

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

über die 93. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 3. September 2026

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/11367](#)
Vorstellung des Gesetzentwurfs 4
Aussprache 5
2. **Entwurf eines Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/11430](#)
Beginn der Beratung 15
Aussprache 17
3. **Krankenhausversorgung in Niedersachsen sichern - Spielräume der Krankenhausreform nutzen und Krisenfestigkeit stärken**
Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/10667](#)
Unterrichtung 22
Aussprache 26
4. **Investitionsprogramm für Krankenhausbaumaßnahmen 2026**
Unterrichtung - [Drs. 19/11475](#)
Unterrichtung 33
Beschluss 33

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. Heike Koehler (i. V. d. Abg. Laura Hopmann) (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
13. Abg. Eva Viehoff (unter TOP 2 vertreten durch den per Videokonferenztechnik zugeschalteten Abg. Nicolas Mülbrecht Breer) (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrat Dr. Oppenborn-Reccius (Mitglied),
Ministerialrätin Dr. Schröder.

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Lange.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:16 Uhr bis 12:26 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 92. Sitzung.

*

Unterrichtungswunsch

Entsprechend dem Wunsch der Abg. **Sophie Ramdor** (CDU) bittet der **Ausschuss** die Landesregierung um eine Unterrichtung über den aktuellen Sachstand im Nachgang zu der Unterrichtung in der 89. Sitzung am 21. Mai 2026 zur Umsetzung des Gesetzes zur Sicherung des Zugangs zum Schutz und Beratung bei geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt (GewHG) auf Landesebene sowie zu den Auswirkungen des Gesetzes auf Niedersachsen.

* * *

Tagesordnungspunkt 1:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/11367](#)

direkt überwiesen am 27.08.2026

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

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

Vorstellung des Gesetzentwurfs

Herr **Stradtman** (MS): Der vorliegende Gesetzentwurf dient in erster Linie der Anpassung landesrechtlicher Vorschriften an die Bundesgesetzgebung, die sich durch geänderte Vorschriften durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) ergeben haben. Die neuen Regelungen auf der Bundesebene, die bei der Bewilligung neuer Kapazitäten für Krankenhäuser auf Leistungsgruppen und Fallmengen abstellen, sind durch die bestehenden landesrechtlichen Regelungen, die auf Fachabteilungen und Planbetten abstellen, nicht mehr gedeckt und machen in Zukunft eine Bescheiderteilung auf der Ebene der landesrechtlichen Vorschriften unmöglich. Aus dieser Situation heraus war es notwendig, die Regelungen des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) in Bezug auf diese Problematik zu ändern.

Darüber hinaus hat der Bund durch neue Levelzuordnungen Regelungen geschaffen, die die Versorgungstufensystematik des Landes ersetzen.

Wir mussten auch im Rahmen unserer Regelungsbedarfe die Hochschulkliniken, die jetzt auch gesetzlich für die Versorgung der Bevölkerung zuständig sind, in die Gesetzessystematik einbringen.

Der Gesetzentwurf bietet auch die Möglichkeit zur Entbürokratisierung. Insbesondere in Fällen, in denen die gesetzliche Tatbestandsregelung eine zwingende Rechtsfolge nach sich zieht, ist eine Beteiligung des Krankenhausplanungsausschusses nicht mehr notwendig, weil sich selbst dann, wenn in diesem Fall das Einvernehmen im Planungsausschuss nicht hergestellt werden kann, die zwingende Rechtsfolge aus der Gesetzessystematik ergibt.

Letztendlich haben wir die Inhalte der zu erstellenden Bescheide nach dem neuen Recht über Leistungsgruppen und Fallmengen durch einen sogenannten Rahmenbescheid definiert, der nur noch die notwendigsten Sachen abbildet. Alle anderen Sachen in den Bescheiden ergeben sich aus anderen rechtlichen Vorschriften, die wir aber hier im Gesetz nicht abbilden müssen.

Am Ende des Gesetzentwurfs haben wir für den Zeitraum, in dem dieses Gesetz mit der neuen Regelung besteht, aber die neuen Bescheide ab 1. Januar 2028 noch nicht erstellt werden, eine Übergangsregelung eingefügt, die es ermöglicht, bei bestehenden Notwendigkeiten noch auf der Basis von Planbetten und Fachabteilungen Zuweisungen vornehmen zu können.

