragen - mit Werten zwischen 75 und 80 % annähernd erreichten, waren die Planbetten anderer Krankenhäuser im selben Zeitraum und Versorgungsgebiet teilweise nur zu unter 55 % ausgelastet. Dies dürfte indizieren, dass ähnlich starke Abweichungen mittlerweile in ganz Niedersachsen festzustellen sein dürften.

Das bedeutet aus unserer Sicht, dass jetzt durch die Zugrundelegung der alten Zahlen die Fördermittel des Landes nicht da ankommen, wo die Leistung erbracht wird, nämlich bei den Krankenhäusern, die hohe Werte aufweisen.

Das Land fördert deshalb nach unserer Auffassung ohne den richtigen Kompass. Nur durch aktuelle Zahlen kann hier zielgerecht Geld dorthin gelangen, wo es gebraucht wird. Das bedeutet gegebenenfalls ganz einfach: Krankenhäuser werden unter Umständen finanziell nicht so unterstützt, wie es aufgrund aktueller Belegungszahlen nötig wäre. Um das auszuschließen, fordern wir, weiterhin die früher übliche jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans auf der Basis von Auslastungsdaten wieder vorzunehmen.

Dem Landesrechnungshof geht es also darum, dass wieder eine fundierte Grundlage geschaffen wird, um die Leistungen des Landes dorthin zu lenken, wo sie benötigt werden. Das ist nach unserer Auffassung eine gerechte und wirtschaftliche Vorgehensweise, die im Interesse des Landes, aber auch der Krankenhäuser vor Ort ist.

Auch bei Ihnen, meine Damen und Herren Abgeordnete, wird es in den Wahlkreisen Krankenhäuser geben, die aktuell mit einem hohen Sollauslastungsgrad arbeiten. Diese Zahlen werden aber aktuell nicht erhoben, sodass die von mir beschriebene Landesförderung nicht die aktuelle Situation zur Grundlage hat. Dazu bräuchte es die Auswertung der aktuellen Auslastungsquoten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans auf der Grundlage aktueller Auslastungsquoten ist und bleibt für uns ein notwendiges Handlungsinstrument, um im Sinne der Krankenhäuser eine wirtschaftliche und gerechte Landesförderung sicherzustellen.

Auch vonseiten des Ministeriums werden Zahlen genannt, die nahelegen, dass die Zahlen, mit denen gearbeitet wird, nicht mehr den aktuellen Stand abbilden. Dann muss man sich die aktuelle Grundlage beschaffen. Wir sehen keinen Grund, warum das nicht gemacht wird. Insofern hoffen wir darauf, dass unserer Empfehlung nachgekommen wird. Ich bin deshalb auch auf die folgende Unterrichtung durch die Landesregierung gespannt.

Wir als Landesrechnungshof stehen immer für einen Austausch bereit und werden uns auch weiterhin im Rahmen von Prüfungsverfahren und der Begleitung von Gesetzgebungsverfahren mit unserer Sichtweise einbringen. Das soll nicht als Drohung klingen, sondern nur deutlich machen, dass wir diesen Prozess weiterhin konstruktiv begleiten möchten, weil wir sehen, dass die wirtschaftliche Betrachtungsweise, aber auch die Frage, wie gerecht vor Ort gesteuert werden kann, eigentlich Hand in Hand gehen.

Aussprache

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich störe mich schon eine Weile an der Interpretation der Auslastung. Ein Beispiel: Das Krankenhaus in Alfeld, das es ja so nicht mehr gibt, hatte 120 Planbetten, konnte aber nur noch 80 davon auslasten, und zwar nicht, weil Patienten gefehlt hätten, sondern aufgrund des bekannten, exorbitant hohen und anwachsenden Fachkräftemangels in Gesundheitsberufen und im hauswirtschaftlichen Bereich. Alle Berufe in einem Krankenhaus sind gerade Mangelware. Ich meine, das muss man in die Betrachtungen mit einbeziehen. Nur weil ein Krankenhaus in einer Region nicht die Quote von 85 % erreicht, bedeutet das nicht, dass in der Region kein Bedarf vorhanden ist. Das muss man bei diesem ganzen Thema immer mit berücksichtigen.

MDgt **Hartrich** (LRH): Da gebe ich Ihnen völlig recht. Der Fachkräftemangel ist natürlich auch eine Thematik, die man mit berücksichtigen muss und die eine Rolle spielen kann. Gleichwohl müssen wir erst einmal eine Grundlage haben. Diese Grundlage würden wir erst durch eine entsprechende Auswertung der Quoten bekommen. Das ist unsere Grundaussage.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich hätte es ganz charmant gefunden, wenn die Replik der Landesregierung nicht unter einem gesonderten Tagesordnungspunkt erfolgen würde, sodass wir nicht erfahren können, was Sie davon halten und welche Widerrede Sie gegebenenfalls halten würden. Da Sie aber die Protokolle lesen und im Zweifel auch anwesend sein werden, können Sie uns das ja vielleicht im Nachgang schildern. Dafür wäre ich ganz dankbar. Denn das ist ja ein fortlaufender Prozess; anderenfalls wären Sie nicht erneut in unseren Ausschuss gekommen.

Wenn ich es richtig in Erinnerung habe, hat das MS ausgeführt, dass es auch eine Frage der Prioritätensetzung im Haus und zumindest der Überlastung auch der Arbeitskraft ist, dass man die Zahlen nicht erhoben hat. Sie haben ausgeführt, das MS wollte selbst gerne überarbeiten. Was hat denn das MS Ihnen als Landesrechnungshof gesagt, warum das nicht stattgefunden hat?

Auch wir vermissen natürlich die Steuerung seitens des Sozialministeriums und dass der Minister, wenn er sagt, dass 5 000 Betten zu viel sind, dann vielleicht auch mal kenntlich macht, wo sie zu viel sind, und dann auch mal steuert, anstatt jeden sich selbst zu überlassen und zu beobachten, wer letzten Endes überlebt, ohne zu steuern. Das ist auch uns ein Dorn im Auge. Auch wir vermissen das. Da kann ich mich nur dem Landesrechnungshof anschließen.

Sie haben erwähnt, Sie wollen nicht rückwärts schauen, aber haben darauf hingewiesen, dass weiterhin die über sechs Jahre nicht angepassten Planbettenzahlen für die Bemessung der Pauschalfördermittel verwendet werden. Den Schaden haben Sie auf rund 12 Millionen Euro im Jahr beziffert - so ungefähr, wie das so immer mit den Schätzungen des Landesrechnungshof ist. Das summiert sich ja dann auf. Teilen Sie den Eindruck, dass sich durch die Fehlsteuerung inzwischen ein deutlich höherer Betrag ergeben hat, und wie würden Sie die weitere Entwicklung durch die Fehlsteuerung einschätzen?

Sie haben auch gesagt, die Pauschalförderung erfolgt noch zu 75 % nach den Bettenzahlen, und die 12 % entsprechen 11,8 Millionen Euro. Können Sie einmal ganz plastisch herunterrechnen - ich habe das noch nicht getan -, wie viel Geld auf das einzelne fehlgesteuerte Bett der 5 000 Betten entfällt, was man nicht hinkriegt, weil das Krankenhausreferat im MS hier keinen Schwerpunkt sieht, obwohl es vorher angekündigt hat, dass es auch selbst gerne danach steuern wollen würde?

MDgt **Hartrich** (LRH): Ja, man kann einfach die 11,8 Millionen Euro durch 5 000 teilen. Herr Kischlat wird gleich mal rechnen. Ich habe ja erwähnt, wir haben die Zahlen aus 2023 und 2024 betrachtet, über die wir verfügen. Für die Zukunft können wir sie nicht eins zu eins umsetzen, ebenso auch nicht für die Vergangenheit. Es wäre nicht ehrlich, wenn ich hier sagen würde, dass man sie eins zu eins auch für die Vergangenheit ansetzen kann.

Zu der Frage, warum das Sozialministerium diese Auswertung nicht mehr durchführt: Die Vertreter des Sozialministeriums haben in der Sitzung am 28. August 2025, wie ich dem Protokoll entnommen habe, Gründe genannt. Aus unserer Sicht - das hat sich uns noch nicht erschlossen - ist die Rückwärtsgewandtheit dieser Betrachtung nicht zutreffend. Wir meinen, man braucht das auch aktuell. Aus meiner Sicht gibt es keinen zwingenden Grund, der am Ende dagegen spricht, das zu machen. Man kann sagen, man braucht es vielleicht nicht mehr in dem Umfang, wie man es früher benötigt hat. Man kann auch sagen, man möchte in Zukunft den Weg in die Leistungsgruppen finden. Das habe ich ja ausgeführt. Der Weg dahin ist ja jetzt noch einmal um ein Jahr länger geworden. Insofern hat das zeitlich länger Relevanz. Wir haben auch über die Summen gesprochen. Nach diesen Zahlen werden nicht unwesentliche Beträge ausgeschüttet. Ansonst müssten Sie die Vertreter des Sozialministeriums dazu befragen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank, dass Sie heute in unseren Ausschuss gekommen sind, um die Sichtweise des Landesrechnungshofs darzustellen.

Ich will vorausschicken, dass wir dieses Thema sehr ernst nehmen, weil es natürlich um viel Geld geht. Sie haben die 11,8 Millionen Euro genannt. Ich gehe davon aus, dass das im Wesentlichen Sozialversicherungsbeiträge sind, die in die Krankenhäuser zur Erbringung einer Leistung fließen, also nicht Steuergelder von uns, die wir ja im Wesentlichen für den Bau, für die Fortschreibung der Planungen usw. aufwenden. Es ist natürlich wichtig, dass Geld nicht überflüssigerweise ausgegeben wird. Das halte ich für essenziell. Wir sind auch für jeden Hinweis in dieser Richtung dankbar.

Was mich ein bisschen umtreibt: Wir haben uns schon sehr früh in diesem Parlament mit diesem Thema in einer Enquetekommission befasst und sind dann in unseren Planungen ein bisschen gestoppt worden, weil es Reformbemühungen auf Bundesebene gab, die jetzt noch nicht beendet sind. Manchmal denke ich: Wenn wir damals einfach unseren Plan umgesetzt hätten, dann wären wir heute wahrscheinlich weiter. Denn wir hatten uns zum Ziel gesetzt, Gesundheitsregionen zu schaffen, in denen es jeweils einen zentralen Anbieter gibt, bei dem die meisten Leistungen erbracht werden, und darum herum im Sinne einer guten flächendeckenden Versorgung alle anderen Anbieter zu streuen. Das hat so nicht funktioniert. Jetzt sitzen wir in der Schleife, dass die Leistungsgruppen erst mal von den Krankenhäusern beantragt worden sind, eine abschließende Bewertung noch nicht erfolgt ist und wir noch abwarten müssen, welches Szenario eintritt. Deshalb werden wir uns das natürlich sehr genau ansehen müssen, wenn wir dabei ein Stück weiter sind. Ich halte es jetzt jedoch für sehr schwierig, eine konkrete Richtung festzulegen.

Ich will auch noch kurz darauf hinweisen, dass der Minister natürlich versucht hat zu steuern. Er hat meines Wissens die 5 000 Betten erwähnt, als es darum ging, dass man Kliniken zentralisieren muss. Das ist ja eine Steuerungsfunktion. Das ist ja nichts, was einfach so gesagt wurde, woraufhin dann alle irgendwie reagieren sollen.

Ich finde es wichtig, dass man sich mit diesem Thema befasst. Das hat auch nichts mit einem rückwärtsgewandten Blick zu tun. Wenn Menschen die Zahl hören, 5 000 Betten seien überflüssig, dann werden sie natürlich fragen: Was macht ihr denn da? - In Teilen besteht die Situation, die Frau Prell beschrieben hat, dass kein Personal vorhanden ist. Dann werden die Betten nicht genutzt oder wird eine ganze Station geschlossen. Dann gibt es aber auch keine Versorgung. Das ist in Teilen eben auch die Wahrheit. Dann erhält ein Krankenhaus für diese nicht erfolgende Versorgung auch kein Geld. So kommt es zu dem Problem, dass Krankenhäuser notleidend werden, weil sie mit der aktuellen Finanzierung über das DRG-System einfach nicht weiterkommen.

Das Thema ist also sehr vielfältig. Deshalb tut es, glaube ich, uns allen gut, wenn wir an dieser Stelle zusammenarbeiten und darüber nachdenken, welche guten Möglichkeiten auch im Sinne der Steuerzahler, aber auch der Versorgung bestehen. Uns allen ist daran gelegen. Wir arbeiten immer daran. Ich hoffe, dass wir dabei einen guten Weg finden.

MDgt Hartrich (LRH): Ich habe mich noch einmal vergewissert: Bei den 11,8 Millionen Euro geht es tatsächlich um Landesmittel für die Förderung. Deshalb schauen wir auch so genau hin.

Ich gebe Ihnen recht: Das ist ein sehr diffiziles Thema mit sehr vielen Facetten. Wir sagen nur: Aus unserer Sicht wäre es gut, wenn man eine fundierte Grundlage hat, auf der man arbeitet. Wir können halt nicht nachvollziehen, dass die Planbettenquote nicht erhoben wird. Darum geht es. Wir sagen nicht, dass dies das alleinige Allheilmittel ist. Wir wissen ja auch, wir befinden uns

im Transformationsprozess. Auf der Bundesebene wird das jetzt, wie erwähnt, um ein Jahr verschoben. Ich persönlich würde meine Hand niemals dafür ins Feuer legen, zu sagen, wohin die Entwicklung genau geht. Ich meine aber, dass man valide Daten haben muss, die möglichst weit alles abdecken. Das wäre gut. Das Ministerium hat ja auch völlig zu Recht und nachvollziehbar PD mit der Begutachtung beauftragt, um von dort neue Erkenntnisse zu bekommen. Nach meiner Erinnerung wurde hier im Ausschuss, wie ich dem Protokoll entnommen habe, auch die Frage aufgeworfen, warum das Ministerium ein externes Gutachten in Auftrag gegeben hat. Die Antwort war: Um vielleicht auch noch eine andere Sichtweise zu bekommen. - Ich halte das durchaus für nachvollziehbar. Deshalb sagen wir ja nur: Wenn es Daten gibt, dann besorgt sie euch!

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie aufschlüsseln würden, wie Sie die 11,8 Millionen Euro errechnet haben. Sie haben auch erwähnt, wie Sie die Planbettenzahl usw. errechnet haben. Ich wäre Ihnen auch sehr dankbar, wenn Sie Quellen dafür angeben würden.

BD **Kischlat** (LRH): Ich versuche gerne, die Fragen anhand der Zahlen, die mir vorliegen, zu beantworten. Ansonsten werden wir detailliertere Informationen gerne nachreichen.

Wir haben aus der Haushaltsrechnung 2023 das Kapitel 0541, Titelgruppe 73 zugrunde gelegt. Darin sind die Pauschalfördermittel gemäß § 9 Abs. 3 KHG mit 128 Millionen Euro beziffert. Wir haben aus Prüfungserhebungen aus einer Liste, die uns das MS zur Pauschalförderung zur Verfügung gestellt hat, die Erkenntnis gewonnen, dass sich die Pauschalfördermittel im Jahr 2024 auf 93,063 Millionen Euro und im Jahr 2023 auf 94,255 Millionen Euro bezifferten. Daraus ergibt sich zunächst einmal der Anteil an den Gesamtpauschalfördermitteln von 77 % bzw. 73,5 %. Damit haben wir einen Anteil der Pauschalfördermittel, die anhand der Planbetten verteilt werden, von jährlich ungefähr 93 Millionen Euro zugrunde gelegt und dann über den Dreisatz mit 5 000 Planbetten die 11,8 Millionen Euro berechnet.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Ich werde mir das noch einmal in Ruhe ansehen. Sehen Sie es mir nach, dass ich das jetzt nicht so schnell nachvollziehen kann.

MDgt **Hartrich** (LRH): Wenn gewünscht, reichen wir das gerne noch schriftlich nach. Wir sind ja offen und transparent und haben damit kein Problem.¹

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Frau Prell hat schon auf die Problematik hingewiesen, dass sich die Frage stellt, ob ein Planbett, das jetzt gegebenenfalls als überzählig errechnet wird, tatsächlich nicht für die Versorgung benötigt wird. Ist bei der Berechnung der überzähligen Planbetten zum Beispiel auch eingeflossen, wie man eine wohnortnahe Geburtshilfe sicherstellt? Denn es ist schwierig, Geburten zu planen. Deshalb müssen dafür Planbetten zumindest vorgehalten werden. Sind auch solche Dinge, die man nicht planen kann, in die Berechnung mit eingeflossen? Beziehen sich die Berechnungen des Landesrechnungshofs nur auf Planbetten, die aufgrund des Fachkräftemangels nicht belegt werden können, und auf Planbetten, die aus welchen Gründen auch immer frei sind, aber nicht auf Planbetten, die man tatsächlich für nicht planbare Dinge braucht?

¹ Das Schreiben des Landesrechnungshofs vom 19.01.2026 ist dieser Niederschrift als **Anlage 1** beigelegt.

MDgt **Hartrich** (LRH): In der Sache gebe ich Ihnen erst mal recht. Geburten kann man nicht planen. Insofern ist das natürlich ein zweischneidiges Schwert, wenn man da argumentieren will.

Zu den Zahlen: Die Zahl von 5 000 Planbetten haben nicht wir im Landesrechnungshof errechnet oder ermittelt, sondern sie ergibt sich aus dem Gutachten von PD, welches das MS in Auftrag gegeben hat. Mir ist jetzt nicht in Erinnerung, ob diese Zahl auch im Rahmen der Vorstellung des Gutachtens hier im Ausschuss genannt oder erläutert worden ist. Wir können also nichts dazu sagen. Ich habe hier sozusagen nur fremdes Wissen wiedergegeben, zumal auch Minister Dr. Philippi diese Zahl aus dem Gutachten in den Medien geäußert hat.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihren Vortrag. Ich würde gerne von Ihnen wissen, in welchen Zeitabständen Sie sich mit der Anzahl der Planbetten und der Förderpauschale beschäftigt haben und wie häufig Sie beim MS entsprechende Daten abgefragt oder angefordert und nicht erhalten haben.

MDgt **Hartrich** (LRH): Die Prüfung lag vor dem Beginn meiner Tätigkeit. Da Sie aber „nicht erhalten haben“ sagen: Nach meiner Erkenntnis ist es nicht so, dass wir keine Daten vom MS erhalten haben.

BD **Kischlat** (LRH): Bei Prüfungen, die wir durchführen, fragen wir gezielt Daten beim MS ab. Diese bekommen wir immer. Wir machen aber keine Abfrage für gesamt Niedersachsen, weil das die vorherigen Prüfungen nicht zum Inhalt hatten. Die von Herrn Hartrich vorhin genannten Auslastungszahlen von unter 55 % und nahe 80 % stammen aus einer Prüfung in einem bestimmten Versorgungsgebiet.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Habe ich es richtig verstanden, dass das PD-Gutachten erstmalig die Grundlage dafür geschaffen hat, dass Sie als Landesrechnungshof an dieser Stelle tätig geworden sind, weil Sie gesehen haben, dass sich die Streuung der Pauschalen nicht mit der Auslastung deckt und daher Handlungsbedarf beim MS besteht, oder gab es schon vorher Berechnungen ohne ein Gutachten?

MDgt **Hartrich** (LRH): Dieses PD-Gutachten hat mit Prüfungen seitens des Landesrechnungshofs nichts zu tun. Es ist unabhängig vom Ministerium in Auftrag gegeben worden. Wir haben unter anderem diese Zahl 5 000 aus dem PD-Gutachten entnommen. Wir haben sie natürlich mit Interesse wahrgenommen, weil wir dazu kein entsprechendes Datenmaterial aus Prüfungen hatten. Wir hatten, wie Herr Kischlat ausgeführt hat, aus anderen Prüfungen diese Streubreite teilweise mit unter 55 % bis 80 %. Aber das ist völlig unabhängig voneinander und hat mit dem Gutachten nichts zu tun.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Ich habe noch einmal in dem Zitat nachgesehen, in dem der Minister davon spricht, dass es in Niedersachsen 5 000 Krankenhausbetten zu viel gebe. In der *dpa*-Meldung spricht er davon: Wir sind angehalten - mit „wir“ kann in diesem Fall eigentlich nur das Land Niedersachsen bzw. das Ministerium gemeint sein -, Betten zu reduzieren. - Weiter heißt es dort: „Wir haben in Niedersachsen ungefähr 5 000 Betten zu viel.“ Er spricht dann auch von Zentralkliniken wie dem Heidekreis-Klinikum usw., für die wir uns ja auch auf den Weg gemacht haben.

Welche Möglichkeiten sehen Sie für das Ministerium, Einfluss auf die Anzahl der Betten im Land zu nehmen, wenn nicht über den Krankenhausplan? Sehen Sie dafür eine andere Möglichkeit?

Der Minister lässt sich ja im Dezember so zitieren, dass wir dazu angehalten sind, Betten zu reduzieren. Gibt es dafür einen Weg? Dann kann man natürlich sagen: Na gut, wenn das MS diesen Weg geht, die Betten zu reduzieren, dann gehe ich da natürlich mit. - Wenn das aber das Instrument ist, über das wir hier gerade reden, dann lässt er natürlich zu Recht die Frage offen, warum er nicht genau dieses Instrument nutzt.

MDgt **Hartrich** (LRH): Wir haben jetzt nicht plötzlich eine ganz neue Lösung für ein Problem, sondern wir sagen: Die Krankenhausplanung ist das richtige Instrument. Nur, man muss für dieses Instrument die entsprechenden Daten haben, um dann auf dieser Grundlage entscheiden zu können. Deshalb sagen wir: Das MS soll sich durch die Fortschreibung die entsprechenden Daten beschaffen. Andere Wege sehen auch wir nicht. Wir sind im Rechnungshof auch nicht das bessere Ministerium, sondern wir schauen uns das an und sagen nur, was wir unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für effektiv halten würden. Die Krankenhausplanung ist das A und O.

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

Tagesordnungspunkt 2:

Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Auswirkungen der Krankenhausreform auf den niedersächsischen Krankenhausplan und die Pauschalmittelförderung

Unterrichtung

MR'in **Stary** (MS): Der Landesrechnungshof hat mit Datum vom 8. Mai 2025 ein Positionspapier mit dem Titel „Transformationspfad konsequent beschreiten - Potenziale und Chancen der Krankenhausreform für Niedersachsen nutzen“ erstellt. Das Positionspapier wurde im Sozialausschuss bereits am 12. Juni 2025 behandelt. Die Landesregierung hat am 21. August 2025 hierzu berichtet und ihre Auffassung dazu detailliert dargelegt. Diese Darlegungen haben weiterhin Bestand und haben einen Teil der Fragen, die hier im Ausschuss gestellt worden sind, bereits beantwortet.

Ich möchte gerne einen Überblick über die Auswirkungen der Krankenhausreform auf Bundesebene auf den niedersächsischen Krankenhausplan und die Pauschalmittelförderung in Niedersachsen geben.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und das Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) legen mit der dazugehörigen Anlage 1 die grundsätzlich für die Erbringung der Leistungsgruppen zu erfüllenden personellen, strukturellen und apparativen Anforderungen und Voraussetzungen fest. Mit der Zuweisung von 61 vereinbarten Leistungsgruppen erfolgt damit planerisch für die Länder eine Abkehr vom bisherigen System der Festlegung von Fachabteilungen und Planbetten pro Krankenhaus.

Die Weiterentwicklung dieser 61 Leistungsgruppen erfolgt durch den beim Bundesministerium angesiedelten Leistungsgruppen-Ausschuss, der Empfehlungen für eine bundeseinheitliche, qualitätsgesicherte Versorgung erarbeitet.

Bereits mit der Einführung der Diagnosis Related Groups, der DRGs, wurde ab 2003 die Betriebskostenfinanzierung über ein pauschaliertes Entgeltsystem abgebildet, welches die Vergütung der einzelnen Krankenhausleistung abgekoppelt vom Planbettenbestand durch die bestehenden Fallwerte und eine gezielte Verweildauersteuerung vorsieht.

In einem weiteren Schritt hat der Bundesgesetzgeber 2020 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz als weitere Pauschale das Pflegebudget eingeführt, um die vollständige Finanzierung des Pflegepersonals an den Krankenhausstandorten sicherzustellen.

Mit den neuen gesetzlichen Anpassungen durch das KHVVG und KHAG wird darüber hinaus die Vorhaltevergütung etabliert, die unabhängig von der Fallzahl und Bettenzahl rund 60 % der Betriebskosten abdeckt. Daneben bleiben das Pflegebudget und eine sogenannte Rumpf-DRG als Finanzierungskomponenten bestehen. Ziel der Reform ist die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung und die Stärkung der Behandlungsqualität durch verbindliche Qualitätskriterien.

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird zukünftig differenziert mit der Zuweisung der möglichen 61 Leistungsgruppen festgelegt. Dies ermöglicht es den Ländern, planerisch auf Fehl-

anreize Einfluss zu nehmen und Krankenhäusern abgestuft einfache und komplexe Leistungen innerhalb einer Fachabteilung zuzuweisen. Eine konkrete Steuerung von Leistungsbereichen, zum Beispiel bei Über- und Unterversorgung, wird damit möglich. Die Landesregierung sieht darin eine große Chance für Niedersachsen, eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur im Krankenhaussektor zu schaffen.

Die bundesweite Krankenhausreform, die durch das KHVVG eingeleitet wurde, erfordert zahlreiche Anpassungen im niedersächsischen Landesrecht. Diese sollen schrittweise im Rahmen mehrerer Novellierungen in das Niedersächsische Krankenhausgesetz (NKHG) integriert werden.

Ein wesentlicher Aspekt betrifft das Antragsverfahren der Krankenhäuser zur Zuweisung von Leistungsgruppen. Die hierfür erforderliche gesetzliche Grundlage wurde bereits durch die erste Änderung des NKHG geschaffen.

Das Land Niedersachsen kann von der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch machen, zusätzlich zur verpflichtenden Zuweisung von Leistungsgruppen auch Planfallzahlen festzulegen. Diese stellen ein optionales Steuerungsinstrument dar, das zur bedarfsgerechten Verteilung von Leistungen und zur Bemessung des Vorhaltevolumens herangezogen werden kann. Die Entscheidung über die Anwendung dieser Option erfolgt auf der Grundlage der landesspezifischen Versorgungsziele und wird im Rahmen der Krankenhausplanung getroffen.

Die Verpflichtung zur Aufstellung eines niedersächsischen Krankenhausplans sowie dessen regelmäßige Fortschreibung unter Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs ist ebenfalls im NKHG verankert. Ziel sind die Entwicklung und Sicherung einer zukunftsfähigen Krankenhausstruktur auf Basis einer Krankenhauszielplanung, einer Bedarfsanalyse und einer Krankenhausanalyse. Diese ist wiederum ein dynamischer Prozess. In der Vergangenheit wurde eine auslastungsbasierte Fortschreibung der Planbetten im Niedersächsischen Krankenhausplan durchgeführt. Zukünftig ist die Auslastung der zugewiesenen Leistungsgruppen regelmäßig zu überprüfen. Auf der Grundlage der tatsächlichen Inanspruchnahme sowie des fortgeschriebenen Versorgungsbedarfs erfolgen bei Bedarf entsprechende Anpassungen der Versorgungsaufträge.

Der Krankenhausplan enthält zukünftig die Darstellung des gesamten Antrags- und Planungsverfahrens für die somatischen Krankenhäuser mit den Leistungsgruppen. Die Grundlagen für die Bedarfsermittlung werden detailliert dargestellt. Diese basieren zum einen auf dem Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen und zum anderen auf der Bedarfsprognose.

Die Bedarfsprognose dient der Ermittlung des zukünftigen stationären Versorgungsbedarfs und bildet eine zentrale Grundlage für die Einschätzung der künftig erforderlichen Bettenkapazitäten. Sie stellt damit ein wesentliches Instrument für die strategische Krankenhauszielplanung dar und unterstützt die Ausrichtung der Krankenhausstruktur auf eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und zukunftsfähige Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen.

Vor der Zuweisung der Leistungsgruppen hat die zuständige Landesplanungsbehörde gemäß § 275 a Abs. 2 SGB V den Medizinischen Dienst mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen. Dieses Gutachten dient der Prüfung, ob die vom Krankenhaus beantragte Leistungsgruppe unter Berücksichtigung der in § 135 e SGB V definierten Qualitätskriterien am jeweiligen Stand-

ort dauerhaft erfüllt werden kann. Das Gutachten stellt eine zentrale Grundlage für die weitere Entscheidungsfindung der Landesplanungsbehörde im Rahmen der Krankenhausplanung dar.

Somatische Krankenhäuser erhalten zukünftig für jede zugewiesene Leistungsgruppe einen eigenständigen Feststellungsbescheid. Darüber hinaus wird in einem separaten Bescheid die Zuweisung leistungsgruppenunabhängiger Versorgungsaufträge festgestellt. Die Bescheide werden standortbezogen und nicht krankenhausbefugten erlassen.

Die Feststellungsbescheide enthalten neben der Leistungsgruppenzuweisung auch Angaben zur Gültigkeitsdauer, zu etwaigen Auflagen sowie zu den Voraussetzungen für eine Fortschreibung oder Anpassung. Sie sind damit ein zentrales Instrument zur Steuerung der Krankenhausstruktur und zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsorientierten Versorgung.

Mit dem Erlass eines Feststellungsbescheids wird zugleich die Grundlage für die Investitionsförderung im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung geschaffen.

Da einige bisher noch nicht geänderte Vorschriften auf Bundesebene insbesondere in der Investitionskosten- oder Schließungsförderung noch auf Planbetten abstellen, wird es künftig eine nachrichtliche Ausweisung von Planbetten geben. Allerdings wird diese aller Voraussicht nach nicht auf den bisherigen Berechnungen beruhen und sich auch nicht auf die bisherigen Fachabteilungen beziehen, sondern konkret bezogen auf die Leistungsgruppen erfolgen.

Die Bettennutzungsgrade werden zukünftig lediglich bei den Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin eine Rolle spielen. Hier beplant der Krankenhausplan weiterhin vollstationäre Betten und teilstationäre Behandlungsplätze.

Das Land Niedersachsen hat in dem ihm obliegenden Finanzierungsbereich der Investitionskostenförderung in 2025 insgesamt 305 Millionen Euro für Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Neben den regulären Investitionsmitteln für bauliche Maßnahmen erhält jedes Krankenhaus Pauschalfördermittel - in Niedersachsen sind es ca. 120 Millionen Euro im Jahr - für die Beschaffung kurzfristiger Anlagengüter, das heißt für medizinisch-technische Ausstattung und IT-Ausstattung. Es handelt sich dabei um Geräte und Infrastruktur unabhängig davon, wie viele Betten aufgestellt sind, betrieben werden oder beplant sind, also um Geräte, die für die Versorgung benötigt werden und natürlich für die Patienten relevant sind. Die Kosten für den Betrieb eines CT entstehen natürlich unabhängig davon, ob man 1 000 oder 1 500 Patientinnen und Patienten behandelt.

Gemäß den derzeitigen Regelungen nutzt das Land für die Verteilung der Pauschalfördermittel auf die einzelnen Krankenhäuser unter anderem die Planbettenzahl als Bezugsgröße. Die Pauschalförderung besteht dabei aus einer Grundpauschale, einer Leistungspauschale und einem Zuschlag für Ausbildungsstätten. Die Bezugsgröße Planbetten wird dabei lediglich für die Verteilung der Grundpauschale genutzt. Diese Aufteilung gibt das Bundesrecht in § 9 Abs. 3 Satz 2 KHG vor. Danach sollen sich die Pauschalbeträge nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen. Der Bundesgesetzgeber gibt damit die Berechnungsgrundlage für die Pauschalförderung vor, die nur zum Teil die Planbetten sind. Dem folgt die Landesgesetzgebung der Pauschalförderung mit dem § 11 NKHG und der NKHG-Förderverordnung.

Mittelfristig ist angedacht, die Pauschalförderung an das Leistungsgruppensystem anzupassen und auf eine Verteilung mit neuen Bezugsgrößen umzustellen. Das kann aber erst dann realisiert werden, nachdem die Umstellung auf das neue System der Leistungsgruppen abgeschlossen ist und sich dieses rechtssicher etabliert hat.

Um die Pauschalförderung bis zum Abschluss der Übergangphase rechtssicher berechnen zu können, ist eine nachrichtliche Ausweisung von Planbetten in den Feststellungsbescheiden weiter zwingend erforderlich.

Ich möchte an dieser Stelle auch auf das Thema „5 000 Betten zu viel“ eingehen. Wir haben gerade unter TOP 1 gehört, dass es insbesondere um das Thema Standortbestimmung geht. Das heißt: Wo wollen wir mit unserer Krankenhauszielplanung hin? Das Gutachten, das wir dazu durch PD haben erstellen lassen, gibt uns genau an dieser Stelle Anhaltspunkte, weist auf unsere Standortbestimmung hin und zeigt auf, wo wir Optimierungspotenzial haben. Das ist aber kein Prozess, der sofort stattgefunden hat, sondern ein Prozess, der stattfinden wird, beispielsweise durch entsprechende Zuweisungen von Leistungsgruppen, sodass Leistungsgruppen an bestimmten Krankenhäusern dann nicht mehr erbracht werden, oder beispielsweise durch strukturelle Zusammenlegungen von Krankenhäusern, die aber natürlich auch einen Prozess nach sich ziehen, der etwa fünf, sechs oder sieben Jahre Bauzeit bedeutet, bis man Strukturen, die man aktuell hat, dann auch auf die neuen bedarfsgerechten Strukturen anpassen kann. Das ist also ein Gutachten, das eine Prognose beinhaltet, das Handlungsempfehlungen für die Zukunft für die bedarfsgerechte Versorgung in Niedersachsen gibt und uns Handlungsempfehlungen gibt, wie wir hier unsere Versorgung aufstellen können. Daran werden wir auch entsprechend arbeiten.

Aussprache

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Daraus ergeben sich für mich einige Fragen. Wir haben unter dem vorherigen Tagesordnungspunkt vom Landesrechnungshof gehört, dass das Land sozusagen ohne Kompass fördert, weil es die Planbettenquote nicht anfasst. Sie sprechen jetzt auch viel von Betriebskostenförderung und all dem, was am Tag X nach dem Inkrafttreten des KHVG passiert. Hier geht es aber konkret, wenn ich es richtig verstehe - Sie können mich gerne korrigieren -, um die Pauschalförderung nach § 9 und vor allem § 11 NKG. Das MS hat angekündigt, den Krankenhausplan anzupassen. Das ist aber nicht geschehen. Das ist ja einer der Widersprüche, auf den der Landesrechnungshof hingewiesen hat. Können Sie erklären, weshalb das MS mal das Ziel postuliert hat, das anzugehen, aber das dann nicht umgesetzt hat?

Damit verbunden stellt sich die Frage - denn ich ahne ja schon die Antwort -: Mit welchem Aufwand ist es eigentlich verbunden, dem nachzukommen, was der Landesrechnungshof vom Ministerium einfordert, um beurteilen zu können, ob das Ministerium damit vielleicht völlig überfordert würde?

Ich habe unter dem TOP 1 bereits die Frage aufgeworfen, welche Möglichkeiten eigentlich zur Zielerreichung genutzt werden, wenn der Minister davon spricht, dass es in Niedersachsen 5 000 Krankenhausbetten zu viel gibt. Ich verstehe Sie jetzt so: Der Minister will das erreichen, indem er die Leistungsgruppen entsprechend zuweist und dadurch eine Reduzierung der Betten erreicht. Warum lässt er dieses Instrument, das er hat, von dem wir eben gesprochen haben, ei-

gentlich links liegen und nutzt es nicht? Ich verweise noch einmal auf das Zitat: Wir sind angehalten, Betten zu reduzieren. - Mit „wir“ kann in diesem Fall, wie gesagt, eigentlich nur das Land Niedersachsen bzw. das Ministerium gemeint sein, nicht aber Dritte, von denen man will, dass sie gerne reduzieren; das werden die ja nicht machen.

Sie haben deutlich gemacht, dass die Frage, wie viel Geld man vom Bund bekommt, wenn man bestimmte Krankenhäuser oder Abteilungen schließt, auch ein Punkt ist, der mit Planbettenzahlen zusammenhängt. Man wird also nach der Bettenzahl gefördert, die man abbaut. Ist das einer der Gründe dafür - die ja nachzuvollziehen wären -, dass man die Planbettenzahlen nicht anfasst, weil man sonst Gefahr läuft, dass man, wenn man bestimmte Krankenhäuser oder Abteilungen schließt, diese Planbetten nicht mehr vorweisen kann: „So und so viele machen wir zu, die hätten wir gerne gefördert!“? Diese Frage drängt sich jetzt geradezu auf.

Noch einmal ein Blick ins Gesetz. Sie sprachen davon: nur pauschale Förderung. Das ist ja ohnehin Geld, das man für Anschaffungen im laufenden Betrieb zur Verfügung stellen muss. In § 11 Abs. 1 Nr. 1 NKHG ist aber für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern von einer durchschnittlichen Nutzungsdauer - das haben Sie angeführt - von mehr als 3 und bis zu 15 Jahren die Rede. Das ist also nicht kurzfristig dafür, um den Betrieb am Laufen zu halten, sondern für 3 bis 15 Jahre. In Absatz 1 Nr. 2 ist dann geregelt: Das Geld wird für bauliche Maßnahmen verwandt. - Man baut ja nicht, wenn man weiß, dass man in drei Tagen vom Netz geht. Auch das hat nichts mit Steuerung zu tun. Sie lassen das im Prinzip laufen, wo Sie eigentlich gerade über dieses Instrument, das Sie ja hier in der Hand haben, steuern müssten. Dass das zu Kritik seitens des Landesrechnungshofs führt, kann ich sehr gut nachvollziehen. Ich teile das.

Damit ist meine abschließende Frage verbunden: Sie meinen also, das Gesetz kann man noch nicht anpassen, weil der Bund noch nicht so weit ist; der § 11 wäre aber einer der Paragraphen, den wir dann korrigieren, und es gibt heute bereits Planungen, wie der § 11 angepasst wird, damit dann der § 11 Abs. 2 Nr. 1 betreffend die Grundpauschale nach Planbetten auch gestrichen wird. Sehe ich das richtig?

MR'in **Stary** (MS): Vielen Dank für Ihre Fragen. An dieser Stelle ein kleiner Exkurs in die Investitionsförderung: Die Investitionsförderung teilt sich auf in die Förderung baulicher Strukturen nach § 9 Abs. 1 KHG und in die pauschale Förderung nach § 9 Abs. 3 KHG, die in den Bundesländern sehr unterschiedlich organisiert ist. Es gibt zum Beispiel Länder, die die Pauschalförderung als leistungsbezogene Pauschalen verteilen und dafür beispielsweise keine Planbetten mehr nutzen. Mit der bundespolitischen Anpassung auf die Leistungsgruppen und der völligen Abkehr von Fachabteilungen und Planbetten ist das der Weg, den wir zukünftig an dieser Stelle gehen müssen.

Aktuell gibt es in dem § 9 Abs. 3 KHG den Hinweis, dass noch nach Planbetten bemessen werden muss. Das heißt, wir brauchen auch eine gesetzliche Änderung, sodass nicht mehr darauf verwiesen wird und wir die Pauschalfördermittel ausschließlich leistungsbezogen verteilen können.

Wir fördern an dieser Stelle natürlich nicht ohne Kompass. Aktuell nutzen wir die Planbetten noch für die Pauschalförderung, so wie es im NKHG vorgesehen ist. Dennoch muss man dabei auch feststellen, dass es sich bei der pauschalen Förderung auch um Förderungen von Investitionen handelt, die langfristig in den Krankenhäusern genutzt werden. Das heißt, kurzfristige Veränderungen oder auch Veränderungen in Bezug auf die Auslastung von Planbetten haben nicht

unbedingt etwas damit zu tun, dass die Mittel im Rahmen der pauschalen Förderung vor Ort nicht benötigt werden. Das möchte ich an dieser Stelle noch einmal klarstellen. Die 120 Millionen Euro sind sicherlich kein Betrag, der die Krankenhäuser überbordend bevorteilt und zu einer überdurchschnittlich guten Ausstattung führt, sondern diese Mittel sind bedarfsgerecht und für die Zukunft sicherlich auch noch einmal anzuheben, um die Krankenhäuser entsprechend auszustatten.

Die Verteilung, die wir aktuell vornehmen, erfolgt, auch wenn es an bestimmten Stellen möglicherweise zu viele Planbetten gibt, dennoch gleichmäßig auf die Krankenhäuser entsprechend ihrer Größe und entsprechend ihrem Bedarf. Eine Anpassung des NKHG auf eine neue Förderung, auf einen neuen Verteilungsschlüssel ist dann sinnvoll, wenn wir ein verlässliches System haben, nach dem wir die Leistungsgruppen neu verteilen und die Förderung daran anpassen, um damit die Förderung bedarfsgerecht für die Zukunft aufzustellen.

Eine interimswise Anpassung in Bezug auf die Betten würde bedeuten, dass wir das NKHG anpassen müssen, dass wir die Förderverordnung anpassen müssen und dass wir natürlich auch ein System entwickeln müssen, wie wir zukünftig die Förderung so verteilen, dass keines der Krankenhäuser in irgendeiner Weise Nachteile daraus erfährt. Wir können uns sehr gut daran erinnern, dass dann, wenn wir die Förderung anpassen, auch immer die Förderung erhoben wird, dass keinem der Häuser dadurch Verluste entstehen sollen. Das müssen wir an dieser Stelle definitiv vermeiden.

Das ist von daher ein längerer Prozess. Wir haben gesagt, dass wir davon Abstand nehmen, jetzt interimswise einen Prozess durchzuführen und dann noch einmal auf ein völlig neues Konzept umzustellen, um auch die Krankenhäuser an dieser Stelle nicht zu belasten. Denn es stellt nicht nur für die Landesregierung einen belastenden Prozess dar, sondern natürlich auch für die Kommunen und die Krankenhäuser, die besonders betroffen sind, wenn möglicherweise Einschnitte bei der Förderung erfolgen, weil wir Anpassungen vornehmen. Wir wollen diesen Schritt jetzt erst einmal aufschieben und dann eine Anpassung an die Förderungsmöglichkeiten mit den Leistungsgruppen vornehmen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Aus meiner Sicht würde es nicht funktionieren, mit dem einfachen Dreisatz zu rechnen; denn die 5 000 Planbetten sind ja nicht an einem Ort konzentriert, sondern verteilen sich auf die Krankenhäuser in Niedersachsen. Ich will das Ministerium nicht mit einer Gegenrechnung strapazieren. Aber wenn eine Zahl wie die 11,8 Millionen Euro in den Raum geworfen wird, dann kann man damit immer sehr leicht argumentieren, dass man an dieser Stelle sparen kann. Aber ich fände es schon wichtig, zu wissen, dass wir das Geld an dieser Stelle sorgsam ausgeben. Mir ist auch bekannt, dass die Investitionsförderung häufig gar nicht ausreicht und viele Krankenhausträger selbst zusätzlich Mittel für kleine bauliche Maßnahmen aufwenden.

Nach Ihren Ausführungen habe ich, wie gesagt, Zweifel, ob man das einfach mit dem Dreisatz berechnen kann. Hat das Ministerium sich aber schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie die Situation wäre, wenn es diese 5 000 rechnerischen Krankenhausbetten nicht gäbe? Wären dann trotzdem Investitionsmittel über die Pauschalförderung geflossen, die ja zum Teil auch von Patientenzahlen usw. abhängen?

MR'in **Stary** (MS): Wenn wir bei der Grundpauschale und Leistungspauschale für alle Krankenhäuser in Niedersachsen auf einen geringeren Bettenbestand, also durchweg auf die Zahl der aufgestellten Betten in den Krankenhäusern in Niedersachsen abstellen würden - ich muss an dieser Stelle auch darauf hinweisen, dass zwischen der Planbettenzahl und der Zahl der aufgestellten Betten, die betrieben werden können, ein Unterschied besteht - und die Summe darüber hinausgehend für die leistungsbezogene Pauschale nutzen würden, dann würde es, glaube ich, für die Krankenhäuser kaum einen Unterschied machen, welchen Verteilungsschlüssel man für die Verteilung nutzt. Das Gesetz und die Verordnung schreiben jedoch vor, wie wir diese Mittel zu verteilen haben. Jetzt Anpassungen im Vorgriff auf die Reform vorzunehmen, würde jedoch im Hinblick auf die im Weiteren anstehenden Anpassungsnotwendigkeiten einen Aufwand darstellen und sicherlich auch nicht zu sehr vielen Veränderungen führen.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Meine Frage hat im Grunde genommen bereits Frau Schüßler gestellt, nämlich ob die Berechnung des Landesrechnungshofs nicht zu unterkomplex ist, bei der Pauschalförderung mit dem Dreisatz die 5 000 Betten herauszurechnen. Denn zu den Anlagegütern zählt zum Beispiel auch ein teures CT, dessen Kosten gleich bleiben unabhängig davon, ob es dort wenig oder viele Betten gibt. Im Prinzip haben Sie das aber schon beantwortet.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Mich würde interessieren, wie viele Schließungen kompletter Krankenhäuser in Niedersachsen sich ergeben würden, wenn man, wie der Minister gesagt hat, davon ausgeht, dass es in Niedersachsen 5 000 Planbetten zu viel gibt, und wie viele Abteilungen nach den Berechnungen des Ministeriums von einer Schließung betroffen wären. Welche Auswirkungen hätte das auch auf die Ausbildungsstätten in Niedersachsen für die praktische Ausbildung?