Die Systematik, dass bei rechtlich zwingenden Entscheidungen der Planungsausschuss nicht mehr beteiligt werden muss, habe ich schon erwähnt. Eine andere Einschränkung, mit der wir

das Verfahren erheblich vereinfachen und die Landesregierung nicht mehr bei jeder Änderung beteiligen wollen, ist einfach aus der Notwendigkeit geboren, dass das Fachreferat, das jetzt für die neuen Zuweisungen zuständig ist, ungefähr 2 800 Einzelbescheide anfertigen muss. Wir sind zu der Überzeugung gekommen, dass die Erstellung des Krankenhausplans nach wie vor durch die Landesregierung verabschiedet wird, aber dass wir bei notwendigen Folgeänderungen nicht mehr zwingend für jede Einzelmaßnahme die Landesregierung beteiligen müssen.

Aussprache

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben im Zusammenhang mit dem Planungsausschuss von Entbürokratisierung gesprochen. Deshalb meine Fragen: Besteht die Entbürokratisierung ausschließlich in dem Wegfall des Planungsausschusses, der nicht mehr benötigt wird? Was geschieht denn mit dieser Struktur des Planungsausschusses? Wissen die Mitglieder schon, wie es weitergeht?

Herr **Stradtman** (MS): Wir schaffen den Planungsausschuss natürlich nicht ab. Der Planungsausschuss wird weiter an allen wesentlichen Entscheidungen, die wir treffen, beteiligt, nur nicht in dem Fall, in dem per Gesetz eine Rechtsfolge zwingend ist. Ich möchte das kurz erklären, damit es verständlicher wird: Prinzipiell unterscheiden wir im Gesetz zwischen Rechtsfolgen, die zwingend vorgeschrieben sind - das sind sogenannte Ist- oder Mussentscheidungen; dabei hat die Behörde gar keine andere Möglichkeit, da bei Erfüllung des Tatbestandes die Rechtsfolge zwingend eintritt; ein Beispiel: wer mit mehr als 0,8 Promille Auto fährt, verliert zwingend seine Fahrerlaubnis -, und Ermessensvorschriften, bei denen die Behörde überlegen kann, welche Entscheidung sie trifft. Entscheidungen, an denen wir den Planungsausschuss nicht mehr beteiligen wollen, sind solche, bei denen im Gesetz eine zwingende Rechtsfolge vorgeschrieben ist. Wenn ein Krankenhaus beispielsweise länger als drei Monate den Betrieb einstellt, dann ist es nach den seit Jahren geltenden Regelungen im Niedersächsischen Krankenhausgesetz aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. In diesem Fall ist es entbehrlich, den Planungsausschuss zu beteiligen. Denn selbst dann, wenn dort kein Einvernehmen festgestellt werden kann, gibt die Rechtsfolge der Norm vor, dass es aus dem Krankenhausplan herauszunehmen ist. Aus unserer Sicht ist die Entbürokratisierung ein hilfreiches Mittel, in diesem Fall kein Planungsausschussverfahren einzuleiten.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Ist diese Vorgehensweise der einzige Tatbestand von Entbürokratisierung, die Sie in diesem Gesetzentwurf identifizieren können?

Herr **Stradtman** (MS): Wie ich bereits ausgeführt habe, lassen wir Fortschreibungen im Bereich der Krankenhausplanung nicht mehr über die Landesregierung laufen, sondern nur noch die Erstellung des Krankenhausplans, also das Grundwerk, läuft über die Landesregierung und den Landtag. Wir wollen den Landtag und die Landesregierung von der Notwendigkeit befreien, bei 2 800 Einzelentscheidungen jedes Mal mitwirken zu müssen. Das ist eine wirkliche Form der Entbürokratisierung insbesondere für Sie. Ansonsten beschneiden wir an keiner Stelle die Rechte des Planungsausschusses und der Landesregierung.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die Vorstellung und Erläuterung des Gesetzentwurfs. Sie haben auf die umfangreiche bundesgesetzliche Neuordnung und die neuen Gesetze auf der Bundesebene hingewiesen, die jetzt eine Anpassung unseres gut aufgestellten Krankenhausgesetzes notwendig machen. In der Verbandsbeteiligung sind nicht viele Rückmeldungen eingegangen. Sie haben die Rückmeldungen eben in Teilen schon eingebracht. Wir werden uns

als Parlamentarier mit diesen Anmerkungen auseinandersetzen müssen. Das halte ich immer für wichtig, weil wir das ja aus einer anderen Sicht betrachten als die Gruppen, die von einer solchen Änderung betroffen sind.

Ich habe an dieser Stelle nicht viele Fragen. Meine Fragen richten sich eher an die Verbände, die sich im Rahmen der Verbandsbeteiligung geäußert haben.

Die Ausführungen seitens des Ministeriums halte ich für wichtig. Wir müssen jetzt Rechtssicherheit schaffen und das Niedersächsische Krankenhausgesetz entsprechend anpassen. Ich halte es auch für wichtig, dass durch die erwähnte Übergangsregelung eine größere Sicherheit geschaffen wird.

Wir möchten zu diesem Gesetzentwurf eine Anhörung durchführen, allerdings im schriftlichen Verfahren, damit wir zeitnah über den Gesetzentwurf beschließen und so auch Sicherheit für die Krankenhausbetreiber schaffen können.

Ich habe gelesen, welche Hinweise in den Stellungnahmen im Rahmen der Verbandsbeteiligung eingegangen sind. Mich würde in diesem Zusammenhang interessieren, welcher Hinweis im Ministerium noch abgewogen wurde, bei dem man sagen kann, dass es nicht ganz eindeutig ist?

Herr **Stradtman** (MS): Die deutlichsten Stellungnahmen der Verbände beziehen sich darauf, dass aus unserer Sicht bei gebundenen Entscheidungen, wie ich es vorhin dargestellt habe, eine Beteiligung des Planungsausschusses nicht mehr notwendig ist, weil sie an der Entscheidung nichts ändern würde. Dazu haben wir - das sage ich ganz offen - harsche Kritik erfahren. Wir greifen aber mit der jetzt vorgenommenen Regelung auf eine seit vier Jahren bestehende Regelung im Niedersächsischen Krankenhausgesetz zurück und konkretisieren diese nur, indem wir einfach regeln: In diesen Fällen ergibt es keinen Sinn, den Planungsausschuss zu beteiligen. Daran ist fundamentale Kritik geäußert worden. Aber ich sage es jetzt mal so formal: Wenn man diese Regelung nicht will, dann muss man auf die Ursprungsregelung abstellen. Dass wir jetzt diese bestehende Regelung in der Praxis umsetzen, ist aus meiner Sicht nur folgerichtig, weil es keinen Sinn ergibt, den Planungsausschuss mit solchen Sachen zu befassen, wenn dabei am Ende ohnehin dieselbe Rechtsfolge herauskommt.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank für die Vorstellung des Gesetzentwurfs. Dabei geht es tatsächlich um sehr viele technische Änderungen im Nachgang zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und Krankenhausreformenpassungsgesetz. Dazu möchte ich gerne einige technische Verständnisfragen stellen.

Ich möchte aber zunächst vorwegschicken: Dass wir mit der Festlegung in § 36 des Gesetzentwurfs, dass wir erst Ende 2027 anstelle von Ende 2026 fertig werden - darüber reden wir auch unter TOP 3 -, nicht glücklich und dementsprechend nicht einverstanden sind, brauche ich, glaube ich, nicht weiter auszuführen.

Nun zu meinen Fragen:

Erste Frage: Sie haben in der 85. Sitzung am 9. April 2026 erklärt, dass der Gesetzentwurf bereits fertig sei, die Verbandsbeteiligung abgeschlossen sei und diese nun ausgewertet werde. Gleichzeitig haben Sie die zweite schlanke Antragsrunde für Ende Mai, Anfang Juni angekündigt, die für Planungsarbeiten gebraucht werde. Heute ist der 3. September 2026. Was hat zwischen dem Abschluss der Verbandsbeteiligung im April 2026 und dem Kabinettsbeschluss Mitte August

2026 so lange gedauert, sodass der Gesetzentwurf erst vier Monate später dem Kabinett vorgelegt worden ist?