MR'in **Stary** (MS): Die 5 000 Betten sind, wie erwähnt, eine rechnerische Größe aus dem Gutachten, die sich daraus ergibt, wenn man auch die Bevölkerungsentwicklung und unser Zukunftszielbild für eine bedarfsgerechte Versorgung mit einbezieht. Insofern kann man jetzt nicht genau sagen, dass es an einem bestimmten Standort 100 Betten zu viel gibt, die in diesen 5 000 Betten mit enthalten sind, sondern dahinter stehen verschiedene Maßnahmen, beispielsweise auch Berechnungen zur Erreichbarkeit und zum zukünftigen Bedarf an bestimmten Leistungen entsprechend der Bevölkerungsentwicklung. Daher kann man auch nicht vorhersagen, wie viele Standortschließungen sich daraus ergeben. Insbesondere durch die Leistungsgruppenzuweisung wird sich ja auch das Leistungsportfolio einiger Krankenhäuser dezidiert verändern und auch neu entwickeln. Möglicherweise werden auch andere Schwerpunkte in Krankenhäusern gesetzt, weil Leistungsbereiche wegfallen. Das heißt, es wird eine Spezialisierung stattfinden, und es werden sich Krankenhäuser auch dahin entwickeln, dass sie eher ein allgemeines Leistungsspektrum anbieten. Wie viele Abteilungen sich dann aufgrund dessen nicht mehr an den Standorten wiederfinden werden, wird sich auch im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung ergeben. Wir haben insgesamt 2 164 Leistungsgruppenanträge bekommen. Wir prüfen aktuell, wer die Qualitätskriterien erfüllt, wer personell entsprechend aufgestellt ist, wer überhaupt die Vorgaben für die Leistungsgruppen erfüllen und Leistungsgruppen zugewiesen bekommen kann. Das ist ein Prozess, der gemeinsam mit dem Planungsausschuss und mit dem Medizinischen Dienst erfolgt, weil der Medizinische Dienst auch den jeweiligen Leistungsgruppenantrag darauf hin prüft, ob das Krankenhaus die Voraussetzungen erfüllt. Daher ist aktuell noch keine Aussage dazu möglich, welchem Krankenhaus zukünftig welche Leistungsgruppe zugewiesen wird und was das zukünftig für die Fachabteilungen an den unterschiedlichen Standorten bedeuten wird. Diese kom-

plexe Fragestellung kann aktuell nicht beantwortet werden. Das kann man dann sicherlich in der Rückschau machen. Wenn man zum 1. Januar 2028 die Leistungsgruppenzuweisungen vorgenommen hat, kann man sagen, welche Krankenhäuser zukünftig welche Leistungsgruppen haben und wie sich das Versorgungsportfolio im Vergleich zur Vergangenheit darstellt. Ich muss aber auch dazu sagen: Wir weisen 61 Leistungsgruppen zu. Es gibt auch 13 Fachabteilungen. Dann muss man auch absichten, welche Leistungsgruppe in welche Fachabteilung gehört. Wahrscheinlich werden Fachabteilungen gar nicht wegfallen, sondern es werden beispielsweise nur Leistungsanteile bestimmter Fachabteilungen wegfallen. Möglicherweise werden zum Beispiel komplexe gastroenterologische Leistungen nicht mehr überall in der Inneren Medizin stattfinden können. Dennoch bleibt die Fachabteilung Innere Medizin und Gastroenterologie möglicherweise erhalten, weil dort die leichteren Fälle behandelt werden.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Verstehe ich Sie richtig: Minister Philippi hat in der Presse verkündet, dass es in Niedersachsen 5 000 Krankenhausbetten zu viel gibt, aber er weiß nicht, wo diese sind und welche Auswirkungen das zum Beispiel auf die Ausbildungslandschaft hat?

MR'in **Stary** (MS): Das ist, wie gesagt, eine Prognose und eine Aussage darüber, dass es über ganz Niedersachsen hinweg 5 000 Betten zu viel gibt, weil sich der Bedarf in der Zukunft so entwickeln wird, dass wir diese Überkapazitäten in der Zukunft abbauen und Betten zentralisieren können. Inwiefern sich dann dadurch Bettenreduktionen einstellen werden, wird sich zeigen je nachdem, wie sich die Patientenprozesse und Versorgungsprozesse an den Krankenhäusern gestalten. Es gibt jetzt bereits verschiedene Aktivitäten und Planungen zur Zusammenlegung von Krankenhäusern und zum Abbau von Betten. Natürlich wissen wir, wo an bestimmten Stellen Betten abzubauen sind und wo Überkapazitäten bestehen. Das werden wir auch gezielt angehen. Aber es gibt jetzt keine Aufstellung, wie sich die 5 000 Betten auf bestimmte Regionen und auf dieses oder jenes Krankenhaus aufteilen und welches Krankenhaus es in der Zukunft nicht mehr geben wird.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Diese Ausführungen seitens der Landesregierung sind ja eine Replik auf die Darlegungen des Landesrechnungshofs unter TOP 1. Insofern werden wir auch hören, was der Landesrechnungshof darauf erwidern wird. Das wird sich sicherlich auch im Bericht des Landesrechnungshofs wiederfinden und dann im Unterausschuss „Prüfung der Haushaltsrechnungen“, dem ich auch fünf Jahre angehört habe, thematisiert werden. Auf diese Diskussion bin ich schon gespannt.

Zugegebenermaßen reden wir bei der vom Landesrechnungshof angeführten Fehlsteuerung von rund 12 Millionen Euro vor dem Hintergrund des Gesamtvolumens über einen überschaubaren Rahmen. Sie sprachen auch von dem Aufwand, den das zusätzlich für die Häuser bedeutet. Ich interpretiere Ihre Ausführungen so: Das lohnt letzten Endes nicht und ist nicht *das* Steuerungsinstrument der Wahl, sondern Sie gehen andere Steuerungsinstrumente an, die später für Bettenreduktionen sorgen. Deswegen haben Sie den größeren Rahmen gewählt und sich nicht nur auf die Investitionspauschalen berufen. Da gehe ich mit. Wir sind aber schon auf die Erwiderung des Landesrechnungshofs auf diese Ausführungen gespannt.

Die Krankenhäuser warten allerdings dringend auf eine Steuerung, weil viele sozusagen am existenziellen Limit sind und gerade im Begriff sind, kaputt zu gehen. Das ist uns allen bewusst. Dass es auch Fehlsteuerungen gibt, dass Krankenhäuser möglicherweise zwei, drei Jahre zu lange am Netz sind und letzten Endes doch nicht überleben und bzw. oder dass Krankenhäuser, die wir

später in der Struktur dringend benötigen würden, vom Netz gehen, worüber wir uns dann ärgern werden - das sind Dinge, auf die wir gerade zulaufen. Deswegen lautet der Appell des Landesrechnungshofs, von anderen und auch von uns, endlich als Land zu steuern und zu sagen, was wo gebraucht wird. Dass das Ministerium diesen Mut nicht aufbringt, sondern nur postuliert: „5 000 Betten müssen weg, und wir müssen steuern!“, aber am Ende des Tages nichts macht, ist ein Vorwurf, den man dieser Landesregierung aus meiner Sicht durchaus machen darf. Insofern schließe ich mich dem Landesrechnungshof an. Diese Auffassung müssen Sie aus der Sicht der Landesregierung nicht teilen. Das ist logisch. Dazu gibt es gleich bestimmt auch eine Gegenrede. Diese Feststellung muss heute aber getroffen werden.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Ich möchte jetzt keine Frage mehr stellen, sondern nur auf die Ausführungen von Herrn Holsten eingehen und deutlich machen, was für mich die Quintessenz aus dieser Diskussion ist. Der Landesrechnungshof kritisiert, finde ich, zu Recht - das ist ja auch seine Aufgabe -, dass es zu viele Planbetten gibt und dass das immer unnötige Kosten verursacht.

Ich ziehe aber vor allen Dingen zwei Schlussfolgerungen daraus: Zum einen muss die Krankenhausreform seitens des Bundes jetzt wirklich kommen. Da muss jetzt Tempo aufgenommen werden. Wir sollten auch nicht müde werden, das so an den Bund zu adressieren. Ich finde, dass unser Gesundheitsminister und das gesamte Ministerium da wirklich einen sehr guten Job machen, immer sehr ausführlich und sehr schlagkräftig die Interessen des Landes Niedersachsen und der hier befindlichen Kliniken und Gesundheitseinrichtungen vertreten und auch versuchen, sozusagen Druck und Dampf zu machen.

Zum anderen zeigt die gesamte Debatte, dass im Zuge der Zuordnung der Leistungsgruppen eine Neusortierung stattfinden wird. Dann wird es auch dazu kommen, dass es in Teilen weniger Betten gibt, dass manche Bereiche umstrukturiert werden, verlagert werden usw. Wir alle kennen ja diese Diskussion. Dann wird es zwangsläufig auch zu einer Reduzierung von Planbetten kommen. Wenn wir das irgendwann oder, besser gesagt, hoffentlich bald umgesetzt haben werden, wird sicherlich ein weiteres Gutachten zeigen, wo man noch nachsteuern muss oder wie viele Betten wir dann tatsächlich noch übrig haben.

Nach meinen persönlichen Kenntnissen von Kliniken ist es aber, glaube ich, auch angezeigt, zu prüfen, wo man selbst Steuerungsmöglichkeiten hat. Das ist aus meiner Sicht der zweite Strang in dieser ganzen Diskussion.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Manche Diskussionen hätten wir nicht, wenn der Bund an einigen Stellen etwas schneller gewesen wäre. - Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 3:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesundheitsfachberufegesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung - Drs. 19/8644

erste Beratung: 76. Plenarsitzung am 18.11.2025

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

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

zuletzt behandelt: 76. Sitzung am 27.11.2025

*Beratungsgrundlage: **Vorlage 1***

Fortsetzung der Beratung

ParlR'in **Brüggeshemke** (GBD) trägt die mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung abgestimmten Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu dem Gesetzentwurf vor und begründet diese im Sinne der Anmerkungen in der **Vorlage 1**. Darauf wird verwiesen.

Zu **§ 12 Abs. 3** unter Nr. 1 des Gesetzentwurfs merkt die Vertreterin des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes ergänzend an, die Abberufung einer Ombudsperson könne nur aus wichtigem Grund vorgenommen werden. Die rechtlichen Hürden dafür seien relativ hoch. Zudem sei die Amtszeit einer Ombudsperson nicht festgesetzt. Insofern könne eine Ombudsperson nicht ohne Weiteres abberufen werden, um sie etwa einfach durch eine andere Ombudsperson ersetzen zu können. Die Zahl der Ombudspersonen sei allerdings nicht begrenzt; das Fachministerium wolle daher an der Regelung festhalten und habe darauf verwiesen, dass gegebenenfalls weitere Ombudspersonen bestellt werden könnten. Da einer Ombudsperson nur dann eine Vergütung gewährt werde, wenn diese tatsächlich tätig werde, entstünden in einem solchen Fall auch keine zusätzlichen Kosten.

Ferner bittet die Vertreterin des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes darum, in dem Formulierungsvorschlag zu **Absatz 8** in **Satz 4** „Artikel 17“ durch „§ 17“ zu ersetzen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) dankt dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst für die intensive Prüfung und Bearbeitung des Gesetzentwurfs. Sie spricht sich dafür aus, die Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu übernehmen. - Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) äußert sich im gleichen Sinne.

Abg. **Delia Klages** (AfD) nimmt Bezug auf die Regelung in **Absatz 2 Satz 4** des § 12, nach der mindestens die Hälfte der Ombudspersonen Frauen und mindestens eine Ombudsperson ein Mann sein solle, und den ergänzenden Hinweis des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass die Amtszeit einer Ombudsperson zeitlich nicht begrenzt sei. Die Abgeordnete bittet um eine Stellungnahme des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu dieser Quotenregelung unter Berücksichtigung der Möglichkeit, dass der Geschlechtseintrag nach dem Selbstbestimmungsgesetz des Bundes geändert werden könne.

ParlR'in **Brüggeshemke** (GBD) stellt klar, dass Ombudspersonen durchaus abberufen werden könnten, nämlich aus wichtigem Grund, beispielsweise wenn es zu einem schweren Verstoß gegen Verpflichtungen aus dem Gesetz kommen sollte. Die Regelung in Satz 4 beinhalte allerdings keine feste Quote; denn dabei handele es sich um eine Sollregelung, sodass im Falle von außergewöhnlichen Gründen von der Vorgabe abgewichen werden könne. Wenn kein Mann oder keine Frau für die Position einer Ombudsperson gefunden werde, seien insofern Ausnahmen möglich.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) erklärt, dass die CDU-Fraktion an ihrem bisherigen zustimmendem Votum zu dem Gesetzentwurf festhalte und dabei davon ausgehe, dass die Änderungsvorschläge, die der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst mit dem Ministerium abgestimmt habe, auch von den betroffenen Verbänden mitgetragen würden.

Beschluss

Der federführende **Ausschuss** schließt die Beratung des Gesetzentwurfs ab. Er empfiehlt dem Landtag vorbehaltlich des Votums der mitberatenden Ausschüsse für Rechts- und Verfassungsfragen sowie für Haushalt und Finanzen, den Gesetzentwurf in der Fassung der Vorlage 1 anzunehmen.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE

Ablehnung: -

Enthaltung: AfD

Berichterstattung (schriftlicher Bericht): Abg. **Andrea Prell** (SPD)

Tagesordnungspunkt 4:

a) Krisenfest. Einsatzbereit. Zukunftssicher. - Für ein funktionsfähiges Gesundheitswesen im Ernstfall

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/8546

b) Vorbereitung der Krankenhäuser in Niedersachsen auf Zivilschutzfälle und zur Cybersicherheit

zu a: erste Beratung: 74. Plenarsitzung am 09.10.2025

federführend: AfSAGuG

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

zuletzt behandelt: 73. Sitzung am 30.10.2025

zu b: Antrag der CDU-Fraktion vom 17.09.2025 auf Unterrichtung durch die Landesregierung zur Vorbereitung der Krankenhäuser in Niedersachsen auf Zivilschutzfälle und zur Cybersicherheit (s. **Anlage 2** zu dieser Niederschrift)

Unterrichtung zu a): Krisenfest. Einsatzbereit. Zukunftssicher. - Für ein funktionsfähiges Gesundheitswesen im Ernstfall

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/8546

Herr **Dobberstein** (MS): Gerne unterrichte ich den Ausschuss zunächst zu den einzelnen Punkten des Antrags der CDU-Fraktion zu a). Die Unterrichtung zu b) werden dann meine Kolleginnen und Kollegen vom MI übernehmen.

„Der Landtag fordert die Landesregierung auf,

- 1. die Erweiterung der Kapazitäten des niedersächsischen Katastrophenschutz-Zentrallagers für eine bedarfsgerechte Vorhaltung einer adäquaten Notfallreserve an Arzneimitteln, Medizinprodukten und Versorgungsmaterial zügig vorzunehmen,“*

Mit dem Ad-hoc-Paket zur Stärkung des Katastrophenschutzes ist den unteren Katastrophenschutzbehörden aufgegeben worden, Sanitätsmittelreserven einzurichten. Diese Sanitätsmittelreserven sind für die Versorgung von ungefähr 100 Patienten kalkuliert, umfassen allerdings keine Arzneimittel.

„2. durch direkte Investitionsmittel des Landes die Cybersicherheit im Gesundheitswesen zu stärken, wodurch einheitliche IT-Sicherheitsstandards für Krankenhäuser, Praxen und Pflegeeinrichtungen eingeführt und gezielte Schulungsangebote für Mitarbeitende als Fortschreibung des Krankenhauszukunftsgesetzes zur Digitalisierung der Krankenhäuser etabliert werden.“

Krankenhäuser sind nach § 391 Abs. 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) verpflichtet, nach dem Stand der Technik angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses maßgeblich sind. Die Krankenhäuser können diese Verpflichtung

tung erfüllen, indem sie den branchenspezifischen Sicherheitsstandard für die informationstechnische Sicherheit der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus in der jeweils aktuellen Fassung anwenden, dessen Eignung vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) nach § 30 Abs. 8 des Gesetzes über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und über die Sicherheit in der Informationstechnik von Einrichtungen (BSIG) festgestellt wurde. Krankenhausträger, die als Betreiber kritischer Anlagen eingestuft wurden - das sind Krankenhäuser mit mehr als 30 000 vollstationären Fällen pro Jahr -, haben nach den §§ 30, 31 und 39 BSIG ohnehin angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zu treffen.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurden die notwendigen Investitionen zur Modernisierung der Krankenhäuser gefördert. Ein wichtiges Ziel war die Erhöhung der digitalen Reife der Krankenhäuser auch im Bereich der Informationssicherheit. Der Bund hat zu diesem Zweck den Krankenhauszukunftsfonds errichtet. Dieser umfasste ein Fördervolumen von rund 4,3 Milliarden Euro. Verwaltet wird der Krankenhauszukunftsfonds durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Für die niedersächsischen Krankenhäuser stand ein Fördervolumen von rund 406 Millionen Euro zur Verfügung, das vollständig abgerufen wurde.

Zum ambulanten Bereich: Bereits seit 2021 unterstützt die IT-Sicherheitsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dabei, entsprechende Vorkehrungen für ihre Praxen zu treffen. Sie enthält Voraussetzungen und Anforderungen für die IT-Sicherheit, die Praxen abhängig von Praxisgröße und Ausstattung erfüllen sollten und müssen. Die Richtlinie wurde im Einvernehmen mit dem BSI erstellt und zum 1. April 2025 aufgrund neuer gesetzlicher Vorgaben aktualisiert.

Ziel der Überarbeitung war es unter anderem, sensible Patientinnen- und Patientendaten durch verstärkte Sicherheitsmaßnahmen und bessere Sensibilisierung des Praxispersonals noch stärker zu schützen. Die aktualisierte Richtlinie enthält weiterhin grundlegende Anforderungen wie Firewalls, Virenschutz, regelmäßige Backups und Updates. Durch das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens wurden die gesetzlichen Anforderungen um Maßnahmen zur Sensibilisierung des Praxispersonals zur Informationssicherheit erweitert - die sogenannte Steigerung der Security-Awareness. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dies in die IT-Sicherheitsrichtlinie eingearbeitet. So sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig zur Informationssicherheit geschult und fortgebildet werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zudem im letzten Jahr eine Informationsoffensive zur IT-Sicherheit zum Schutz vor Cyberkriminalität in Praxen gestartet. Zu den wichtigsten Maßnahmen gehören unter anderem eine monatliche Serie zur IT-Sicherheit, ein Serviceheft „IT-Sicherheit“ für den Einstieg von Praxen und zwei Fortbildungen speziell für Medizinische Fachangestellte zum Basisschutz und zum Thema Phishing.

Seit dem 6. Dezember 2025 gelten zudem für größere Praxen und Medizinische Versorgungszentren strengere Vorgaben für die Stärkung der Cybersicherheit, also für den Schutz vor Angriffen auf das eigene Netzwerk und die Informationssicherheit. Grund ist die Umsetzung der europäischen Network and Information Security Directive 2, der sogenannten NIS-2-Richtlinie. Dabei handelt sich um eine EU-Richtlinie zur Harmonisierung und Stärkung der Cybersicherheit, die im Vergleich zur ersten Richtlinie den Geltungsbereich auf mehr Sektoren ausdehnt und strengere Sicherheitsanforderungen und Meldepflichten festlegt.

Zum Pflegebereich: Mit dem Förderprogramm „Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum“ unterstützt das Land mit jährlich rund 5 Millionen Euro insbesondere auch Digitalisierungsmaßnahmen in der ambulanten Pflege. Am 16. Mai 2024 hat das MS die Pflegedienste im Rahmen einer Onlineveranstaltung über die Möglichkeiten der Nutzung dieses Förderprogramms für die Verbesserung der Cybersicherheit informiert.

Darüber hinaus können Pflegeeinrichtungen das im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes bis zum Jahr 2030 verlängerte Förderprogramm der Kassen nach § 8 Abs. 8 SGB XI nutzen, um 40 % der Kosten für Digitalisierungsmaßnahmen bis maximal 12 000 Euro refinanzieren zu lassen.

„3. sicherzustellen, dass Gesundheitseinrichtungen im Fall eines Ausfalls von Strom-, Wasser-, Kommunikations- und IT-Systemen für mindestens 72 Stunden autark arbeiten können, einschließlich der baulichen und technischen Vorkehrungen zur Aufrechterhaltung des Zugangs und des durchgehenden Betriebs kritischer Bereiche wie etwa Operationssäle,“

Spezifische Risiken für Krankenhäuser bestehen insbesondere im Ausfall von Stromversorgung, Netzersatzstromversorgung und IT-Servern und damit verbunden in einem Betriebsausfall des Krankenhauses. Das kann eine Evakuierung des Krankenhauses und eine Überlastung benachbarter Krankenhäuser zur Folge haben, gegebenenfalls inmitten eines Großschadensereignisses. Für die baufachliche Beratung ist eine individuelle Betrachtung des jeweiligen Standortes entscheidend und in der heterogenen Krankenhauslandschaft Niedersachsens auch notwendig. Unterschiedliche Szenarien bergen standortabhängig Risiken für den Betriebserhalt des Krankenhauses. Baumaßnahmen, die in den Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fallen, werden planungsbegleitend vom Niedersächsischen Landesamt für Bau und Liegenschaften baufachlich beraten und geprüft. Die baufachliche Beratung umfasst unter anderem den Betriebserhalt von Kernfunktionen im Krankenhaus in einem Stör- oder Havariefall. Dabei wird differenziert nach „lebensnotwendiger“ Infrastruktur und tolerierbaren Risiken, die im Störfall organisatorisch kompensierbar sind. Zur „lebensnotwendigen“ Infrastruktur zählen insbesondere die Stromversorgung, die IT-Zentrale, aber auch die Lüftungs- und Heizungsversorgung in Kernfunktionen, die baulich so verortet oder gesichert werden, dass insbesondere in einem großräumigen Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten ein reibungsloser Krankenhausbetrieb gewährleistet werden kann.

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) gibt regelmäßig Empfehlungen zur Steigerung der Resilienz in der stationären medizinischen Versorgung heraus und dazu, wie Krankenhäuser ganz konkret besser auf Krisensituationen vorbereitet werden können. Bereits Ende 2020 hat das BBK ein Handbuch zur Krankenhausalarm- und -Einsatzplanung veröffentlicht. Das Handbuch soll dazu beitragen, den Basisschutz der Krankenhäuser in Friedenszeiten zu verbessern und damit die Vorbereitung auf Zivilschutzlagen zu erleichtern. Im Jahr 2023 hat das BBK umfangreiche Empfehlungen zur Krisenvorsorge im Krankenhaus herausgegeben, die sich insbesondere mit Gasmangelsituationen und Stromausfällen befassen. Die Empfehlungen des BBK dienen in den niedersächsischen Krankenhäusern vielerorts als Grundlage für die Krisenvorsorge.

Im Oktober 2025 haben das Institut der Health Care Business GmbH (hcb) und das Deutsche Krankenhausinstitut e. V. (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft ihren Endbe-

richt über Investitionsbedarfe zur Herstellung der Resilienz deutscher Krankenhäuser vorgelegt. Die Studie enthält wichtige Hinweise zu den erforderlichen Maßnahmen zur Steigerung der Resilienz in der stationären medizinischen Versorgung.

Somatische Krankenhäuser verfügen grundsätzlich über eine Not- bzw. Sicherheitsstromversorgung, die im Falle eines Stromausfalls den Weiterbetrieb gewährleistet. Nach den Hinweisen für Planung, Bau und Betrieb von Sicherheits-, Ersatz- und Notstromversorgungsanlagen in öffentlichen Gebäuden Nr. 164, aufgestellt und herausgegeben vom Arbeitskreis Maschinen- und Elektrotechnik staatlicher und kommunaler Verwaltungen, sowie der Technischen Regel DIN VDE 0100-710:2012-10 soll die Not- bzw. Ersatzstromversorgung für mindestens 24 Stunden sichergestellt werden. Die aktuelleren Empfehlungen des BBK gehen davon aus, dass im Falle eines Stromausfalles die Not- bzw. Ersatzstromversorgung für 72 Stunden gewährleistet werden sollte.

Ende 2023 hat das BBK die Ergebnisse des Projektes NOWATER vorgestellt und einen Leitfaden für Einrichtungen des Gesundheitswesens veröffentlicht. Der Leitfaden enthält vielfältige Handlungsmöglichkeiten zur Sicherstellung der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung.

Zum ambulanten Bereich: Während Krankenhäuser eine Notstromversorgung bis zu 24 Stunden nach einem Stromausfall sicherstellen müssen, gibt es für Arztpraxen keine entsprechenden Vorgaben. Zudem sind kraftstoffbetriebene Notstromaggregate teuer, müssen gewartet werden und dürfen nicht in jedem Gebäude in Betrieb genommen werden.

Viele Praxen haben im Rahmen ihres Qualitätsmanagementsystems Checklisten für Notfälle erarbeitet. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen befürwortet grundsätzlich ein USV-Gerät für die unterbrechungsfreie Stromversorgung in Gesundheitseinrichtungen. Ziel ist es, einem Datenverlust entgegenzuwirken und durch eine große Notfallbatterie zu sichern. Diese USV-Geräte basieren auf Akkus, die so gesteuert werden, dass sie eine Stromunterbrechung abpuffern und bei einem Ausfall der Stromversorgung das ordnungsgemäße Herunterfahren des Computers sicherstellen. Auf diese Art werden die Computer in Gesundheitseinrichtungen geschützt, die bei einem unregelmäßigen Abschalten Schaden nehmen können. Auch dieser Aspekt könnte zu einem Datenverlust führen. USV-Geräte sind im Handel erhältlich und sind einfach zu installieren. Ein kontrolliertes Herunterfahren der Systeme könne darüber hinaus im Praxisteam geübt werden.

„4. regelmäßige Übungen im Rahmen der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP) durchzuführen, um das Verhalten im Ernstfall zu proben und das Personal gezielt zu schulen,“

Für jedes Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt, hat der Krankenhausträger nach § 19 Satz 1 NKHG für die Bewältigung eines Notfalls mit einer Vielzahl von Verletzten und Erkrankten einen Alarm- und Einsatzplan aufzustellen und jährlich bis zum 31. März fortzuschreiben. Der Krankenhausalarm- und -Einsatzplan muss Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten vorsehen. Er bedarf des Einvernehmens der unteren Katastrophenschutzbehörde. Die unteren Katastrophenschutzbehörden, der kommunale Träger des Rettungsdienstes, das Land als Träger der Luftrettung und die benachbarten Krankenhäuser sind über den Krankenhausalarm- und -Einsatzplan und dessen Fortschreibung zu unterrichten.

Jedes Krankenhaus - nicht nur diejenigen, die an der Notfallversorgung teilnehmen - muss über einen Notfallplan für Schadensereignisse innerhalb des Krankenhauses verfügen. Jedes Krankenhaus muss regelmäßig interne Notfallübungen durchführen. Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen an Katastrophenschutzübungen und an den Übungen des Rettungsdienstes zur Bewältigung von Großschadensereignissen teilnehmen. Die Einhaltung dieser Pflichten wird von der Aufsichtsbehörde nach § 30 Abs. 1 NKHG überwacht.

„5. Pilotprojekte für zusätzliche Schutzkapazitäten zu schaffen, insbesondere durch die Prüfung der Einrichtung unterirdischer Intensivstationen oder modularer Notfallstationen in niedersächsischen Kliniken, sowie die erforderlichen Mittel hierfür bereitzustellen,“

DKI und hcb kommen zu dem Ergebnis, dass der Bau von unterirdischen Schutzräumen zwar sehr wünschenswert, jedoch vielfach im Bestand nicht möglich ist. Aufgrund der begrenzten Umsetzbarkeit des Baus unterirdischer Schutz- und Behandlungsräume bei bestehenden Krankenhäusern können solche Räumlichkeiten künftig allenfalls bei Neubauten in die Planung einbezogen werden.

Da die aktuelle Lage akut ist, müssen jedoch diejenigen Maßnahmen priorisiert werden, die bis Ende der 2020er-Jahre fertiggestellt werden können. Die höchste Priorität räumen Expertinnen und Experten den Maßnahmen zur IT- und Kommunikationssicherheit ein, weil sich bereits heute in Deutschland und Europa Cyberangriffe häufen. Eine gleichermaßen hohe Priorität erhalten die Wartung dieses Bereichs, der technischen Infrastruktur und Energieversorgung sowie die Schulung des Personals.

„6. ein koordinierendes Krankenhaus je Versorgungsregion in Niedersachsen zu definieren, das zentrale Aufgaben der Versorgung koordiniert,“

Für die Übertragung von Koordinationsaufgaben auf ein Krankenhaus pro Versorgungsregion fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Nach Auffassung der Landesregierung ist die Übertragung der Patientensteuerung im Krisenfall als Aufgabe anzusehen, die nicht ohne Weiteres auf privatrechtlich organisierte Trägergesellschaften von Krankenhäusern übertragen werden kann. Hier stünde ein Interessenkonflikt zu befürchten, da eigene wirtschaftliche Belange und personelle Ressourcen des mit der Steuerung beauftragten Krankenhauses berührt werden.

Die Krankenhäuser in Niedersachsen sind bereits flächendeckend an das System IVENA angeschlossen. IVENA steht für „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ und ist ein webbasiertes System, das Rettungsdienste, Leitstellen und Krankenhäuser vernetzt. Es dient der Koordination von Notfallpatienten, indem es den Rettungskräften ermöglicht, sich in Echtzeit über die aktuellen Versorgungskapazitäten und -möglichkeiten der Krankenhäuser zu informieren und eine geeignete Klinik zu alarmieren.

Die Länder, die IVENA nutzen, sind im Rahmen eines Austausches übereingekommen, das System als Unterstützung der Patientenverteilung auf Basis von Kapazitätsabfragen auch im Spannungsfall zu nutzen. Es besteht bereits jetzt die Möglichkeit, bei einem Massenanfall von Verletzten das System für die Steuerung von großen Patientenaufkommen zu nutzen. Der Ausbau dieses Tools für „planbare Massenanfälle“, also beispielsweise nach Ankündigung der Verlegung

einer größeren Anzahl von Verletzten aus einem Kriegsgebiet, soll nach dem Willen der Länder, die bisher schon IVENA nutzen, zeitnah erfolgen.

„7. ‚Freiwilligen Pools‘ zu schaffen, auf die in Krisenzeiten zurückgegriffen werden kann,“

In Niedersachsen obliegt den unteren Gesundheitsbehörden im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung die Priorisierung der Aufgaben einerseits und die entsprechende Einteilung des Personals andererseits. Das gilt auch für Krisen jedweder Art.

Zu beachten ist hierbei, dass die Verwaltung von Personalpools mit Freiwilligen aufwendig sein kann und gleichzeitig keine im Ernstfall verlässliche Struktur darstellt, da unklar ist, ob die Freiwilligen im Bedarfsfall weiter bereit und verfügbar sind.

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer im Katastrophenschutz sind innerhalb der Freiwilligen Feuerwehren oder Hilfsorganisationen organisiert. Rechte und Pflichten der Mitglieder bestehen nach § 18 des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes gegenüber dem jeweiligen Träger und nicht dem Land Niedersachsen. Insofern können Mitgliedsdaten für einen „Freiwilligen-Pool“ auf Landesebene nicht beansprucht werden. Im Falle einer Katastrophenlage kann aufgrund des § 28 des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes aber jede Person zu persönlichen Hilfeleistungen herangezogen werden. Auch freiwillige Spontanhelferinnen und -helfer sind hiernach möglich.

„8. ein Onlineportal zur Erfassung kurzfristiger Personalbedarfe in kritischen Infrastrukturen im Land Niedersachsen zu etablieren,“

Betreiber kritischer Infrastrukturen sind für deren Betrieb in erster Linie selbst verantwortlich. Ein solches Onlineportal müsste zentral für alle Versorgungssektoren errichtet werden. Es stellt sich zudem die Frage, wie etwaige Personalbedarfe belastbar ermittelt und dargestellt werden können.

Im Übrigen verweise ich auf meine Ausführungen zu Nr. 7 zu „Freiwilligen-Pools“.

„9. fachübergreifende institutionalisierte Krisenteams in den Gesundheitsämtern zu schaffen sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit moderner Technik zur Lagebildführung und Krisensteuerung auszustatten,“

In Niedersachsen sind die Landkreise und kreisfreien Städte sowohl untere Gesundheits- als auch Katastrophenschutzbehörden. Untere Katastrophenschutzbehörden sind auch Cuxhaven und Hildesheim. Im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung sind entsprechende Planungen für Krisen- und Katastrophenstäbe sowie die zugehörige Personalstruktur und Aufbauorganisation dem Land im Detail nicht bekannt. Bei den Planungen vor Ort müssen die bestehenden heterogenen Strukturen der Landkreise und kreisfreien Städte berücksichtigt werden. Dabei sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst in die bestehenden Strukturen zur Krisenabwehr bzw. zum Katastrophenschutz der Landkreise und kreisfreien Städte integriert werden und sollten Parallelstrukturen vermieden werden.

Dabei kann moderne Technik die Lagebildführung und Krisensteuerung unterstützen. Zu nennen sind hier insbesondere das Dashboard zur Darstellung von Gesundheitsindikatoren und der Chat- und Voice-Bot, die am Landesgesundheitsamt im Rahmen des Paktes für den ÖGD entwi-

ckelt wurden. In dem Bot können aktuelle Empfehlungen sowie Gesetzes- und Verordnungstexte hinterlegt werden, die dann den Anfragenden in einfacher, verständlicher Weise präsentiert werden.

Um die Landkreise und kreisfreien Städte zu unterstützen, bietet die von Niedersachsen mitgetragene und mitfinanzierte Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) spezielle Fortbildungen zum Thema Krisenmanagement für Mitarbeitende der unteren Gesundheitsbehörden an, die stark nachgefragt sind. So gibt es die Fortbildung „Krisenmanagement im Gesundheitswesen: Basisseminar“, ein frei zugängliches Buch „Krisenmanagement - Lehrbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ und das „1x1 des Krisenstabes“ im Podcast „Wissenschaft trifft Praxis“ der AÖGW.

„10. Prüfung, ob von Schließung betroffene oder bereits geschlossene Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser im Krisenfall als Notfallreserven reaktiviert werden können, und ggf. Bereitstellung von Mitteln zur Schaffung von Containern an noch funktionsfähigen Einrichtungen, um schnell einsatzfähige stationäre Versorgungskapazitäten zu gewährleisten.“

Die Reaktivierung von geschlossenen Einrichtungen kann abhängig von Substanz, Erhaltungszustand und Wartung mit einem erheblichen Aufwand verbunden sein. Um Synergieeffekte nutzen zu können, wird von Expertinnen und Experten eher die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten an bestehenden, im Betrieb befindlichen Anlagen empfohlen.

Bereits während der Corona-Pandemie hat der Bund mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19-bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit geschaffen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren Krankenhausbehandlung bedürfen, behandelt werden können. Der Vorteil liegt neben der im Betrieb befindlichen und regelmäßig gewarteten technischen Ausstattung an dem vorhandenen ärztlichen und pflegerischen Personal der Einrichtungen.

„11. die Aufklärung der Bevölkerung gezielt zu verbessern, indem u. a. die Vorratshaltung von Medikamenten und Lebensmitteln, das Erstellen von Notfallplänen, die Nutzung von Transistorradios und beispielhaft der Warn-App NINA sowie das richtige Verhalten bei Sirenenalarm vermittelt und die Teilnahme an Erste-Hilfe-Kursen gefördert werden. Ergänzend sind zentrale Informations- und Beratungsangebote zur Gesundheitsvorsorge in Krisenzeiten auf der Homepage des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung bereitzustellen,“

Die Landesregierung begreift die stetige Vermittlung von aktuellen Informationen im Bereich des Bevölkerungsschutzes gegenüber der Bevölkerung in Niedersachsen angesichts der dynamischen Entwicklung im Katastrophen- und Zivilschutz als Daueraufgabe. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe wurde im November 2023 auf Initiative der Staatskanzlei in enger Zusammenarbeit mit dem für Inneres zuständigen Ministerium der sogenannte Notfall-Monitor Niedersachsen ins Leben gerufen. Dieser bildet für viele der im Antrag genannten Punkte umfassende Informationen ab. Hierzu gehören zum einen Informationen zur Notfallbevorratung mit Lebensmitteln, Medikamenten und technischen Geräten entsprechend den Empfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Zum anderen gehört hierzu der Verweis auf die bereits

vorhandenen Warn-Apps, wie etwa NINA, bei der direkt oder indirekt unter Notfalltipps auch das Verhalten bei Sirenenalarm thematisiert wird.

Das Informationsangebot des Notfall-Monitors des Landes einerseits und die Bewerbung von ehrenamtlichem Engagement in den Organisationen des Bevölkerungsschutzes andererseits sollen Gegenstand einer umfassenden Bevölkerungsschutzkampagne des Landes Niedersachsen werden. Unter einer einprägsamen Dachmarke soll die Kampagne die Ziele verfolgen, die Bevölkerung für Risiken zu sensibilisieren, diese zur individuellen Vorsorge befähigen und bewegen sowie zum ehrenamtlichen Engagement im Bevölkerungsschutz motivieren und damit insgesamt Vertrauen in die staatlichen Institutionen stärken. Eine Ausschreibung hierzu soll im ersten Quartal 2026 veröffentlicht werden.

Soweit im Antrag die Forderung nach der Darstellung von Informations- und Beratungsangeboten zur Gesundheitsvorsorge in Krisenzeiten auf der Homepage des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung erhoben wird, wird dies vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Informationsangebote des Notfall-Monitors Niedersachsen aus verwaltungsökonomischen Gründen nicht für erforderlich gehalten.

Zudem ist auf das Informationsangebot des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hinzuweisen.

„12. sich auf Bundesebene für die Einbindung der Notfall- und Krisenmanagementinhalte in ärztliche und pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung und verbindliche Angebote von Einsatzchirurgiekursen (z. B. Burn Care 48h, TDSC, ATLS, pHTLS, SONO-Kurse) einzusetzen,“

Nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. h) des Pflegeberufgesetzes soll die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann insbesondere dazu befähigen, Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen durchzuführen. Diese Anforderung wird in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe näher konkretisiert.

Das MS bereitet aktuell in Zusammenarbeit mit den Weiterbildungsstätten sowie Expertinnen und Experten aus der Pflegepraxis und Pflegebildung eine umfassende Überarbeitung der Verordnung über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen vor. In diesem Zusammenhang wird der Bedarf an der Einführung weiterer landesrechtlich reglementierter Weiterbildungen überprüft. Eine Entscheidung, ob auch Notfall- und Krisenmanagementinhalte in geeigneten Weiterbildungen eingebunden werden sollten, ist bislang noch nicht getroffen. Zudem gibt es bereits entsprechende Fachweiterbildungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Die Ausbildungsinhalte für Ärztinnen und Ärzte werden vom Bund in der Approbationsordnung für Ärzte geregelt. Die ärztliche Ausbildung soll bereits seit einigen Jahren grundlegend reformiert werden, um das Studium praxisnäher zu gestalten - zum Beispiel mehr Allgemeinmedizin, Gendermedizin, Digitalisierung - und den Ärztemangel zu bekämpfen, wobei als Zieldatum für das Inkrafttreten aktuell 2027 anvisiert wird. Vor allem soll die künftige Mediziner Ausbildung kompetenzorientiert ausgerichtet werden. Derzeit gibt es zwischen Bund und Ländern unterschiedliche Auffassungen über die finanzielle Ausgestaltung, die erst noch gelöst werden müssen.

Die Entscheidung über die Ausgestaltung der Weiterbildung im Satzungsrecht fällt in die Zuständigkeit der Ärztekammer Niedersachsen im Rahmen der Selbstverwaltung. Aufgrund der Satzungsautonomie der Ärztekammer Niedersachsen hat das Land Niedersachsen zwar nur eine eingeschränkte Möglichkeit der Einflussnahme, steht aber im laufenden Austausch mit der Ärztekammer Niedersachsen zum Notfall- und Krisenmanagement.

„13. sich auf Bundesebene für ein zügiges Inkrafttreten und eine schnelle Umsetzung des Gesundheitssicherstellungsgesetzes einzusetzen, um das Gesundheitswesen für große Katastrophen und militärische Konflikte besser aufzustellen.“

Das MS arbeitet in allen Bund-Länder-offenen Arbeitsgruppen des BMG zur Vorbereitung des Gesundheitssicherstellungsgesetzes mit. Zusätzlich ist Niedersachsen in der AG der GMK auf Staatssekretärebene zum Thema „Zivile Verteidigung und Krisenmanagement im Gesundheitswesen“ vertreten. In der AG wurde thematisiert, dass der Entwurf des Gesundheitssicherstellungsgesetzes - analog zum Ernährungssektor - in ein Sicherstellungs- und Vorsorgegesetz umgewandelt werden sollte. Hierdurch wären auch die notwendigen Schritte zur Vorsorgeplanung auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Eine belastbare Aussage über den Zeitpunkt der Vorlage des in Aussicht gestellten Referentenentwurfs ist gegenwärtig leider nicht möglich.

Unterrichtung zu b: Vorbereitung der Krankenhäuser in Niedersachsen auf Zivilschutzfälle und zur Cybersicherheit

RD **Wittmann** (MI): Zunächst eine Vorbemerkung: Die zivile Verteidigung ist eine ressortübergreifende gesamtstaatliche Aufgabe. Das Innenministerium hat dabei nur eine koordinierende Funktion, auch auf Landesebene. Die Ressortzuständigkeiten bleiben grundsätzlich bestehen. Ich kann an dieser Stelle daher nur auf die grundsätzlichen Aussagen auf der Seite 33 der Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung zu den Themen Zivilschutz und insbesondere zum Thema Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser verweisen. Darin heißt es:

„Die Gesundheitsversorgung der Zivilbevölkerung ist sicherzustellen.

Das weitgehend auf die Normalversorgung im Frieden ausgerichtete Gesundheitswesen wird nur dann in der Lage sein, sowohl eine plötzlich anfallende große Anzahl von Patienten über einen längeren Zeitraum gleichzeitig zu behandeln, als auch Einschränkungen der Funktionalität der Einrichtungen und Dienste der gesundheitlichen Versorgung zu bewältigen, wenn den Anforderungen entsprechender Szenarien und Konzepte (Massenanfall von Verletzten bzw. Erkrankten (MANV) oder Störungen der Infrastruktur) entsprochen wird.

Dies setzt voraus, dass katastrophenmedizinische Vorgaben und eine entsprechende Führungsstruktur in den Krankenhäusern und Diensten für die katastrophenmedizinische Versorgung als öffentliche Aufgabe des Gesundheitswesens landesgesetzlich für die Katastrophenbewältigung im Frieden und bundesgesetzlich für den Verteidigungsfall geregelt, umgesetzt und beübt werden. Ein koordiniertes Krisenmanagement für ein optimiertes

Zusammenwirken aller Akteure im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz ist sicherzustellen.

Die gesundheitliche Versorgung der Zivilbevölkerung ist Aufgabe der Länder. Sie haben im Frieden dafür zu sorgen, dass jederzeit bei Großschadenslagen und Katastrophen aller Art eine medizinische Erstversorgung am Schadensort geleistet wird und nach Abtransport von der Schadensstelle die Aufnahme und ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten in den Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung vorgenommen werden kann. Dazu muss die Zusammenarbeit zwischen allen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens untereinander und mit den Katastrophenschutzbehörden und -einrichtungen nach bundeseinheitlichen Vorgaben geplant, geübt und vorbereitet sein. Auch im Bereich der stationären und ambulanten Pflege können organisierte Hilfsmaßnahmen zur Versorgung und Verlegung erforderlich sein.

Maßnahmen der Länder zur gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung für Katastrophen müssen durch Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des Zivilschutzes nach bundeseinheitlichen Vorgaben ergänzt werden. Art und Umfang der Aufgaben sowie die Verpflichtung der Träger und Inhaber der Einrichtungen des Gesundheitswesens und ihrer Verbände zur notwendigen Mitwirkung sind, aufbauend auf den Regelungen der Länder über die gesundheitliche Versorgung in Katastrophenfällen, durch bundesgesetzliche Regelung festzulegen.

Vorbereitungen

Die Länder haben ergänzende Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung im Verteidigungsfall zu planen. Sie ermitteln insbesondere die Nutzungs-, Erweiterungs- und Ersatzmöglichkeiten (z. B. temporäre Behandlungseinrichtungen) der vorhandenen Einrichtungen und Dienste sowie den voraussichtlichen personellen und materiellen Bedarf. Dabei werden auch mögliche CBRN-Gefahren berücksichtigt. Mit den für die Gesundheitsversorgung der Bundeswehr zuständigen Stellen ist eng zusammenzuarbeiten. Die Mitwirkung aller Akteure des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes, z. B. auch der Gesundheitsämter, bei der Planung ist sicherzustellen. Dazu wirken die gesetzlichen Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und der Pflegeberufe, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Träger der Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und ihre Verbände bei der Planung und Bedarfsermittlung mit und unterstützen die Behörden.

Die Träger von Krankenhäusern sollen zur Aufstellung und Fortschreibung von Einsatz- und Alarmplänen für die gesundheitliche Versorgung verpflichtet werden. Diese Pläne berücksichtigen sowohl eine Überlastung der Behandlungskapazitäten (MANV), Bedarfe für die Behandlung der Folgen möglicher CBRN-Gefahren als auch Einschränkungen der Funktionalität des Krankenhauses. Maßnahmen sind so auszurichten, dass eine Krisenversorgung unter allen Umständen aufrechterhalten wird.“

Das ist sozusagen der Rahmen, den der Bund den Ländern in den Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung vorgibt.

Die Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung wurden den niedersächsischen Ressorts im Juli 2024 kurz nach Inkraftsetzung durch das Bundeskabinett mit einem Staatssekretärsschreiben des MI zur weiteren Veranlassung übersandt.

Zu der im Antrag geforderten Schaffung von Schutzräumen in Krankenhäusern: Mit Blick auf das gerade in Erarbeitung befindliche neue Schutzraumkonzept des Bundes mit der Fokussierung auf öffentliche Zufluchtsräume kann noch keine abschließende Aussage getroffen werden, inwieweit Räume von Krankenhäusern in welchem Umfang künftig einbezogen werden könnten.