Zweite Frage: Am 7. Mai 2026 haben Sie hier im Ausschuss erklärt, dass Regelungen zur Verbesserung des Informationsflusses und weitere notwendige Regelungen zur Steigerung der Resilienz in Krisenfällen Gegenstand des zweiten Verfahrens zur Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes seien. Jetzt liegt die zweite Novelle vor. Welche der damals angekündigten Regelungen finden sich jetzt konkret in diesem Gesetzentwurf? Ich finde keine darin. Warum enthält der Gesetzentwurf keine Regelungen in Bezug auf die Krisenresilienz, obwohl Sie im Mai 2026 angekündigt haben, dass diese Regelungen jetzt getroffen werden?

Herr **Stradtman** (MS): Das hängt damit zusammen, dass Ihnen momentan die erste Novellierungsfassung vorliegt. Wegen der umfangreichen Änderungen, die sich sonst im Gesetz ergeben hätten, haben wir im Prinzip das Ganze aufgesplittet. Die Ihnen jetzt vorliegenden Regelungen greifen nur die notwendigen Gesetzessystematiken aufgrund von Bundesregelungen und Verwaltungsvereinfachungen auf. Ich bin aktuell mit der zweiten Novellierung befasst, mit der dann die Krisenresilienzfaktoren eingebracht werden. Diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Gesetzgebungsverfahrens. Ihnen wird insofern noch ein zweites Änderungsgesetz zum Niedersächsischen Krankenhausgesetz vorgelegt werden.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Was hat vier Monate gedauert, und wann bekommen wir die zweite Novelle?

Herr **Stradtman** (MS): Die zweite Novelle liegt momentan bei mir auf dem Tisch. Ich habe noch einen Hinweis von einem Fachreferat bekommen, das eventuell Ergänzungsbedarf hat. Das ist relativ kurzfristig darstellbar. Insofern gehe ich davon aus, dass im Laufe der nächsten Woche die zweite Novellierung bei uns hausintern auf den Weg geht.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Es wäre gut und sinnvoll, wenn wir die Anhörung zu beiden Novellen durchführen könnten. Oder ist das seitens der Landesregierung nicht vorgesehen?

Herr **Stradtman** (MS): Dazu kann ich momentan nichts sagen. Das müsste ich mit dem Ministerbüro absprechen. Die Antwort auf diese Frage werde ich nachreichen.

Zu Ihrer Frage, warum das, wie Sie sagten, so lange gedauert hat: Es gab im Rahmen dieser Anhörung viel Kritik am Verfahren. Sie bezog sich teilweise auf Punkte, die relativ einfach zu regeln waren, und andere, über die ich mich noch einmal besonders gebeugt habe. Die Entscheidung über die Klärung dieser Fragen hat einfach so lange gedauert. Das kann ich Ihnen jetzt nicht im Einzelnen ausführlich erklären, aber es gab erhebliche Problemlagen, die ich bei der Entscheidung zu berücksichtigen hatte.

In der Sitzung am 7. Mai 2026 habe ich hier Herrn Dobberstein vertreten und habe ich in erster Linie auf die zweite Novellierung zur Krisenresilienz Bezug genommen. Die Krisenresilienz ist aber, wie dargestellt, nicht Gegenstand dieses Gesetzgebungsverfahrens.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Da es um die Anpassung an das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und das Krankenhausreformenanpassungsgesetz geht, stellt sich jedoch die Frage, ob in diesem Zuge auch die Krisenresilienz bei der Zuweisung auf der Agenda steht. Denn die Frage der Krisenresilienz stellt sich ja trotzdem.

Meine nächste Frage bezieht sich auf die Planfallzahlen. Im Januar 2025 hieß es noch, diese seien fachlich erforderlich, um Mengen zu steuern und die Versorgungsstruktur durch das Land zu beeinflussen. Dann kam man im Laufe der Zeit zu einer Mischung aus Ist- und Planfallzahlen und wollte man mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst über eine Regelung nachdenken. Im Januar 2026 sagte die Landesregierung, sie seien ein optionales Steuerungsinstrument. Daher meine Frage, damit ich das bei dem vorliegenden Gesetzentwurf richtig verstehe: Welches Modell gilt jetzt? Werden Planfallzahlen flächendeckend zwingend vorgegeben, nur gezielt als Steuerungsinstrument eingesetzt, oder gilt diese Mischung aus Ist- und Planfallzahlen?