MR'in **Lehmkemper** (MI): Ich möchte die Informationen von Herrn Wittmann aus der Abteilung 7 mit meinem Kollegen Herrn Röhl aus dem für Informations- und Cybersicherheit zuständigen Referat 43 in der Abteilung für Digitalisierung des Innenministeriums wie folgt ergänzen:

Das Gesetz über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das sogenannte BSI-Gesetz, regelt die Aufgaben und Befugnisse des BSI als zentrale deutsche Behörde für Informations- und Cybersicherheit. Für Einrichtungen des Gesundheitssektors, die in den Anwendungsbereich des BSI-Gesetzes fallen, übernimmt das BSI gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 24 i. V. m. § 40 BSI-Gesetz die Aufgaben als zentrale Stelle für die Sicherheit in der Informationstechnik besonders wichtiger Einrichtungen einschließlich der Betreiber kritischer Anlagen. Den betreffenden Einrichtungen bietet das BSI Unterstützungs- und Beratungsangebote. Zudem ist das BSI für diese Einrichtungen zentrale Meldestelle für Sicherheitsvorfälle und übt aufsichtsbehördliche Funktionen aus.

Die Betreiber von Einrichtungen im Gesundheitssektor, die in den Anwendungsbereich des BSI-Gesetzes und der darauf basierenden BSI-KRITIS-Verordnung fallen, unterliegen besonderen Anforderungen, ein systematisches Informationssicherheitsmanagement einschließlich Risikomanagement sowie ein Notfallmanagement zu betreiben. Die Angemessenheit des Informationssicherheitsmanagements kann beispielsweise auf Basis der internationalen Normenreihe ISO 27001 ff. oder national der darauf basierenden IT-Grundschutz-Methodik auf der Grundlage der BSI-Standards nachgewiesen werden, insbesondere der BSI-Standards 200-1 bis 200-4. Diese Methodik samt Standards wird aktuell fortgeschrieben. Aber schon nach den aktuellen Standards sind diese Einrichtungen zur Meldung gravierender Sicherheitsvorfälle an das BSI verpflichtet.

Im Januar 2023 traten die EU-Richtlinie über Maßnahmen für ein hohes gemeinsames Cybersicherheitsniveau in der Union - die sogenannte NIS-2-Richtlinie - und die EU-Richtlinie über die Resilienz kritischer Einrichtungen - die sogenannte CER-Richtlinie -, die zur Stärkung der Resilienz von Kritischen Infrastrukturen (KRITIS) für alle Mitgliedstaaten beitragen sollen, in Kraft. Während die Vorschriften der CER-Richtlinie die physische Widerstandsfähigkeit von KRITIS gegenüber Bedrohungen etwa in Form von Naturkatastrophen, Terroranschlägen oder Sabotage betreffen, enthält die NIS-2-Richtlinie Vorschriften zur Sicherheit von Netz- und Informationssystemen. Die NIS-2-Richtlinie wird in Deutschland auf Bundesebene als „Gesetz zur Umsetzung der NIS-2-Richtlinie und zur Regelung wesentlicher Grundzüge des Informationssicherheitsmanagements in der Bundesverwaltung“ umgesetzt. Dieses Bundesgesetz trat am 6. Dezember 2025 in Kraft. Die CER-Richtlinie soll auf Bundesebene durch ein KRITIS-Dachgesetz umgesetzt werden. Diese Umsetzungsvorhaben auf Bundesebene werden von der Landesregierung begrüßt und intensiv begleitet, so wie wir auch die Umsetzung der NIS-2-Richtlinie begleitet haben. Hinsichtlich der Entwürfe des KRITIS-Dachgesetzes ist allerdings anzumerken, dass die Anforde-

rungen der Länder bei Weitem noch nicht vom Bund erfüllt worden sind und dort auch schon deutliche Kritik geäußert worden ist. Das Land Niedersachsen hat seine rechtlichen Umsetzungsverpflichtungen aus der NIS-2-Richtlinie bereits mit dem Gemeinsamen Runderlass der Landesregierung „Umsetzung der NIS-2-Richtlinie in Niedersachsen“ vom 29. Oktober 2024 vollständig erfüllt.

Herr **Röhl** (MI): Aus den vorangegangenen Ausführungen ist schon sehr deutlich geworden, dass die übergreifende Cybersicherheit ein Querschnittsthema ist, bei dem sehr viele Akteure und im Verwaltungsbereich die föderalen Ebenen beteiligt sind. Dieser Bereich ist im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt, was die Regulierung der Gesundheitseinrichtungen betrifft. Auch die Aufsichts- und Meldestelle beim BSI ist bei einer Bundesbehörde angesiedelt. Die Betreiber selbst haben schon im Sinne ihres ordnungsgemäßen Verwaltungs- oder Geschäftshandelns die eigene Zuständigkeit und Verantwortung für die eigene Sicherheit. Nichtsdestotrotz ist auch dem Land Niedersachsen selbstverständlich die hohe Bedeutung voll bewusst, die dieses Thema im Bereich aller kritischen Infrastrukturen in den jeweiligen Sektoren und damit auch im Gesundheitssektor hat.

Dieses Thema hat für die Landesregierung eine sehr hohe strategische Bedeutung. Deswegen unterstützt das Land Niedersachsen alle Akteure auch im Gesundheitssektor ebenso wie in den anderen Sektoren mit bestimmten Angeboten. Die Angebote betreffen beispielsweise die Beratung oder Information, die Sensibilisierung und teilweise auch Schulungen, also im präventiven Bereich. Dieser Ansatz der Unterstützung ist unter anderem in der Cybersicherheitsstrategie des Landes verankert und verstetigt, die einem ganzheitlichen Ansatz folgt und auch ausdrücklich diesen Unterstützungsbereich der KRITIS-Sektoren beinhaltet.

Darüber hinaus liegt ein wesentlicher Erfolgsfaktor auch in diesem Bereich in einer engen Zusammenarbeit zwischen den betreffenden Einrichtungen, beispielsweise KRITIS-Betreibern, aber auch den Einrichtungen, die unterhalb der formalen KRITIS-Schwellen liegen, weil sie beispielsweise die Anzahl der versorgten Personen im Sinne der KRITIS-Schwellen nicht überschreiten, aber gleichwohl aus der Sicht des Landes Niedersachsen eine systemrelevante Bedeutung haben. Das heißt, dort finden umfangreiche Unterstützungen statt. Das setzt aber voraus, dass auch diese Einrichtungen selber ihren Teil zu der Zusammenarbeit entsprechend erbringen. Die Zusammenarbeit insbesondere auch mit den Sicherheitsbehörden ist also sowohl im präventiven Bereich als auch in dem Bereich, wenn tatsächlich Vorfälle auftreten, von ganz entscheidender Bedeutung.

Auch dort gibt es Unterstützungsangebote des Landes. Im polizeilichen Bereich bietet insbesondere die Zentrale Ansprechstelle Cybercrime, die beim Landeskriminalamt angesiedelt ist, den Unternehmen sowohl Beratung als auch Unterstützung im Schadensfall an, und zwar auch Unterstützung vor Ort. Darüber hinaus gibt es beispielsweise den Fachbereich Wirtschaftsschutz beim Verfassungsschutz, wo auch relevante Teile der Wirtschaft - unter anderem die geheim-schutzbetreute Wirtschaft, aber auch andere Einrichtungen - unterstützt werden, und zwar auch dort sowohl im präventiven Bereich als auch dann, wenn Vorfälle eingetreten sind.

Das MI führt auch regelmäßig Veranstaltungen durch, beispielsweise die sogenannten KRITIS-Tagungen, die in der Regel jährlich stattfinden, an denen regelmäßig Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitssektor und von den schon über KRITIS regulierten Einrichtungen, aber auch von unregulierten Einrichtungen aus dem Gesundheitssektor teilnehmen. Dort wird bei-

spielsweise auch über aktuelle Entwicklungen in der Gefährdungslage informiert. Es werden Beratungs- und Vernetzungsangebote auch im Sinne einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Sicherheitsbehörden auf der einen Seite und den betreffenden Einrichtungen auf der anderen Seite gemacht.

Darüber hinaus ist auch im föderalen System eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen der Landesebene und der Bundesebene erforderlich. Wir arbeiten im Bereich der Informations- und Cybersicherheit insbesondere mit dem BSI sehr eng und vertrauensvoll zusammen. Es ist mittlerweile eine Plattitüde - Sie alle kennen das -: Cybergefahren machen nicht an Verwaltungsgrenzen oder an Landesgrenzen halt. Deswegen sind wir Länder untereinander und auch wir Länder mit dem Bund - genauso wie wir in Niedersachsen mit den Kommunen - dazu in einem stetigen und engen Austausch und arbeiten dort ebenfalls in den drei wesentlichen Handlungsfeldern Prävention, Detektion und Reaktion.

Das sind aus unserer Zuständigkeit heraus eher die übergreifenden Aspekte. Wie bereits von Herrn Dobberstein angemerkt, gibt es auch spezifische Regelungen, die teilweise auch für die Vorbereitung der Krankenhäuser in Niedersachsen auf Zivilschutzfälle und zur Cybersicherheit relevant sind, die beispielsweise Fachgesetze bzw. Spezialgesetze im krankenhausrechtlichen Sinne betreffen. Herr Dobberstein hat bereits darauf hingewiesen, dass beispielsweise der § 391 SGB V auch für jene Gesundheitseinrichtungen, die unterhalb der KRITIS-Schwelle liegen, bestimmte Anforderungen im Bereich der Informations- und Cybersicherheit vorsieht.

Aussprache

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Meine erste Frage: Sie sprachen davon, dass die Krankenhäuser verpflichtet werden, Vorkehrungen für die IT-Sicherheit einzuführen. Dazu würde mich interessieren: Wer überprüft die Einführung, und wer überprüft dann auch, dass ordnungsgemäß gewartet wird? Ist das BSI dafür zuständig? Oft kommt es ja zu menschlichen Fehlern, indem bestimmte Updates etc. nicht durchgeführt werden, was dann zu Datenlecks führt.

Meine zweite Frage: Seit dem Frühjahr 2025 arbeiten Bund und Länder in einer Arbeitsgruppe für ein einheitliches, strukturiertes und koordiniertes Krisenmanagement zusammen. Dazu würde mich der aktuelle Stand interessieren und auch, ob das MI und das MS daran beteiligt sind, wie dort die Zusammenarbeit ist und welche Themen angesprochen werden.

Es geht dort ja um einen länderübergreifenden Schutz der IT. Dazu würde mich vor allem interessieren, wie dann die Kommunikationswege sein sollen. Denn bei dem Vorfall beim Klinikkonzern AMEOS haben wir immer die Antwort bekommen, dass die Server, also die Informationen, in Sachsen-Anhalt liegen. Wie wird sichergestellt, dass auch das Land Niedersachsen unabhängig davon, wo zwischen den Ländern koordiniert wird, Informationen erhält, wenn es um Patientinnen und Patienten in Niedersachsen geht?

Meine letzte Frage: Sie sprachen an, dass zentrale Aufgaben und Befugnisse dem BSI obliegen und dass die Betreiber direkt mit dem BSI sprechen. Wo ist dabei die Schnittstelle zur Landesregierung, damit sie in Krisensituationen etc. immer auf dem aktuellen Stand informiert ist?

Herr **Dobberstein** (MS): Zu der Frage, wer das überprüft: Das ist eine Regelung im SGB V. Insofern kann die Krankenhausaufsicht des Landes Niedersachsen, also das Sozialministerium, das nicht machen, weil seine Überprüfung und Durchsetzung der Pflichten auf die Regelungen im NKHG beschränkt sind. Nach den Regelungen des SGB V sind regelmäßig aber auch die Krankenkassen für die Einhaltung der Pflichten zuständig. Es geht hier ja um zugelassene Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen abrechnen können. Insofern liegt die Verantwortung zumindest ein Stück weit auch bei den Krankenkassen. Ich vermute, dass darüber hinaus auch das BSI noch Prüfungen vornimmt. Diese Frage wird aber das MI besser beantworten können.

Herr **Röhl** (MI): Für die Einrichtungen, die bisher und auch künftig als KRITIS reguliert sind, ist das BSI als nationale Cybersicherheitsbehörde nicht nur Meldestelle und Registrierungsstelle, sondern es hat auch bestimmte aufsichtsbehördliche Funktionen. Das heißt, für diesen Bereich, der bisher schon und auch künftig KRITIS-reguliert ist - künftig ergänzt um den Bereich, der NIS-2-reguliert ist, was ja über das bisherige KRITIS hinausgeht -, ist das BSI jetzt mit dem Inkrafttreten des NIS-2-Umsetzungsgesetzes des Bundes die Aufsichtsbehörde. Das BSI hat also zunächst einmal die Rolle, dort auch die Überprüfungen durchzuführen. Allerdings gibt es dort ein Konstrukt, dass das BSI - wie auch schon bisher - nicht selbst alle Überprüfungen vornimmt, sondern dass die ordnungsgemäße Umsetzung beispielsweise durch sogenannte BSI-Zertifizierungen - das ist ein feststehender Begriff - nachgewiesen werden können. Dann findet die eigentliche Überprüfung durch unabhängige Auditoren statt, die bestimmten Akkreditierungsanforderungen des BSI unterliegen. Das BSI drückt also den Auditoren sozusagen einen Stempel auf und bestätigt, dass sie befähigt sind, zum Beispiel ein KRITIS-Krankenhaus zu überprüfen. Das Ergebnis dieser Überprüfung wird dann aber auch noch einmal vom BSI qualitätsgesichert. - Das ist für diesen Bereich der wesentliche Teil.

Zu der Frage, wie die Kommunikation gerade bei ernststen Vorfällen zwischen dem Land und dem BSI stattfindet: Die Einrichtungen im KRITIS-Bereich müssen sich bei der nationalen Behörde BSI registrieren. Dann werden vom BSI beispielsweise auch Sicherheitshinweise und Ähnliches an diese Einrichtungen verteilt. Gleichwohl haben wir als Land natürlich ein eigenes Interesse - darauf zielt, glaube ich, Ihre Frage ab -, zu verstehen, was los ist, weil wir gegebenenfalls auch einen Handlungsbedarf haben. Wir Länder haben aber in Abstimmung mit dem Bund die Konstruktion gewählt, dass wir als Länder die KRITIS-Einrichtungen nicht selber auch noch einmal verpflichten, zum Beispiel bestimmte Vorfallsmeldungen an eine Landesbehörde abzugeben, sondern wir schließen uns als Länder sozusagen im Hintergrund mit dem BSI zusammen. Wir haben einen Mechanismus etabliert, dass bestimmte Vorfallsmeldungen der KRITIS-Einrichtungen, die beim BSI eingehen, dann, wenn sie für das betreffende Land oder für die Länder relevant sind, entsprechend an das Land bzw. die Länder weitergegeben werden. Das betrifft nicht alle Vorfallsmeldungen, die die Einrichtungen abgeben müssen, sondern oberhalb einer bestimmten Kritikalitätsschwelle, also - vereinfacht und nicht juristisch korrekt formuliert - die Fälle, in denen wir als Land sozusagen eigene Handlungsbedarfe und eigene Erkenntnisinteressen haben. Das ist ein etablierter Mechanismus. Er ist vor allen Dingen deshalb so gewählt worden, um die betreffenden Einrichtungen nicht durch doppelte oder mehrfache Meldepflichten unnötig zu belasten.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): In der Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage zu den Auswirkungen des Cyberangriffs auf Einrichtungen eines Klinikverbundes in Niedersachsen

(s. Drs. 19/8463) ist von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Rede, die seit dem Frühjahr 2025 existiert. Dazu würde mich der aktuelle Stand interessieren.

Herr **Dobberstein** (MS): Sie meinen vermutlich die Bund-Länder-offenen Arbeitsgruppen zum Gesundheitssicherstellungsgesetz. Die Arbeit in diesen Arbeitsgruppen am Gesundheitssicherstellungsgesetz ist weitestgehend abgeschlossen. Wir erwarten jetzt händierend den avisierten Referentenentwurf des Bundes. Dieser liegt aber bis heute nicht vor. Wir können auch nicht verlässlich Aussagen dazu treffen, wann damit zu rechnen ist. Grundsätzlich sind die Arbeiten aber so weit erledigt.

Herr **Röhl** (MI): Wir sind aktuell noch in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Bereich der Informations- und Cybersicherheit dabei, den Mechanismus der Kommunikation, den ich eben ansprach, für den NIS-2-Bereich fortzuschreiben, also zu aktualisieren. Nach den Schätzungen des Bundes wird durch NIS-2 der Kreis der betreffenden Einrichtungen von bisher ca. 4 500 regulierten KRITIS-Einrichtungen auf ca. 29 000 Einrichtungen erweitert. Auch dort sind wir insbesondere mit dem BSI im Kontakt, um in einer Arbeitsgruppe den Kommunikationsmechanismus, also Vorfallmeldungen, die für das Land relevant sind, entsprechend fortzuschreiben, sodass sich das künftig sinngemäß auch für den NIS-2-Anwendungsbereich so ausgestaltet. Das ist aber noch im Werden, unter anderem deswegen, weil sich auch die neue BSI-KRITIS-Verordnung auf Basis des im Dezember in Kraft getretenen KRITIS-Umsetzungsgesetzes noch in der Erarbeitung befindet.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe dazu noch mehrere Fragen.

Meine erste Frage betrifft das Katastrophenschutz-Zentrallager, auf das sich die Nr. 1 des Antrags bezieht. Sie sprachen davon, dass die Sanitätsmittelreserven für die Versorgung von 100 Personen kalkuliert sind, allerdings ohne Arzneimittel. Gibt es Vergleichswerte anderer Bundesländer und Überlegungen im MS zusammen mit dem MI, dieses Lager mit größeren Kapazitäten fortzuentwickeln?

Zu der Nr. 2 des Antrags sprachen Sie von 406 Millionen Euro KHZG-Mitteln. Haben alle Krankenhäuser davon profitiert? Davon sprachen Sie nicht. Bei meinen Besuchen in Krankenhäusern in Niedersachsen stelle ich immer die Frage nach der Cybersicherheit und bekomme ich darauf sehr unterschiedliche Rückmeldungen. Die Rückmeldungen sind dort positiv, wo man dann von KHZG-Mitteln spricht, und sind dort, wo davon nicht Gebrauch gemacht worden ist und wo man ersichtlich schlechter aufgestellt ist, durchwachsen bis negativ. Das ist zumindest mein subjektiver Eindruck, den ich hier gerne wiedergeben möchte. Mir stellt sich insofern die Frage, ob tatsächlich alle Krankenhäuser entsprechend ausgerüstet sind. Haben Sie dazu Rückmeldungen?

Zu der Nr. 3 des Antrags sprachen Sie davon, dass im Fall eines Stromausfalls die Not- bzw. Ersatzstromversorgung für mindestens 24 Stunden sichergestellt werden muss. Sie sprachen explizit das Thema Gas und Strom an, aber haben die Sicherstellung der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung nur ganz kurz angesprochen. Daher auch hierzu meine Frage nach den Rückmeldungen aus den Krankenhäusern: Wie ist denn die Sicherstellung der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung? Auch das spielt ja in dem „Panorama“-Bericht, auf den wir uns in unserem Antrag auf Unterrichtung beziehen, eine gesonderte Rolle. Gibt es bei der Landesregierung in Anbetracht des mutmaßlich linksterroristischen Anschlags in Berlin, wo man gemerkt hat, dass offenkundig unter Zuhilfenahme einfachster Möglichkeiten ganze Stadtteile nicht nur

für 24 Stunden, sondern deutlich länger lahmgelegt werden können, Überlegungen dahin gehend, statt 24 Stunden künftig 72 Stunden - wie im Antrag genannt - vorzugeben? Nach dem Vorfall in Berlin tendiere ich in Anpassung unseres Antrages sehr dazu, noch darüber hinaus zu gehen. Denn das scheint mir ein Standard zu sein, der den Realitäten nicht gerecht wird, wie dies aktuell in der Bundespresse verfolgt werden kann.

Zu der Nr. 4 des Antrags betreffend die Übungen: In dem Bericht wird erwähnt, dass 43 % der Krankenhäuser Schulungen anbieten und 41 % solche Übungen explizit nicht durchführen. Wer bezahlt eigentlich solche Übungen, und wer macht Vorgaben dafür? Hängen die Kosten der Übungen von der Zahl der Betten ab? Ich ahne schon, dass, wenn man an einem Tag eine solche Übung durchführt - und sei es auch ein Samstag -, schnell ein sechstelliger Betrag durch Ausfälle im Krankenhaus zusammenkommt. Daher frage ich so konkret nach. Wenn 43 % der Krankenhäuser solche Übungen durchführen, ist das ja nicht die Mehrheit. Wie reagieren Sie also darauf, und wer zahlt wie?

Zu der Nr. 5 des Antrags: In der HAZ vom 19. Dezember 2025 wird berichtet, dass Minister Dr. Philippi Bunker für Krankenhäuser fordert. In diesem Artikel wird auch der Widerspruch schön herausgearbeitet, dass dies selbst bei den Krankenhäusern, für die diese Landesregierung originär zuständig ist, nämlich bei den Universitätskliniken, nicht passiert. Insofern stellt sich natürlich die Frage: Von wem fordert der Minister das eigentlich, wenn schon die Landeskrankenhäuser nicht entsprechend ausgerüstet werden? Ist der Minister dazu mit dem MWK im Gespräch, oder will er das, wie es auch in diesem Artikel heißt, mit der NATO besprechen? Was hat er eigentlich vor, mit der NATO zu besprechen? Welche Rückmeldungen erhofft er sich davon? Welche Auswirkungen soll das auf das Regierungshandeln haben? Vor allem interessiert mich, von wem der Minister solche Bunker einfordert und was er dafür tut, damit das gelingt.

Zu der Forderung unter der Nr. 6 des Antrags in Bezug auf koordinierende Krankenhäuser haben Sie mir sehr widersprochen und auf IVENA verwiesen. Es gibt Landeskrankenhäuser - ich nenne hierzu wieder das Stichwort „MWK“ -, die nach meiner Wahrnehmung und auch in Gesprächen mit mir fordern, für den Krisenfall wieder koordinierende Krankenhäuser vorzusehen, wie es sie während der Corona-Pandemie für die jeweilige Versorgungsregion zur Steuerung der Patientenströme gegeben hat. Insofern stellt sich die Frage, wie die Landesregierung dazu kommt, dem zu widersprechen. Sind Sie dazu mit den Kliniken im Gespräch? Nehmen Sie auch wahr, dass es zu dieser Forderung unterschiedliche Auffassungen gibt? Als Beispiel wird immer wieder das Bundesland Hessen genannt, wo das nach den Erfahrungen aus der Corona-Pandemie bereits eins zu eins gesetzlich so geregelt ist.

Zu der Forderung unter der Nr. 7 des Antrags betreffend „Freiwilligen-Pools“: In dem „Panorama“-Bericht wird Professor Wurmb aus Würzburg zitiert, der sich dafür ausgesprochen hat, Studierende im Medizinstudium in einem gesonderten Block für Katastrophenmedizin auszubilden, damit man sie bereits automatisch heranziehen könnte. Das wird in dem Antrag nicht explizit gefordert. Ich werde das noch überarbeiten und mit aufnehmen. Ich finde das ganz klug. Habe ich Sie richtig verstanden, dass es dann die Aufgabe des Bundes wäre, das so zu verordnen? Würden Sie seitens des MI diese Auffassung und Forderung teilen, dass uns diese Freiwilligen, wenn sie das im Studium gelernt haben, in den Krankenhäusern deutlich entlasten würden, wenn man von heute auf morgen die Medizinstudierenden in Niedersachsen für die Krankenhäuser rekrutieren könnte?

Zu der Nr. 9 des Antrags haben Sie die Fortbildungen angesprochen, die sehr stark nachgefragt werden. Dazu interessiert mich: Wie sind die Kapazitäten? Ist die Nachfrage deutlich höher? Wir kennen die Zustände beim NLBK. Ich will dieses Thema hier nicht aufmachen; das ist ja eine Angelegenheit des Innenministeriums. Ist das dort ähnlich gelagert - denn dann warten die ja noch ein paar Jahre auf ihre Fortbildung -, oder kann man den Anforderungen und offensichtlichen Schulungsbedarfen seitens des ÖGD dort gerecht werden?

Zu der Nr. 12 des Antrags haben Sie davon gesprochen, dass die Ausbildungsverordnung in Überarbeitung sei, aber noch keine Entscheidung getroffen worden sei, bestimmte Dinge einzuarbeiten, die man für die Katastrophenlage braucht. Wann rechnen Sie mit der Entscheidung, und wann rechnen Sie mit der Überarbeitung der Verordnung?

In der Berichterstattung des NDR ging es um den Landrat in Cuxhaven - der Heimat unseres Vorsitzenden -, der in einem Bunker oder einer Anlage mit 800 Betten aus dem Jahr 1969 unterwegs war. Ist das MI dafür zuständig? Das ging aus dem Bericht nicht klar hervor. Ich habe die heutigen Ausführungen des MI so verstanden, dass das Land für solche Kapazitäten verantwortlich sei. In dem „Panorama“-Bericht sagte Minister Philippi auch: Wir machen uns Gedanken darüber, was mit den verletzten Menschen passiert, die dann hier versorgt werden müssen. - Macht der Minister sich diese Gedanken gemeinsam mit dem MI? Welche Gedanken sind das? Er sprach von „Wir“. Das zeugt ja davon, dass es im Sozialministerium Arbeitsgruppen gibt, die sich mit diesen Fällen beschäftigen. Wer macht das? Geschieht das - denn die Kapazität muss ja meines Erachtens das MI vorhalten - an der Seite des MI? Oder ist das eine Frage, für die ich eine Unterrichtung in einem nicht öffentlichen Teil der Sitzung beantragen muss, damit wir auch darüber unterrichtet sind, was passiert - wie es der Minister ankündigt - und welche Gedanken sich sein Haus bzw. - ich ahne es schon - beide Häuser ganz konkret dazu machen? Welche Gedanken sind das ganz konkret? Welche Vorbereitungen laufen da derzeit?

Das waren zunächst einmal meine Fragen.

Herr **Dobberstein** (MS): Grundsätzlich möchte ich vorausschicken: Wenn Sie ganz detaillierte Informationen über die aktuellen Planungen wünschen, wäre für die Zukunft eine Unterrichtung in einer nicht öffentlichen Sitzung ratsam, und zwar spätestens dann, wenn es um Konkretes aus dem Gesundheitssicherstellungsgesetz geht.

Zu dem Katastrophenschutz-Zentrallager kann ich ganz kurz etwas sagen und dann an das MI übergeben, von dem dazu sicherlich mehr gesagt werden kann. Aus krankenhausrrechtlicher Sicht ist es nicht sehr sinnvoll, Arzneimittel, bestimmte Medizinprodukte und Versorgungsmaterial zentral im Katastrophenschutz-Zentrallager in Niedersachsen einzulagern. Denn für bestimmte Medizinprodukte gibt es Verfallsdaten und bestimmte Voraussetzungen für die Lagerung, beispielsweise bezüglich der Lufttemperatur, der Luftfeuchtigkeit usw. Insofern muss man wegen des Verfallsdatums regelmäßig umwälzen, also darauf achten, dass regelmäßig ein Austausch erfolgt. Ich glaube, das wird das Katastrophenschutz-Zentrallager nicht leisten können.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser, die Krankenhausapotheken und krankenhaushausversorgenden Apotheken ohnehin zur Vorhaltung von Reserven in einem bestimmten Umfang verpflichtet, der auch von der Größe usw. abhängt. Das ist relativ klar bundesgesetzlich geregelt.

Insofern besteht aus krankenhausrrechtlicher Sicht eher kein Bedarf, Arzneimittel oder Verbandsmaterialien und sonstige Medizinprodukte für die Krankenhäuser im Katastrophenschutz-Zentrallager einzulagern.

Herr **Röhrh** (MI): Das kann ich nur dahin gehend ergänzen, dass die Sanitätsmittelreserven, die pro Katastrophenschutz-Behörde für jeweils 100 Patienten beschafft worden sind, eigentlich für KatS-Szenarien und nicht für die Regelversorgung bzw. Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern gedacht sind.

Herr **Dobberstein** (MS): Ganz aktuell haben wir heute Morgen mit ausgewählten Krankenhäusern über die Einlagerung von Sanitätsmitteln im Auftrag des Bundes gesprochen. Diese werden direkt bei den Krankenhausapotheken der Krankenhäuser eingelagert. Das hängt ein bisschen von der Größe und von den Lagerkapazitäten ab. Im Ernstfall darf die Bundeswehr darauf zugreifen. Bis dahin erfolgt die Umwälzung über den normalen Krankenhausbetrieb. Es muss nur dafür Sorge getragen werden, dass es immer in dem entsprechenden Umfang vorhanden ist.

Zu den Fördermitteln nach dem Krankenhauszukunftsgesetz: Das ist ein Angebot. Es werden Fördermittel bereitgestellt, die abgerufen werden können. Auf die Rechtsverpflichtung habe ich vorhin hingewiesen. Das müssen die Krankenhäuser haben. Wir können natürlich niemanden dazu zwingen. Aber man sieht, dass es ganz gut in Anspruch genommen worden ist. Ich glaube, es gibt dabei einen gewissen Rückfluss; es wurde zwar beantragt, aber es ist nicht vollständig abgerufen bzw. ausgezahlt worden. Man kann aber sagen, dass das Angebot sehr gut angenommen worden ist. Wir wissen, dass die Krankenhäuser im Prinzip aufgrund ihrer Rechtsverpflichtung sehr gut vorbereitet sind in diesem Bereich. Natürlich kommen wir bei Cyberangriffen im Prinzip nie so richtig vor die Lage, weil wir ja nicht wissen, welche Schadsoftware oder Angriffe sich gerade entwickeln. Wir haben nur die Möglichkeit, es den Angreifern zu erschweren. Hinterher ist man dann wieder ein Stück schlauer und kann man neue Mechanismen entwickeln. Aber im Vorfeld wird es schwierig. Ich glaube, dass die Krankenhäuser inzwischen darauf vorbereitet sind. Diese Rückmeldungen erhalten wir aus der Krankenhauslandschaft. Ob das in jedem Krankenhaus und auch in jedem kleinen Krankenhaus 100-prozentig gesichert ist, vermag ich jetzt nicht zu beurteilen. Wenn Sie ganz detaillierte Informationen über die Förderung nach dem KHZG haben möchten, müssten wir Ihnen das noch schriftlich nachreichen.

Zur Notstrom-, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung: Aktuell ist nach dem technischen Regelwerk nur eine 24-stündige Notstromversorgung erforderlich. Darüber verfügen jedenfalls alle Akutkrankenhäuser. Das ist allerdings weniger eine Problematik der technischen Ausstattung des Notstromaggregates, sondern vielmehr eigentlich der Bevorratung mit dem erforderlichen Treibstoff. In der Regel sind es Dieselaggregate. Das Problem besteht darin, dass auch die Lagerfähigkeit von Diesel beschränkt ist, nämlich nach der DIN EN 590 maximal 90 Tage. Man kann sich ein bisschen behelfen, indem man auf Heizöl ausweicht, das etwas länger lagerfähig ist. Man muss dann natürlich auch über entsprechende Tanks verfügen. Es gibt auch ein paar technische Probleme bei der Einlagerung. Beim Nachfüllen muss man auch dafür Sorge tragen, dass nicht alter Treibstoff in größeren Mengen mit neuem Treibstoff vermischt wird. Die Aggregate müssen gewartet und regelmäßig auch unter Last in Betrieb genommen werden usw. Das alles ist also nicht ganz unproblematisch. Natürlich wäre es wünschenswert, wenn alle Krankenhäuser in der Lage sind, den mindestens dreitägigen Blackout-Zeitraum zu überbrücken. Ich glaube, viele machen sich auf den Weg dahin, weil einfach das Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass eine Krise bevorsteht. Aktuell können dies noch nicht alle. Die Umfragen, die zuletzt im

Auftrag dieses DKG-Gutachtens erhoben wurden, zeigen, dass das nicht überall der Fall ist. Ich glaube aber, dass das in Zukunft durchaus möglich sein wird. Das ist, wie dargelegt, weniger ein Problem der Technik als vielmehr der Bevorratung mit Treibstoff.

Zur Wasserversorgung und Abwasserentsorgung: Die Krankenhäuser sind tatsächlich in der Regel eher nicht darauf vorbereitet. Insbesondere die Bereitstellung von Trinkwasser oder gegebenenfalls reinem Wasser, wo dies benötigt wird, ist problematisch. Das ist aber eher ein anderes Problem als die Stromversorgung. Man kann das eher sicherstellen. Es gibt natürlich die Möglichkeit, Tanks aufzustellen. Es gibt Hilfsorganisationen und auch - ohne mich jetzt hier zu weit aus dem Fenster zu lehnen - Notbrunnen, die über das Land verteilt sind, auf die nicht jeder Zugriff hat, aber die dann natürlich genutzt werden könnten, um solche Pausen von absehbarer Dauer zu überbrücken. Was die Prioritäten angeht, sagen die Expertinnen und Experten ganz klar, dass die Stromversorgung sicherlich Vorrang hat. Die Wasserversorgung und Abwasserentsorgung kann man auch über eine Pumpe bewerkstelligen, beispielsweise durch die Zurverfügungstellung von Tanks. Die Wasserversorgung und Abwasserentsorgung können über Verträge geleistet werden. Leitungen könnten dann auch gelegt werden, ohne dass man vielleicht sogar über redundante Systeme im Hause verfügt.

Zu den Übungen und den Kosten dafür: Nach meiner Kenntnis - im Rahmen der Krankenhausaufsicht bin ich auch in den Kliniken unterwegs; überall dort, wo wir nicht örtlich prüfen, wird aber zumindest schriftlich geprüft und werden Daten erhoben - werden in allen Krankenhäusern, die dazu verpflichtet sind, tatsächlich auch Übungen durchgeführt. Dafür entstehen sicherlich Betriebskosten. Eigentlich entstehen dann aber primär Einnahmeausfälle, wenn bestimmte Bereiche nicht genutzt werden können. Die Höhe der Kosten durch die Teilnahme an Übungen ist sicherlich sehr stark vom Umfang der Übungen abhängig. Beispielsweise bei einer Übung mit dem Rettungsdienst wird im Wesentlichen die Zentrale Notaufnahme des Krankenhauses betroffen sein, nicht aber der gesamte Krankenhausbetrieb, der normal weitergeführt werden kann. Bei einer Evakuierungsübung müsste der Krankenhausbetrieb sicherlich für eine überschaubare Zeit vollständig eingestellt werden. Davon wird man aber in der Regel Abstand nehmen müssen, weil die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus weiterversorgt werden müssen. Es ist also ein schwieriges Thema, wie das durchzuführen ist. Die Schätzungen bezüglich der Kosten sind ein bisschen unterschiedlich. Ich weiß, dass in der Öffentlichkeit durchaus auch sechsstelligen Beträge genannt werden. Im Auftrag der DKG wurde im Rahmen der Abfrage von den rückmeldenden Krankenhäusern erhoben, wie sie die Kosten einschätzen. In diesem Gutachten wurde nach kleinen, mittleren und großen Krankenhäusern differenziert, wobei die großen Krankenhäuser die Maximalversorger und die Hochschulkliniken sind. Dort kann schon mal ein sechsstelliger Betrag entstehen. Die Schulungen, die zusätzlich zu den Übungen erforderlich sind, haben vielleicht auch noch eine Größenordnung bis, sagen wir mal, 80 000 Euro pro Jahr. Die Übungen müssen ja nicht so häufig durchgeführt werden. Das Gesetz gibt vor: regelmäßig, aber nicht, in welcher Häufigkeit. Eine jährliche Teilnahme ist also nicht zwingend vorgeschrieben, anders als bei der Fortschreibung des Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplans. Insofern kann ich Ihnen eine verlässliche Zahl nicht nennen. Als Durchschnittswert können bei einem großen Krankenhaus rund 100 000 Euro angenommen werden. Erstattet werden diese Kosten nicht über den Landeshaushalt - ich vermute, auch nicht über das MI, es sei denn, es handelt sich um eine Katastrophenschutzübung, bei der Verdienstaufälle aufgrund anderer Rechtsgrundlagen erstattet werden können. Grundsätzlich können aber nicht die Kosten des kompletten Ausfalls angerechnet werden.

Herr **Röhl** (MI): Eine kleine Ergänzung nur für den Bereich der Informations- und Cybersicherheit: Es gibt sehr unterschiedliche Arten von Übungen. Es können sehr umfangreiche und potenziell teure Übungen sein. Es können aber auch Übungen sein, bei denen wenig oder gar keine finanziellen Kosten entstehen, beispielsweise die sogenannten Tabletop-Übungen für Leitungsebenen, bei denen sich ein fiktives Szenario ausgedacht wird, zum Beispiel dass der Strom ausfällt, verbunden mit der Frage an das Führungspersonal, welche Maßnahmen es dann ergreifen wird, etwa welche Stellen es dann anruft. Dann macht sich das Management eine halbe Stunde oder eine Stunde lang Gedanken darüber. Diese Stunde oder halbe Stunde Arbeitszeit kann man natürlich monetarisieren. Es gibt dabei aber einen Unterschied zum Beispiel zu dem Probelauf des Notstromaggregats bei einem Krankenhaus, bei dem die Hauptsicherung herausgenommen und getestet wird, was dann passiert. Dann muss man natürlich schon Vorsorge dafür treffen, dass es nicht anspringt, weil die Patienten weiter versorgt werden müssen. Ein weiteres, ganz einfaches Beispiel hier in diesem Raum: Wie bereitet man sich darauf vor, dass zum Beispiel die Mikrofonanlage ausfällt? - Das ist ein banales Beispiel. Hier im Raum wäre es kein Problem, aber für die online Teilnehmenden wäre das vielleicht ein Problem. Auf so etwas kann man sich vorbereiten, indem man einfach mal darüber nachdenkt, ohne dass man 600 000 Euro dafür aufbringen muss.

Herr **Dobberstein** (MS): Um das noch einmal zusammenzufassen: Dieses Gutachten kommt zu dem Schluss: für ein kleines Krankenhaus eher 10 000 Euro, für ein mittleres Krankenhaus 50 000 Euro und nur für ein großes Krankenhaus ein sechsstelliger Betrag in Höhe von ca. 100 000 Euro.

Zu dem Interview, das Herr Minister Dr. Philippi der HAZ gegeben hat: Er hat dabei die Bunker genannt, aber in den weiteren Ausführungen näher darauf verwiesen, was gemeint ist. Er bezieht sich im Wesentlichen auch auf die Ergebnisse dieses Gutachtens, in dem ganz klar von Schutzräumen die Rede ist. „Schutzräume“ sind nicht als Bunker-ähnliche Hochbauten zu verstehen, die beschussicher und möglicherweise auch gegen andere Gefährdungen gewappnet sind. Unter „Schutzräume“ ist beispielsweise eine Tiefgarage zu verstehen, die dann, wenn es erforderlich werden sollte, als zusätzliche Behandlungskapazität zur Verfügung stehen könnte. Hierbei besteht die Schwierigkeit im Bestand oder wie im Fall der MHH hinsichtlich der Bodenbeschaffenheit, des Wassers usw. darin, dass natürlich Vorkehrungen getroffen werden müssen. Benötigt werden dann Anschlüsse für eine redundante Stromversorgung, Anschlüsse für medizinische Gase und bestimmte Beleuchtungen. Auch müssen bestimmte Hygienestandards eingehalten werden. Nahezu ausgeschlossen ist es, das bei Bestandskrankenhäusern nachzurüsten. Bei Neubauten könnte man das mitdenken. Allerdings sind unsere aktuellen Förderkulissen auf den tatsächlichen Bedarf ausgerichtet. Das heißt, für eine solche Vorsorge sind die Förderkulissen, die wir haben, nicht gedacht. Insofern ist es zum jetzigen Zeitpunkt erst einmal schwierig, das gleich mitzuplanen. Deswegen war es die durchaus berechtigte Forderung nicht nur des Landes Niedersachsen, sondern aller Länder, das Gesundheitssicherstellungsgesetz nicht nur als reines Sicherstellungsgesetz zu verstehen, sondern auch als Vorsorgegesetz, damit solche Aufgaben auch danach wahrgenommen werden können.

Vielleicht noch einschränkend dazu: Gerade für den Bündnisfall oder möglicherweise sogar für einen Verteidigungsfall - in der Hoffnung, dass er niemals kommen möge - kommen für die Bundeswehr - ich glaube, das kann ich hier öffentlich sagen - vor allem bestimmte Krankenhäuser infrage, und zwar sicherlich für die Nachsorge usw. auch psychiatrische bzw. psychosomatische

Krankenhäuser und vielleicht auch Fachkrankenhäuser für bestimmte Behandlungen und Eingriffe. Bei Kriegsverletzten hat man aber im Wesentlichen mit ganz bestimmten Verletzungen zu tun, etwa Brandverletzungen und Schussverletzungen. Insofern sind in der Fläche nicht sämtliche Krankenhäuser von herausragender Bedeutung - natürlich brauchen wir sie für die Versorgung -, aber primär sind natürlich erst mal die Traumazentren interessant. Das heißt, wenn man diesbezüglich jetzt bestimmte Krankenhäuser hinsichtlich der Sicherheitsvorkehrungen verstärken möchte, müsste man sich erst mal sehr stark auf diejenigen konzentrieren, die für diesen Fall primär benötigt werden.

Zu der Forderung in Bezug auf koordinierende Krankenhäuser: Ich kenne die Regelung in Hessen. Es mag durchaus sein, dass dies dort gut funktioniert. In Hessen gibt es aber keine gesetzliche Grundlage, sondern ist eine Regelung in den beschreibenden Teil des Krankenhausplans aufgenommen worden. Der Krankenhausplan in Hessen hat nicht die Qualität einer Rechtsvorschrift. Dort wurde auch ausdrücklich aufgenommen, dass die koordinierenden Krankenhäuser keine Weisungsbefugnis gegenüber den anderen Krankenhäusern haben. Dazu habe ich vorhin schon ausgeführt, dass es je nachdem, wer das koordinierende Krankenhaus sein soll, durchaus auch mal zu Interessenkonflikten kommen kann. Insofern sehen wir diese Aufgabe dann eher beim Land. Wir haben das ja auch schon bisher geübt. Wir wissen ja, wie wir mit Patientinnen und Patienten in einer das einzelne Krankenhaus überfordernden Anzahl umgehen müssen und wie wir sie verteilen. Das kann eigentlich nur verpflichtend vom Land ausgehen. Das dürfte im Zweifel auf einer freiwilligen oder nicht weisungsgebundenen Basis unter den Krankenhäusern nicht zwingend funktionieren. Zumindest würde ich mich ungern darauf verlassen.

Gespräche mit den Kliniken gibt es selbstverständlich. Wir haben inzwischen auch ein regelmäßiges Format nicht nur mit den Kliniken, sondern mit dem gesamten Bereich des Gesundheitswesens, um die Sensibilisierung für eine Krise und die zu erwartenden Szenarien zu schärfen, und sind dabei selbstverständlich im Austausch auch mit den Fachexpertinnen und Fachexperten vor Ort aus der Praxis, die uns natürlich auch hilfreiche Tipps dafür geben, wo wir noch Anpassungen vornehmen müssen. Ich will nicht zu viel verraten, aber es ist natürlich so, dass wir gerade auch überdenken, welche Rechtsvorschriften im Detail möglicherweise noch angepasst werden müssen. Niedersachsen hat bekanntlich den GMK-Vorsitz in diesem Jahr übernommen. Zu den Kernthemen gehört unter anderem natürlich auch die Krisenfestigkeit des Gesundheitswesens in Gänze.

Zu den „Freiwilligen-Pools“ kann vielleicht vom MI etwas ausgeführt werden.

RD **Wittmann** (MI): Ehrlich gesagt, nicht, weil sich die Frage wahrscheinlich speziell auf „Freiwilligen-Pools“ im Gesundheitswesen bezog.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Ich hatte diese Forderung des Antrags um die Forderung von Professor Wurmb aus Würzburg ergänzt, der gesagt hat, die Studierenden mögen bitte im Krisenfall rekrutiert werden und müssten dafür aber im Studium entsprechend ausgebildet sein.

Herr **Dobberstein** (MS): Ob das sinnvoll ist, kann ich Ihnen jetzt, ehrlich gesagt, nicht mit absoluter Sicherheit sagen. Es wird aber Regelungen dazu geben, dass wir Personen, die eine bestimmte medizinische Ausbildung haben, für Tätigkeiten im Verteidigungsfall bzw. im Bündnisfall heranziehen können. Ob das schon die Studierenden umfasst, wird sicherlich von dem Reifegrad ihrer Ausbildung abhängen. Sie müssen dann natürlich auch eingesetzt werden können.

Wenn Sie dazu noch etwas im Detail nachgeliefert haben möchten, müsste ich das mit dem MWK abstimmen. Man könnte darüber nachdenken, beispielsweise die Curricula anzupassen. Dazu kann ich jetzt aber nicht im Detail nähere Ausführungen machen.

Zu Ihrer Frage zur Auslastung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen bei den Fortbildungen: Die konkreten Zahlen habe ich vor der heutigen Unterrichtung nicht erhoben, werde ich aber gerne nachliefern. Aus der Erfahrung kann ich jedoch berichten, dass die Angebote der AÖGW schon in der Vergangenheit immer sehr gut von den örtlichen Gesundheitsämtern angenommen wurden und die Akademie - Niedersachsen gehört ja zum Kuratorium - auch sehr intensiv mit dem NLGA zusammenarbeitet. Es werden auch Inhouse-Veranstaltungen durchgeführt. Wann immer irgendwo Bedarf besteht und geäußert wird, wird alles möglich gemacht, um das dann zu realisieren. Konkrete Auslastungszahlen werde ich Ihnen nachliefern.

Auch die Antwort auf die Frage zu Nr. 12, wann die Änderungen der Ausbildung in Recht gegossen und umgesetzt werden, muss ich nachliefern. Einen konkreten Zeitpunkt kann ich jetzt leider nicht nennen.