MR **Vietze** (MS): Sie haben vollkommen recht: Wir haben angefangen, uns über Planfallzahlen Gedanken zu machen, als der Bund seine Krankenhausreform angekündigt hat. Wir haben gesagt, wir sehen, dass die Planfallzahl eine Steuerungswirkung für die Krankenhausplanung entfalten soll. Wir haben das auch in der Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes so aufgenommen: Entweder gibt die Landesregierung eine Planfallzahl vor, oder es greift das, was auf der Bundesebene im KHVVG und im KHAG steht, nämlich die Istfallzahl. Im Laufe der Ausarbeitung der Reform haben wir gemerkt, dass es auf der einen Seite sehr kompliziert zu planen ist, aber auf der anderen Seite nicht in allen Fallgestaltungen der Bedarf besteht, dass wir Planfallzahlen ausweisen, weil vieles in Niedersachsen ja auch gut geplant ist und wir davon ausgehen, dass wir das, was wir heute als Krankenhausplanung haben, auch mit den Leistungsgruppen fortentwickeln und fortschreiben wollen und die Istfallzahlen dort fachlich angemessen sind. Das Gesetz gibt uns beide Möglichkeiten: Wir können in der Planung eine Planfallzahl vorschlagen und Sie können dem folgen, oder wir können auf das Ist abstellen. Wir haben in der weiteren Befassung mit dem Thema auch mit dem Planungsausschuss gemerkt, dass wir grundsätzlich bei der ersten Leistungsgruppenzuweisung in vielen Fällen beim Ist bleiben werden, also keine Planfallzahl benötigen. Es wird aber Fallkonstellationen geben - das habe ich auch schon hier im Ausschuss vorgetragen -, in denen wir sicherlich Planfallzahlen brauchen. Das sind insbesondere Konstellationen, in denen das KHAG dies auch vorgibt, wo nämlich Umstrukturierungen bzw. Leistungsverlagerungen zwischen Standorten stattfinden, wo wir das machen müssen, damit die Krankenhäuser die richtige Fallzahl bekommen. Wir prüfen derzeit, welche einzelnen Konstellationen es noch geben wird, in denen das fachlich erforderlich ist.

Ich möchte an dieser Stelle aber schon auf einen Punkt auch in Richtung des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes hinweisen: Wir haben damals leichtfertig gesagt, weil wir noch gar nicht alles wussten: Wenn wir für die Leistungsgruppe und den Krankenhausstandort keine Planfallzahl machen, dann soll im Krankenhausplan stattdessen die Istfallzahl veröffentlicht werden, nämlich in der Erwartung, dass uns das InEK auf Bundesebene diese Fallzahl auch veröffentlicht. Ich weiß jedoch zum heutigen Stand gar nicht, ob das der Fall sein wird. Es gibt ja die 21er-Daten aus dem Krankenhausentgeltgesetz, mit denen ein Grouping nach aktuellem Ist in die Leistungsgruppen gemacht wird. Diese sind aber, weil es sich um Geschäftsgeheimnisse handelt und weil sie auch dem Patientendatenschutz unterliegen, nur für die Krankenhausplanung, also intern für uns. Das InEK wird diese Zahlen anwenden, um die Vorhaltevergütung zu berechnen, und die Vorhaltevergütung veröffentlichen. Das hat es angekündigt. Es hat aber nicht angekündigt, dass auch die Fallzahl veröffentlicht wird. Das heißt, wir stehen jetzt vor dem Problem, etwas noch einmal neu zu bewerten, was im vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht enthalten ist, und müssen gemeinsam mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst noch einmal unsere alten Überlegungen überprüfen, ob wir eigentlich im Krankenhausplan die aktuelle Istfallzahl ausweisen können oder ob dem der Datenschutz entgegensteht, und gegebenenfalls über Alternativen nachdenken.

Das kann ich zu diesem Thema sagen. Ich hoffe, Ihre Frage ist damit beantwortet.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank. Möglicherweise ist damit bereits eine meiner weiteren technischen Fragen beantwortet, bei der es auch um Gutachten des Medizinischen Dienstes und Datenschutz geht. Das hat sich vielleicht in diesem Zuge erledigt. Verstehe ich es richtig: Es bleibt bei der Mischform und ist nicht abschließend geregelt? Es ist eher noch eine Novelle zu erwarten, wenn das Formen angenommen hat, um dann irgendwann die Planfallzahlen herauszunehmen?