RD Wittmann (MI): Zu der Frage zu Cuxhaven bitte ich Sie zu präzisieren, wo die 800 Plätze sein sollen. In einem Krankenhaus? Ich kann nur allgemeine Ausführungen zum Thema Schutzräume machen. Der Schutzraumbau ist eine Aufgabe des Bundes. Er richtet sich nach dem Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz. Die Länder haben hier eine mittelbare Rolle im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung. So war es zu Zeiten des Kalten Krieges. Die Finanzmittel des Bundes wurden seinerzeit über die Landesinnenministerien an die Gemeinden weitergereicht, in deren Gebiet sich öffentliche Schutzräume befanden, um für deren Unterhaltung, Wartung usw. zu sorgen. Aktuell wird ein sogenanntes modernes Schutzraumkonzept zwischen dem BMI und den Innenministerien der Länder beraten. Es ist im Prinzip schon final beraten worden und soll nach einer IMK-Befassung umgesetzt werden. Es geht in die Richtung, dass man öffentliche Schutzräume identifizieren möchte, etwa U-Bahn-Stationen, Kellerräume und Gebäude, die den Bürgern über eine App angezeigt werden sollen. Das zweite Standbein dieses Konzepts soll eine Ertüchtigung vorhandener Bausubstanz auch im privaten Wohneigentum, möglicherweise unter Einsatz von Fördermitteln, sein, damit man mit einfachen baulichen Mitteln so etwas wie einen Splitterschutz herstellen kann. Ich verrate sicherlich nicht zu viel, wenn ich sage: Es geht nicht wieder zurück in Richtung des alten Schutzraumkonzepts oder der Konzeption, wie sie in der Schweiz oder in Finnland besteht, auch aus finanziellen Gründen.

Abg. Eike Holsten (CDU): Gerne konkretisiere ich noch meine Frage, die sich auf einen Artikel mit dem Landrat Thorsten Krüger bezieht. Vielleicht war unser Vorsitzender sogar mal dort. Es ist ja sicherlich spannend, eine solche Anlage mit 800 Betten zu sehen. In diesem Bericht des NDR über den Landkreis Cuxhaven ist von unterirdischen OP-Sälen und Röntgenräumen die Rede. Meine - vielleicht laienhafte - Vorstellung dabei ist: Diese OP-Säle hat man ja nicht, weil man beispielsweise im Fall einer Naturkatastrophe dorthin verlegt, sondern wohl für die Evakuierung von Krankenhäusern in der Region. Der Ort wird in diesem Bericht nicht genannt. Es steht auch explizit darin: Der Ort wird nicht verraten - sicherlich aus bestimmten Gründen. Deswegen habe ich ja auf die Möglichkeit einer ergänzenden Unterrichtung in nicht öffentlicher Sitzung hingewiesen. Gibt es eigentlich pro Landkreis eine solche Einrichtung? Oder gibt es zumindest jeweils für eine der acht Gesundheitsversorgungsregionen ein solches Haus, in das man evakuieren könnte? In unserem Antrag wird beispielsweise auch das Vorhalten von Containerkapazitäten als Reserve angeführt. Das alles verstehe ich darunter, wenn der Minister - wie ich zitiert

habe - sich Gedanken darüber macht, was passiert und was dann gemacht wird. Ich glaube, das muss der Minister zusammen mit dem MI überlegen, weil ich ahne, dass Sie dafür zuständig sind - es sei denn, Sie sagen auch an dieser Stelle, dass der Bund für diese Anlagen zuständig ist, dass sie Ihnen gar nicht bekannt sind und dass das mit den Krankenhäusern in Niedersachsen nichts zu tun hat.

Herr **Dobberstein** (MS): Ich kenne zufällig diese Anlage im Landkreis Cuxhaven. Sie liegt aber nicht primär in der Zuständigkeit des MS. Es gibt noch eine Handvoll weitere solcher Anlagen; sie sind aber keine Krankenhäuser, die sich im Normalbetrieb befinden. Das sind alles Relikte aus dem Kalten Krieg, die aber natürlich nicht regelmäßig betrieben, gewartet und gepflegt werden. Wahrscheinlich gibt es noch viel mehr Krankenhäuser als diejenigen, die mir bekannt sind. Es wäre sehr schwierig, sie wieder in Betrieb zu nehmen. Was so lange brachgelegen hat und nicht genutzt wurde, wird man nicht ohne ganz erheblichen Aufwand wieder in Betrieb nehmen können. Man darf sie sich auch nicht so vorstellen wie in Sande, dass sich ein Bunker inmitten des Krankenhauses befindet; das ist eine Ausnahme. Üblicherweise sind die sogenannten Notfallkrankenhäuser mal irgendwo an ganz anderen Stellen im Landkreis errichtet worden. Es wird also, glaube ich, nicht die Lösung sein, diese jetzt flächendeckend wieder in Betrieb zu nehmen, obwohl sie natürlich gewisse Anforderungen erfüllen und etwa beschusssicher sind. Sie werden so nicht taugen. Sie stammen ja aus einer Zeit, in der wir mit anderen Gefahrenlagen konfrontiert waren. Die CBRN-Gefahren, die heute schon angesprochen wurden, bildeten damals sicherlich nicht zwingend die primäre Gefahrensituation.

Auch bei den Krankenhäusern, die wir ertüchtigen wollen, werden wir sicherlich keine beschusssicheren Hochbauten mit OP-Sälen hinbekommen. Das halte ich für fast nicht möglich. Man kann höchstens darüber nachdenken, dass man, wie bereits kurz erwähnt, vorhandene Räume, Tiefbauten, Tiefgaragen und Versorgungstrakte von Krankenhäusern so ausgestaltet, dass sie im Notfall zur Erweiterung von Kapazitäten genutzt werden können. Dazu gehören eine redundante Stromversorgung, Anschlüsse für medizinische Gase usw. Auch das ist natürlich mit einem ganz erheblichen Aufwand verbunden. Das würde den Haushalt des Landes Niedersachsen sehr stark herausfordern. Insofern liegt die Hoffnung natürlich ein Stück weit auf dem Inkrafttreten des Gesundheitssicherstellungsgesetzes des Bundes und auf damit verbundenen Fördermitteln, die vielleicht bereitstehen - aber, wie gesagt, nicht für alle Krankenhäuser, sondern für diejenigen, die wir primär brauchen, um dann die Krise bewältigen zu können.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben die Vorfälle im Handlungsinteresse auch des Landes und die damit verbundenen Meldepflichten angesprochen. Das möchte ich jetzt gerne konkretisieren, zumal wir in unserem Antrag auf Unterrichtung auch explizit auf den Hackerangriff auf den Klinikkonzern AMEOS Bezug genommen haben. Vor gut einem Monat war ich noch einmal im AMEOS-Klinikum in Osnabrück. Nach meinen dortigen Feststellungen beziehen sich meine Fragen konkret auf die Datenflüsse, auf sichere Informationskanäle und den Umgang mit IT-Anforderungen nicht nur im Hinblick auf Patientendaten, sondern auch darauf, welche Endgeräte eingesetzt werden und wie diese abgesichert sind. Ich war dort auch in der Forensik. Das ist ja ein spezieller Fall, bei dem es nicht nur um Patientendaten und Datenschutz geht. Im Fall einer Entweichung muss auch dafür Sorge getragen werden, dass ein Fahndungsersuchen erfolgen kann und dann beispielsweise auch Bilder der entwichenen Personen - das gab es auch in der Zeit - zur Verfügung stehen, die dann auch digital weitergesendet werden können.

Wie steht es um die Informationsschnittstellen? Im AMEOS-Klinikum werden gerade durch den monatelangen Ausfall auch systematisch Privathandys eingesetzt, um beispielsweise außerhalb der Klinik Termine für Patienten zu vereinbaren. Denn nachdem die Cyberabteilung dort alles heruntergefahren und alle externen Verbindungen gekappt hat, gibt es dort zurzeit keine Anschlüsse und keine entsprechenden Geräte. Wie steht es um die Informationskanäle aus solchen Einrichtungen zu den Sicherheitsbehörden, und wie beurteilen Sie den Einsatz privater Endgeräte gerade auch im Bereich der kritischen Infrastruktur?

Herr **Röhrh** (MI): Ich versuche gerne, diese Fragen zu beantworten. Allerdings kann ich sie vielleicht nur etwas allgemeiner beantworten. Zum einen gelten die allgemeinen Anforderungen aus den fachlichen Spezialgesetzen, wie beispielsweise aus dem bereits erwähnten SGB V, an die Informationssicherheit oder, genauer gesagt, an das Informationssicherheitsmanagement - dabei geht es ja eigentlich um Risikomanagement - für alle Kliniken oder Gesundheitseinrichtungen im Anwendungsbereich. Zunächst einmal ist der Betreiber - in diesem Fall AMEOS als Konzern; mir ist allerdings dessen Struktur nicht bekannt, ob etwa die einzelnen Krankenhäuser eigene Gesellschaften sind - bzw. der Leitungsbereich der betreffenden Einrichtungen dafür verantwortlich, dass die gesetzlichen Anforderungen eingehalten werden. Ich kann jetzt nicht auf bestimmte Einzelfälle eingehen, was speziell die KRITIS-regulierten Einrichtungen betrifft. Wir können als Landesverwaltung und Landesregierung nicht öffentlich beispielsweise dazu Stellung nehmen, welche Einrichtungen in Niedersachsen KRITIS-Einrichtungen sind oder nicht sind. Diese Informationen sind nicht für die Öffentlichkeit bestimmt.

Ich kann aber, was die Rolle des BSI als Aufsichtsbehörde für KRITIS-regulierte Einrichtungen betrifft, allgemein sagen, dass dort natürlich auch entsprechende Überprüfungen stattfinden. Die Kommunikationswege, die ich vorhin ansprach, bezogen sich vor allen Dingen auf den Bereich der KRITIS-regulierten Einrichtungen auf Meldungen von Vorkommnissen, die oberhalb bestimmter Kritikalitätskriterien und anderer Kriterien, also oberhalb bestimmter Schwellenwerte sind.

Die Frage speziell zu dem Fall von AMEOS betrifft ein bisschen den polizeilichen Bereich. Dazu bin ich möglicherweise nicht vollständig sprechfähig. Wenn es dazu weitere Nachfragen gibt, müssten wir sie gegebenenfalls im Nachgang beantworten. Nach unseren Kenntnissen wurden die Ermittlungen federführend von der Polizei in Sachsen-Anhalt geführt. Ich meine mich auch zu erinnern - bitte nageln Sie mich aber nicht darauf fest -, dass dort eine Strafanzeige gestellt wurde. Die polizeilichen Ermittlungen finden dann dort statt. Eine Würdigung etwaiger Gesetzesverstöße, wenn zum Beispiel gesetzliche Anforderungen nicht eingehalten werden, würde im Rahmen der Strafermittlungen durchgeführt. Das heißt, das wäre dann ein polizeiliches Thema. Die Polizeien untereinander haben ja im Strafermittlungsbereich ihre eigenen Wege.

Es ist wichtig, dass wir, wie Sie es schon richtig angesprochen haben, diese verschiedenen Dimensionen voneinander trennen. Das Strafermittlungsverfahren ist also etwas anderes als beispielsweise das datenschutzrechtliche Verfahren und ist wiederum etwas anderes als Informations- oder Cybersicherheitsmanagement usw. Das müsste man dann im Zweifel abschichten. Bei diesem konkreten Einzelfall gibt es, wie erwähnt, Bereiche, zu denen wir uns in dieser Sitzung nicht öffentlich äußern können.

Habe ich damit Ihre Fragen beantwortet?

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): In der öffentlichen Sitzung erst einmal: Ja.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank an alle Beteiligten für diese ausführliche Unterrichtung. Im Hinblick auf die sehr komplexen Details möchte ich jetzt keine Detailfrage stellen, sondern die Unterrichtung zunächst eingehend auswerten. Mir hat sich allerdings als Volksvertreterin die Frage gestellt, was eigentlich unsere Bürger*innen draußen interessiert. Für sie ist ja die Frage wichtig, ob wir krisenresilient gut aufgestellt sind. Zu dieser Frage bitte ich Sie, eine Gesamtschau zu geben vor allem im Hinblick auf das, was Sie referiert haben. Sind wir aktuell für Angriffe auf die kritische Infrastruktur, wenn wir auch an Cybersicherheit denken, gut aufgestellt oder auf einem sehr guten Weg? Wenn irgendwo Lücken bestehen: In wessen Verantwortung liegen sie? Nach Ihren Ausführungen liegt manches in der Zuständigkeit des Bundes, manches ist ein Länderauftrag, auch die Krankenkassen spielen eine Rolle ebenso wie sicherlich auch die Träger und Gemeinden. Vielleicht können Sie dazu einen kleinen Einblick geben in dem Maße, wie das in öffentlicher Sitzung möglich ist.

Herr **Dobberstein** (MS): Man muss sich überlegen, von welchen Szenarien man ausgeht. Wenn wir vom Bündnisfall ausgehen und zum Beispiel mit 1 000 Patientinnen und Patienten zusätzlich pro Tag rechnen, die bundesweit versorgt werden müssten, dann würde nach dem bewährten Königsteiner Schlüssel ungefähr ein Zehntel von ihnen auf Niedersachsen entfallen. Das könnten wir aktuell sicherlich ganz gut bewältigen. Wir haben ein sehr gutes Netz an Traumazentren mit leistungsfähigen Hochschulkliniken und leistungsfähigen Maximalversorgern, die das bewältigen können. Wenn es darüber hinaus um weitere Szenarien geht, die eine akutere Bedrohung von uns selbst zur Folge hätten, dann müssen wir, glaube ich, so ehrlich sein, dass wir uns da noch auf den Weg machen müssen, besser zu werden. Die Sensibilität ist vorhanden. Wir wissen auch, an welchen Stellschrauben wir drehen müssen, um da besser werden zu können. Aber das ist sicherlich eine Herausforderung, die wir jetzt ganz dringend angehen müssen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Zu dem Hackerangriff auf den Klinikkonzern AMEOS im Juli 2025, auf den sich die Unterrichtung unter b) entsprechend dem Antrag der CDU-Fraktion bezieht, würden mich die Abläufe interessieren. Von wem ist die Landesregierung wann unterrichtet worden? Hat das BSI die Meldung vorgenommen?

In der Antwort auf unsere Kleine Anfrage, die am 18. August 2025 beim MS eingegangen ist, heißt es, dass „eine niedersächsische Betroffenheit bisher nicht festgestellt werden“ konnte. Ich weiß aber, dass im Oktober, also zwei Monate später, die Patientinnen und Patienten in Niedersachsen immer noch nicht wussten, ob ihre Daten betroffen sind. Auch der Sprecher von AMEOS hat mitgeteilt - das liegt mir auch vor -, dass sie nicht wissen, welche Standorte betroffen sind. Daher würde mich interessieren, woher die Landesregierung zwei Monate zuvor wusste, dass Niedersachsen gar nicht betroffen ist, während AMEOS das zwei Monate später selbst gar nicht mitteilen konnte und auch die Patientinnen und Patienten in Niedersachsen das immer noch nicht wussten.

Abschließend würde mich natürlich interessieren, wie der aktuelle Stand ist. Können Sie jetzt sagen, dass keine Patienten aus Niedersachsen betroffen sind und dass keine Einrichtung betroffen war? Wenn Sie das nicht wissen, würde mich interessieren, was unternommen wurde, um an diese Information zu gelangen.

Herr **Röhl** (MI): Ich bin im Moment nicht vollständig sprechfähig, was die konkreten Abläufe betrifft. Auch was den Wortlaut betrifft, den Sie ansprechen, kann ich jetzt nicht abschließend dazu Stellung nehmen, inwieweit die Auskunft von AMEOS-Seite sinngemäß beispielsweise war: Wir wissen, dass Niedersachsen nicht betroffen ist, oder: Wir wissen nicht, ob Niedersachsen betroffen ist. - Die Frage der Betroffenheit und auch der Datenabflüsse liegt ja zunächst einmal im Verantwortungsbereich des Betreibers. Das ist also nicht etwas, wofür das Land originär die Zuständigkeit und Verantwortung hat, sondern gerade die Frage des Datenabflusses ist zunächst einmal auch eine datenschutzrechtliche Frage, bei der die Verantwortlichkeiten rechtlich ganz klar verortet sind, nämlich genau bei der verantwortlichen Stelle - wie es in diesem Rechtsbereich heißt -, dem Betreiber. Zu diesem Punkt kann ich jetzt nur allgemein Stellung nehmen. Dazu, wie einzelne Abläufe beispielsweise ab dem Zeitpunkt des Eingangs einer Strafanzeige in der polizeilichen Schiene konkret gewesen sind, kann ich im Moment leider nicht Stellung nehmen. Es müsste gegebenenfalls geprüft werden, ob und was dazu im Nachgang schriftlich oder möglicherweise in einer nicht öffentlichen Sitzung geantwortet werden kann.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Schendel an. Dieses Thema ist sehr komplex. Es ist sehr deutlich geworden, dass Probleme erkannt worden sind und dass daran gearbeitet wird. Man kann aber wahrscheinlich nicht beurteilen, ob jetzt wirklich überall absolute Sicherheit besteht - die es im Bereich der Cybersicherheit und auch in den anderen Bereichen wohl nie geben wird -; aber das Ziel ist, dem möglichst nahe zu kommen.

Ich fand die Unterrichtung sehr wertvoll und sehr ausführlich auch im Hinblick auf die einzelnen Punkte in dem Antrag der CDU-Fraktion. Wir werden sie noch einmal in Ruhe auswerten und uns unsere eigenen Gedanken dazu machen, was wir im Bereich der Sicherheit als vordringlich einschätzen. Vielen Dank für die ausführliche Unterrichtung. Die Fragen wurden aus unserer Sicht sehr ausführlich beantwortet.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Weil aus unserer Sicht unserem Unterrichtungswunsch explizit zu AMEOS nicht umfassend entsprochen worden ist, erwarten wir, dass die Fragen in unserem Antrag auf Unterrichtung vom 17. September 2025 zum Klinikkonzern AMEOS, der der Einladung zu der heutigen Sitzung extra angehängt wurde, gerne auch in nicht öffentlicher Sitzung beantwortet werden. Diese Bitte möchte ich hiermit explizit formulieren, weil aus unserer Sicht dieser Unterrichtungswunsch nicht abschließend bearbeitet ist. Die Fragen von Herrn Uhlen und Frau Ramdor zeugten davon, dass sie nicht hinreichend beantwortet werden konnten. Auch die Widersprüche zu der Antwort auf die Kleine Anfrage konnten nicht ausgeräumt werden.

Ich habe noch eine Nachfrage und sehe ein, dass Sie es umschiffen, wenn ich die Zitate des Ministers anführe, weil er ja nicht hier ist. Wenn er hier wäre, könnte er uns sicherlich sehr gut erklären, was er mit dieser Forderung meint und vor allem, an wen er die Forderung richtet, dass solche Sicherheitsmaßnahmen an Krankenhäusern finanziert werden. Sehen wir einmal davon ab, dass die HAZ mit der Überschrift „Bunker für Krankenhäuser“ aufmacht. Aber nehmen wir nur mal den Punkt, dass in dem Neubau für die MHH in Parkhäusern in unteren Etagen Wasseranschlüsse, Stromanschlüsse und Gasanschlüsse vorgesehen werden. Auch das haben Sie ja im Rahmen der Unterrichtung angeführt. So etwas kostet erhebliche Summen. Was, wenn nicht genau das, könnte der Minister in seinem Verantwortungsbereich selbst und/oder das MWK in dessen Verantwortungsbereich machen? So wie es sich darstellt, hat der Minister im Dezember in der HAZ große Forderungen erhoben, und das Einzige, was Sie heute mitbringen, ist der Hinweis auf den Bund, dass mit dem Gesundheitssicherstellungsgesetz doch sicherlich Fördermittel

kämen, und dass man gucken will, ob 2029, 2030, 2031 und in den folgenden Jahren irgendwo Geld zur Verfügung steht, um dann so etwas zu machen, während das Land aktuell selbst dabei ist, solche Klinikbauten zu errichten, und eben nicht das macht, was der Minister hier groß postuliert. Mich ärgert - das merkt man vielleicht auch -, dass der geneigte HAZ-Leser davon ausgehen muss, dass irgendetwas daraus folgt, wenn sich der Gesundheitsminister so äußert. Es verursacht nur Frustration nicht nur bei mir, sondern auch beim geneigten HAZ-Leser, wenn aus dieser Forderung des Ministers überhaupt nichts abzuleiten ist. Das haben Sie aus meiner Sicht mit dieser Unterrichtung sehr deutlich zum Ausdruck gebracht.

Ich nehme heute mit, dass der Minister irgendetwas postuliert - auch im Zusammenhang mit der Übernahme der Gesundheitsministerkonferenz gab es große Ankündigungen -, aber das, was im MS konkret auch in Zusammenarbeit mit dem MI passiert, ist hier nicht zur Sprache gekommen. Damit bleibt das absolut leere Luft und heute bei dieser Unterrichtung unbefriedigend.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Wir haben ja zunächst die Unterrichtung entgegengenommen, aber jetzt hat Herr Holsten sozusagen als Abschluss eine politische Schlussfolgerung vorgesehen. Ich kann mich nicht des Eindrucks erwehren, dass damit zum Schluss eine Feststellung getroffen werden sollte, auf die Sie sich später immer berufen können nach dem Motto: „Wie wir alle festgestellt haben - - -“ So ist es aber nicht. Natürlich können bereits bestehende Planungen für Bauten nicht noch einmal aufgemacht werden - das wissen wir gerade am Beispiel der MHH sehr ausführlich -, ohne dass dadurch riesige Folgekosten entstehen. Wenn eine Planung neu angegangen wird, dann wird das möglicherweise erst zwei Jahre später realisiert. Das wird so nicht möglich sein.

Die außenpolitische Lage hat sich verändert und wird uns sicherlich auch dazu zwingen, in Zukunft die kritische Infrastruktur noch einmal ganz anders zu betrachten. Das kann man jetzt aber nicht einfach pauschal für alle Bauten machen, deren Planung irgendwann zu einem früheren Zeitpunkt begonnen wurde. Wenn sich der Minister an den Bund wendet, dann mit Sicherheit deshalb - ich weiß das nicht; er hat es mir nicht gesagt, aber das ist doch schon denklogisch klar -, weil man vom Bund auch bestimmte Mittel braucht, um solche Investitionen vornehmen zu können. Vor diesem Hintergrund würde ich das jetzt hier nicht thematisieren wollen, weil der Minister auch nicht hier ist. Anderenfalls könnte er das tatsächlich erklären. Das ist aber nicht Gegenstand der Unterrichtung, die die CDU-Fraktion beantragt hat. Ich finde wirklich - ich sage es noch einmal -, dass diese Fragen sehr ausführlich beantwortet worden sind. Daraus müssen wir als Parlamentarierinnen und Parlamentarier Schlüsse ziehen und dann entsprechende Anträge formulieren, die auf der Grundlage dessen, was wir gehört haben, Sinn machen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): War das ein Antrag auf eine weitere Unterrichtung in nicht öffentlicher Sitzung, oder folgt der Antrag noch?

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Das war ein Antrag mit dem Inhalt: Der Unterrichtungswunsch wurde nicht abgearbeitet, daher Wiedervorlage in einer der nächsten Sitzungen, um gegebenenfalls - falls dies vonseiten der Landesregierung gewünscht werden sollte - in nicht öffentlicher Sitzung unserem Unterrichtungswunsch vom 17. September 2025 abschließend nachzukommen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Das ist also der Wunsch auf eine erneute Unterrichtung.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Konkret zu AMEOS.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Es obliegt dann der Entscheidung der Landesregierung, ob die Unterrichtung in einem nicht öffentlichen Teil der Sitzung erfolgen muss.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Sofern dafür ein nicht öffentlicher Sitzungsteil erforderlich ist, würden wir dem zustimmen, weil dann ja möglicherweise neue Erkenntnisse hinzukommen können.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich stelle das Einvernehmen im Ausschuss über diesen Unterrichtswunsch fest. In einer der nächsten Sitzungen wird das Thema AMEOS noch einmal aufgerufen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Dazu gab es am 18. August 2025 auch eine kleine Anfrage. Es wäre schön, wenn die Landesregierung dann dazu auch sprechfähig wäre.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Das wird die Landesregierung schon hinbekommen. - Weitere Wortmeldungen gibt es zu diesem Tagesordnungspunkt nicht. Ihnen allen vielen Dank für diese Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 5:

Einführung eines digitalen landesweiten Pflegeportals - schneller und transparenter Zugang zu Heimplätzen

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/8881

direkt überwiesen am 05.11.2025

AfSAGuG

zuletzt behandelt: 77. Sitzung am 04.12.2025 (Unterrichtung durch die Landesregierung)

Verfahrensfragen

Abg. **Eike Holsten** (CDU) teilt mit, dass interfraktionell eine Verständigung darüber herbeigeführt worden sei, zu dem Antrag eine schriftliche Anhörung durchzuführen und für die Benennung von Anzuhörenden den Schlüssel 2 : 2 : 1 : 1 zugrunde zu legen.

Beschluss

Der **Ausschuss** beschließt, zu dem Antrag eine schriftliche Anhörung durchzuführen. Der Kreis der Anzuhörenden nach dem Schlüssel 2 : 2 : 1 : 1 soll der Landtagsverwaltung zeitnah seitens der Fraktionen mitgeteilt werden.

Tagesordnungspunkt 6:

Pflege braucht Planungssicherheit - NuWGBauVO praxistauglich gestalten und Versorgung sichern

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/9258

direkt überwiesen am 10.12.2025

AfSAGuG

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen

Im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit sieht Abg. **Jan Bauer** (CDU) davon ab, den Antrag im Einzelnen vorzustellen und zu begründen. Er hebt die Notwendigkeit hervor, sich mit diesem Antrag der CDU-Fraktion zur Planungssicherheit und Sicherung der Versorgung im Pflegebereich eingehend zu befassen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) merkt an, auch die anderen Mitglieder des Ausschusses würden sicherlich bei ihren Besuchen von Pflegeeinrichtungen und insbesondere von Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf die Verordnung über bauliche Anforderungen für unterstützende Einrichtungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWGBauVO) bzw. auf die Heimmindestbauverordnung angesprochen. Je dichter man dabei an das Bundesland Bremen gelange, desto mehr stelle man allerdings fest, dass in anderen Bundesländern eine andere Handhabung praktiziert werde. Viele Einrichtungen wünschten sich dies ebenso. Vor diesem Hintergrund bitte die CDU-Fraktion um eine Unterrichtung durch die Landesregierung zu ihrem Antrag.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung um eine Unterrichtung in einer der nächsten Sitzungen.

Tagesordnungspunkt 7:

Unsichtbare Folgen sichtbar machen: FASD wirksam begegnen und Hilfe ermöglichen

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/9261

direkt überwiesen am 10.12.2025

federführend: AfSAGuG

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

Beginn der Beratung, Verfahrensfragen

Abg. **Eike Holsten** (CDU) hebt hervor, dieser Antrag der CDU-Fraktion betreffe ein sehr ernstes Thema. Er habe sich darüber auch in einer Beratungsstelle zum Formenkreis der Fetalen Alkoholspektrumsstörungen (FASD) informiert, die leider aller Voraussicht nach wegen mangelnder Unterstützung mit ausreichenden finanziellen Mitteln ihre Arbeit einstellen müsse. Diesbezüglich stehe er auch mit dem MS in Kontakt. Das Leid der FASD-Betroffenen sei sehr groß, und er sei vor allem von der hohen Zahl der FASD-Betroffenen sehr überrascht gewesen. Er habe es nicht für möglich gehalten, dass heutzutage überhaupt noch alkoholgeschädigte Kinder zur Welt kämen. Vor diesem Hintergrund bitte er dringend um eine Unterrichtung durch die Landesregierung zu diesem Antrag, um auch in Erfahrung zu bringen, welche Beratungsangebote in diesem Bereich beständen und welche Arbeit sie leisteten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag.

Tagesordnungspunkt 8:

Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren

Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5086

dazu: **Eingabe 1395/08/19**

*erste Beratung: 46. Sitzung am 29.08.2024
AfSAGuG*

zuletzt behandelt: 64. Sitzung am 12.06.2025 (Anhörung)

Beratungsgrundlagen:

- **Vorlage 12:** Änderungsvorschlag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 12.01.2026)
- **Nachtrag 1 zur Vorlage 12:** Änderungsvorschlag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 15.01.2026

Fortsetzung der Beratung

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU) dankt den Ausschussmitgliedern der Fraktionen der SPD und der Grünen für die sehr konstruktive Zusammenarbeit bei der Beratung dieses Antrags, in deren Rahmen sich auch die vielen vom Fatigue-Syndrom Betroffenen sehr gehört gefühlt hätten. Der finale Beschlusstext sei auch mit den beteiligten Ministerien abgestimmt worden. Mit dem Nachtrag 1 zur Vorlage 12 vom heutigen Tage würden noch zwei Änderungen gegenüber dem Beschlusstext in der Vorlage 12 vorgenommen, um zum einen klarzustellen, dass das Projekt ACCESS nicht ein bundesweites Projekt, sondern ein Vorhaben der Medizinischen Hochschule Hannover sei, und um zum anderen unter Nr. 10 eine sprachliche Konkretisierung vorzunehmen.

Der Abgeordnete hebt abschließend hervor, dass die CDU-Fraktion sich auch weiterhin mit diesem Thema befassen werde, weil es wichtig sei, die Betroffenen nicht aus dem Blick zu verlieren.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) schließt sich dem Dank des Abg. Uhlen für die sehr konstruktive Zusammenarbeit an, bei der sich gezeigt habe, dass alle dasselbe Ziel eine. Zwar könne man aus der Opposition heraus auch immer noch andere Forderungen erheben. Erfreulicherweise sei es aber gelungen, sich über die Aufnahme von Hinweisen aus der Anhörung zu dem Antrag zu verständigen. Denn den beteiligten Fraktionen sei es ernst, den vom Fatigue-Syndrom schwer betroffenen Menschen zu helfen. Dieser Antrag sei ein gutes Beispiel dafür, wie die Zusammenarbeit zwischen den Fraktionen gelingen könne.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE) dankt der CDU-Fraktion für die guten Beratungen zu dem gemeinsamen Antrag und bringt ihre Freude darüber zum Ausdruck, dass die Beratung des Antrags in der heutigen Sitzung abgeschlossen werden könne, nachdem auch noch letzte sprachliche Konkretisierungen gemeinsam abgestimmt worden seien. Mit den Mitteln, die über die politische Liste für eine Hausarztpraxis und eine Schwerpunktambulanz an der MHH zur Verfügung gestellt worden seien, könnten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie zum einen die Unterstützung

von ganz normalen Hausarztpraxen ausgestaltet sein müsse, damit vom Fatigue-Syndrom schwer betroffene Menschen dort zumindest ansatzweise Hilfe finden könnten, und wie sie zum anderen nachfolgend für die weitere Behandlung den Universitätskliniken zugeführt werden könnten. Auf die Ergebnisse sei sie schon sehr gespannt. Parallel dazu müssten auch schon Gespräche mit den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Ärztekammer geführt werden, um auf eine Übertragung der sicherlich positiven Ergebnisse auf die Fläche Niedersachsens hinzuwirken.

Die Abgeordnete hebt abschließend hervor, dass mit dieser Entschliebung ein gutes Zeichen dafür gesetzt werde, dass die an dieser Entschliebung beteiligten Fraktionen erkannt hätten, dass für die von ME/CFS oder Long- bzw. Post-COVID Betroffenen deutlich mehr getan werden müsse, und kündigt an, dass sie sich auf Bundesebene auch für die verstärkte Bereitstellung von Forschungsmitteln einsetzen würden.

Abg. **Delia Klages** (AfD) merkt an, dieser Antrag werde offenbar von einer breiten Mehrheit im Landtag getragen. Es sei anzuerkennen, dass sich die Fraktionen der SPD, der Grünen und der CDU im Anschluss an die Anhörung bei diesem Thema bewegt und Änderungen vorgenommen hätten. Dies sei schon mal ein erster Schritt. Sie, Frau Klages, hätte sich aber sehr gefreut, wenn sie noch einen kleinen Schritt weiter gegangen und auch die Gruppe der Post-Vac-Patienten in diesem Antrag berücksichtigt hätten, die ebenfalls deutlich in den Fokus gestellt werden müssten, weil sie auch Ansprüche hätten, wenn sie als Impfgeschädigte anerkannt seien. Da diese Gruppe jedoch in dem Antrag fehle, werde die AfD-Fraktion ihm nicht zustimmen und habe sie einen eigenen Antrag in den Landtag eingebracht, mit dem sich der Ausschuss noch unter dem nachfolgenden Tagesordnungspunkt befassen werde.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfiehlt dem Landtag, den Antrag in der Fassung des Änderungsvorschlags der Fraktionen der SPD, der CDU und der Grünen im Nachtrag 1 zur Vorlage 12 anzunehmen.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE

Ablehnung: AfD

Enthaltung: -

Ferner empfiehlt der Ausschuss dem Landtag zu der in die Beratung des Antrags einbezogenen **Eingabe 1395/08/19** den folgenden Beschluss:

Der Einsender der Eingabe ist über die Sach- und Rechtslage zu unterrichten.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE

Ablehnung: -

Enthaltung: AfD

*

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU) kündigt an, dass die Fraktion der CDU ihren Antrag in der Drucksache 19/1583 betreffend „Verbesserung der Situation von Betroffenen von ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom)“ zurückziehen werde.

Tagesordnungspunkt 9:

Fatigue-Syndrom ernst nehmen - Versorgung verbessern, Forschung stärken - Post-Vac sichtbar machen!

Antrag der Fraktion der AfD - Drs. 19/9264

direkt überwiesen am 10.12.2025

federführend: AfSAGuG

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

Beratung

Bezug nehmend auf ihre Ausführungen unter dem TOP 8 erklärt Abg. **Delia Klages** (AfD), dass die Fraktion der AfD mit diesem Antrag das Ziel verfolge, auch Post-Vac-Betroffene und deren Ansprüche sichtbar zu machen. Daher schlage sie vor, die Abteilungsleiter des Fatigue-Zentrums an der Universitätsmedizin Göttingen sowie des Zentrums an der Medizinischen Hochschule Hannover schriftlich dazu anzuhören, wie sie es ermöglichen wollten, dass genau diese Klientel der Post-Vac-Patienten sichtbar werde.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) ruft in Erinnerung, dass zu dem Antrag der Fraktionen der SPD, der CDU und der Grünen betreffend „Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren“ in der Drucksache 19/5086, dessen Beratung der Ausschuss unter dem TOP 8 abgeschlossen habe, auch Vertreterinnen und Vertreter von Universitätskliniken angehört worden seien. Bei diesem Antrag hätten sie nicht auf die Ursache der Erkrankung abgehoben, sondern hätten sie sich im Wesentlichen mit dem Krankheitsverlauf und der Fragestellung befasst, wie den Menschen mit diesem Erkrankungsbild geholfen werden könne. Sie hätten in der Anhörung auch deutlich gemacht, dass sie alle Betroffenen dazu zählten, und sie hätten keine Unterscheidung danach getroffen, ob Patienten glaubten, dass ihre Erkrankung von einer Impfung herrühre, oder ob die Erkrankung auf eine Infektion zurückzuführen sei. Ihnen sei es wichtig, dass *alle* betroffenen Menschen behandelt würden und dass es in der Zukunft ein möglichst breites Wissen über diese Erkrankung gebe. Nach ihrer Erinnerung sei in der Anhörung auch deutlich geworden, dass auch in der Behandlung nicht zwischen diesen Patientengruppen unterschieden werde, sondern die Betroffenen gehört und behandelt würden.

Vor diesem Hintergrund vermöge sie nicht nachzuvollziehen, welche darüber hinausgehenden Erkenntnisse die von der Abg. Klages vorgeschlagene Anhörung erbringen solle.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU) schließt sich den Ausführungen der Abg. Schüßler an. Er hebt hervor, dass in der Entschließung, die der Ausschuss dem Landtag unter TOP 8 zur Annahme empfohlen habe, auch zum Ausdruck komme, dass auch durch eine Impfung Krankheitsbilder ausgelöst werden könnten, die behandelt werden müssten. Auch diese Patientengruppe werde sehr ernst genommen, was sich auch darin zeige, dass die CDU-Fraktion eine Vertreterin dieser Patientengruppe für die Anhörung des Ausschusses in der 64. Sitzung am 12. Juni 2025 benannt habe, die unter den Neben- bzw. Nachwirkungen einer Corona-Impfung leide. Insofern bezweifle er, dass

durch die von der Abg. Klages vorgeschlagene Anhörung noch weitere Erkenntnisse gewonnen werden könnten.

Der in Rede stehende Antrag der Fraktion der AfD beinhalte mehr oder weniger nur eine Zusammenfassung der Anhörung im Juni 2025 und beziehe sich mehrfach auf diese Anhörung. Insofern erschließe sich auch nicht, weshalb das Verfahren mit einem weiteren Antrag noch einmal neu aufgemacht werden solle, zumal auch die Abg. Klages seinerzeit an der Anhörung teilgenommen und sich dabei auch intensiv mit Fragen eingebracht habe. Die CDU-Fraktion habe jedenfalls aus dieser Anhörung alle nötigen Erkenntnisse gewinnen können.

Vor diesem Hintergrund sei die CDU-Fraktion bereit, in der heutigen Sitzung über den Antrag der Fraktion der AfD Beschluss zu fassen.

An die Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) gewandt, legt Abg. **Delia Klages** (AfD) Wert auf die Feststellung, dass sie nicht in Abrede gestellt habe, dass alle Betroffenen unabhängig von der Ursache ihrer Erkrankung nicht gleichermaßen behandelt würden. Dass alle behandelt würden, sei deutlich zum Ausdruck gekommen. Bei dem Antrag der Fraktion der AfD gehe es jedoch um die Frage, ob es sich um einen schicksalhaften Verlauf infolge einer Infektion handle oder ob die Erkrankung aufgrund des Einsatzes des Vakzins entstanden sei. Ein schicksalhafter Verlauf sei tragisch ebenso wie der andere Fall; aber es könnten keine Ansprüche geltend gemacht werden. Hierin liege der große Unterschied. Wer aufgrund eines Impfschadens in eine solche kritische Situation gebracht worden sei, habe die Möglichkeit, Ansprüche geltend zu machen. Hierin liege der grundsätzliche Unterschied zwischen dem Antrag der Fraktionen der SPD, der CDU und der Grünen und dem Antrag der Fraktion der AfD.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfiehlt dem Landtag, den Antrag abzulehnen.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE

Ablehnung: AfD

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 10:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Sachstand der Novelle des Jugendfördergesetzes (JFG)

Der **Ausschuss** stimmt dem Antrag der Fraktion der CDU vom 10. Dezember 2025 (s. **Anlage 3** zu dieser Niederschrift) zu und bittet die Landesregierung um Unterrichtung in einer der nächsten Sitzungen.



Niedersächsischer Landesrechnungshof
Postfach 10 10 52 * 31110 Hildesheim

**Niedersächsischer
Landesrechnungshof**

Ausschließlich per E-Mail

Herrn
Ausschussvorsitzenden
MdL Lottke

Hildesheim, 19.01.2026

Terminnachbereitung der 79. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (AfSAGuG) am 15.01.2026

Unterrichtung durch den Niedersächsischen Landesrechnungshof unter TOP 1

Sehr geehrter Herr Ausschussvorsitzender Lottke,

vielen Dank für die Gelegenheit, in der 79. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (AfSAGuG) am 15.01.2026 unter TOP 1 unterrichten zu können.

In der Aussprache wurde durch die Abgeordneten die Bitte geäußert, die von mir in der Sitzung angeführte Schätzung zum Thema Pauschalfördermittel (§ 9 Absatz 3 KHG) im Nachgang nochmals schriftlich darzulegen. Dieser Bitte entspreche ich selbstverständlich gerne.

Nach Veröffentlichung des Positionspapiers des Niedersächsischen Landesrechnungshofs (LRH) hatte das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MS) bekanntlich ein bei „PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH“ (PD) beauftragtes „Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung“ veröffentlicht. Dieses Gutachten wurde erstmals in der Sitzung des Planungsausschusses am 18.06.2025 vorgestellt und taggleich im Internet veröffentlicht. Es bezieht die vom LRH thematisierten Überkapazitäten zahlenmäßig auf 5.000 Planbetten.



**Niedersächsischer
Landesrechnungshof**
Prüfen. Beraten. Berichten.
Für Niedersachsen.

Dienstgebäude
Justus-Jonas-Straße 4
Zufahrt: Peiner Straße 57
31137 Hildesheim

Telefon
(0 51 21) 93 8-5
Telefax
(0 51 21) 93 8-6 00

Für die Abschätzung von Effizienzpotenzialen lege ich diese 5.000 Planbetten zugrunde. Weiter setze ich als jährliche Pauschalförderung für Krankenhäuser in Niedersachsen gemäß § 9 Absatz 3 KHG moderat den Wert 120 Mio. € an. Ich beziehe mich diesbezüglich auf die Haushaltrechnung des Jahres 2023 (Kapitel 05 41, TGr. 73; Ist-Ausgaben von 128.785.823,88 €). Zusätzlich belegen (nicht öffentliche) Erhebungsunterlagen einen Planbettenbezug im Bereich um 75 % bei einem jährlichen planbettenabhängigen Fördervolumen von über 93 Mio. €. Die konkreten Werte belaufen sich für das Jahr 2024 auf ein Haushaltsvolumen von 93.063.092,13 € (Anteil ca. 77%) bzw. für das Jahr 2023 auf ein Haushaltsvolumen von 94.255.650,00 € (Anteil ca. 73,5%). Als Größe rechne ich vorsichtig mit dem Wert 93 Mio. € als Planbettenbezug – diesen teile ich durch 39.557 Planbetten gemäß Krankenhausplan.¹ Als Ergebnis erhalte ich gerundet 2.350 € pro Jahr und Planbett. Multipliziert mit 5.000 Planbetten ergibt sich daraus das geschätzte Effizienzpotenzial von 11,8 Mio. €.

Ich möchte unterstreichen, dass das Gutachten des MS somit die vom LRH aufgeworfene (unmittelbare) Auswirkung der Planbettenproblematik auf den Landeshaushalt anschaulich belegt. Exakte Werte ließen sich naturgemäß erst auf Grundlage einer auslastungsbasierten Fortschreibung des Krankenhausplanes ermitteln, die vornehmlich vom MS zu liefern wäre. Bitte vergleichen Sie dazu auch die Empfehlung des LRH im Positionspapier. Vorteilhaft wäre es, mit dieser Grundlage sowie mit einer aktuellen Planbettenanzahl nicht nur sicherzustellen, dass für die Allokation wertvoller Landesmittel der „richtige Teiler“ (Divisor) für Berechnungen bereitsteht. Es wäre folglich auch gewährleistet, dass alle bedarfsgerechten und tatsächlich leistungsfähigen Krankenhäuser den ihnen wirklich zustehenden Anteil an der Pauschalförderung erhalten.

Gerne wiederhole ich an dieser Stelle, dass der LRH keine pauschale Einsparung intendiert, sondern auf eine bedarfsgerechte Allokation knapper öffentlicher Landesmittel achtet. Das auch mit Blick darauf, dass aus der Struktur- und Standortfrage stets wichtige Anreiz- und Steuerungswirkungen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Niedersachsen erwachsen.

Mit freundlichen Grüßen

H a r t r i c h

¹ MS-Planbettenübersicht 2024.



CDU-Landtagsfraktion · Hannah-Arendt-Platz 1 · 30159 Hannover

Herrn
Oliver Lottke MdL
Vorsitzender des Ausschusses für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Eike Holsten MdL
Vorsitzender des Arbeitskreises
für Soziales

17. September 2025

per E-Mail:
oliver.lottke@lt.niedersachsen.de

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zur Vorbereitung der Krankenhäuser in Niedersachsen auf Zivilschutzfälle und zur Cybersicherheit

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

Laut NDR-Recherchen vom 16.09.2025 sind viele Krankenhäuser bislang nicht ausreichend auf Zivilschutzfälle wie militärische Angriffe oder großflächige Katastrophen vorbereitet. Schwierigkeiten bestehen insbesondere bei der Versorgungssicherheit, etwa der Frischwasserversorgung, beim Ausbau von Schutzräumen, bei der Vorbereitung des Personals auf den Ernstfall und mangelnde finanzielle Unterstützung für Übungen.¹ Gleichzeitig wird deutlich, dass die Verwundbarkeit nicht allein auf physische Gefahrenlagen beschränkt ist. Laut Medienberichten von *Hallo Niedersachsen* haben sich die Täter bei einem Hackerangriff auf den Klinikkonzern Ameos Anfang Juli 2025 Zugriff auf Daten von Patientinnen und Patienten sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschafft. Besonders kritisch ist dabei, dass es sich um hochsensible Gesundheitsdaten handelt und zudem bereits Klinikdaten im Darknet aufgetaucht sind.²

Im Namen der CDU-Fraktion beantrage ich daher eine mündliche Unterrichtung durch die Landesregierung in einer der kommenden Sitzungen des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Mit freundlichen Grüßen

Eike Holsten

¹ [Wie gut sind Krankenhäuser auf Ernstfälle vorbereitet? | tagesschau.de](https://www.tagesschau.de)

² [Hackerangriff auf Ameos-Kliniken: Standorte in Niedersachsen betroffen | ndr.de](https://www.ndr.de)



CDU-Landtagsfraktion · Hannah-Arendt-Platz 1 · 30159 Hannover

Herrn
Oliver Lottke MdL
Vorsitzender des Ausschusses für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

per E-Mail:
oliver.lottke@lt.niedersachsen.de

Eike Holsten MdL
Vorsitzender des Arbeitskreises
für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Gleichstellung

10. Dezember 2025

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Sachstand der Novelle des Jugendförderungsgesetzes (JFG)

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Lottke,

die Landesregierung plant eine grundlegende Neuausrichtung der Förderung der Jugendarbeit in Niedersachsen. Das Sozialministerium hat dafür einen umfangreichen Beteiligungsprozess durchgeführt, der inzwischen abgeschlossen ist. Aktuell liegen zwei Gutachten vor, die die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens auswerten. Deren Vorschläge werden von Praktikerinnen und Praktikern jedoch als vielfach realitätsfern kritisiert.¹ Im Namen der CDU-Fraktion beantrage ich daher eine mündliche Unterrichtung durch die Landesregierung in einer der kommenden Sitzungen des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Mit freundlichen Grüßen

Eike Holsten

¹ [„Die Vorschläge zur Novelle der Jugendförderung sind vielfach realitätsfern“](#)