MR **Vietze** (MS): Nein, das ist nicht richtig. Wir haben im Gesetz beide Möglichkeiten und können davon als Planungsbehörde Gebrauch machen. Wir werden in der ersten Leistungsgruppenzuweisung als Landesregierung eine Mischform vorschlagen, wo wir Planfallzahlen festlegen, wenn uns dies fachlich erforderlich scheint, und müssen jetzt gemeinsam noch einmal bewerten - das war der letzte Punkt meiner Ausführungen -, ob wir die Istfallzahlen irgendwo veröffentlichen können oder ob sie uns von der Bundesebene gar nicht zur Verfügung stehen. Dann würden sie, anders als das jetzt im Gesetz steht - das müssen wir prüfen -, nicht veröffentlicht, sondern es würde für alle klar sein: Es bleibt bei dem Ist, ohne dass wir Fallzahlen in den Krankenhausplan eintragen können. Das müssen wir rechtlich bewerten.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Ich möchte jetzt auf die Krisenrelevanz bestimmter Krankenhäuser zu sprechen kommen. Im Krankenhausgesetz ist ja vorgesehen, dass das Land Ausnahmen zulassen kann, wenn ein Standort für eine flächendeckende Versorgung benötigt wird, und zwar im Einvernehmen - darauf wollen Sie ja hinaus - im kommenden Jahr mit den gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig stellt sich aber die Frage, wie wir darüber hinaus nicht nur die flächendeckende, sondern auch die für den Krisenfall relevante Versorgung sicherstellen. Darauf wollen Sie, so wie ich Sie vorhin verstanden habe, mit Ihrer zweiten Novelle hinaus. Was geschieht also, wenn ein Krankenhaus für Katastrophen- und Verteidigungsfälle unverzichtbar ist, aber einzelne Leistungsgruppen, die Sie im kommenden Jahr zuweisen wollen, die Qualitätskriterien nicht erfüllen und die GKV einer solchen Ausnahme nicht zustimmt? Hat nach der jetzt vorliegenden Novelle die Krisenresilienz oder -relevanz der Krankenhäuser bei der Entscheidung überhaupt ein Gewicht, oder nehmen Sie das in der zweiten Novelle auf? Ich meine, das wäre auch für die Anhörung zu dieser ersten Novelle sehr relevant.

Wie kann eigentlich überhaupt Krisenfestigkeit Bestandteil der zukünftigen Krankenhausstruktur sein, wenn die Zielplanung und Leistungsgruppenplanung bereits entwickelt wurden, bevor das Ministerium selbst ein belastbares Lagebild über die Resilienz der einzelnen Standorte hat?

Herr **Stradtman** (MS): Der vorliegende Gesetzentwurf betrifft nicht die Krisenresilienz, sondern nimmt die notwendigen Anpassungen für die Bescheiderstellung im zukünftigen Verfahren auf der Landesebene in Bezug auf das Bundesrecht vor. Weil an dieser Stelle, wie vorhin erläutert, eine gewisse Eilbedürftigkeit besteht, haben wir das Verfahren aufgesplittet. In der Folge dessen ist der vorliegende Gesetzentwurf überhaupt nicht mit Krisenresilienz in Verbindung zu bringen. - Das ist für Sie jetzt vielleicht ein unbefriedigendes Ergebnis, aber das ist rechtssystematisch einfach so. Deswegen würde ich alle Fragen zur Krisenresilienz jetzt nicht in Bezug auf diesen Gesetzentwurf beantworten wollen, weil der sich damit nicht auseinandersetzt.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Dann verkneife ich mir die Frage, was eigentlich in dem geltenden § 19 fehlt. Aber vielleicht mögen Sie das doch sagen, damit man eine Idee bekommt. Sie haben ja einiges angekündigt. Es war auch von Defiziten die Rede. Insofern stellt sich die Frage, ob Sie zu der Erkenntnis gekommen sind, dass zu selten oder nicht ausreichend organisationsübergrei-

fend in Bezug auf Cyber- oder Blackout-Lagen, Evakuierungen, militärische Szenarien und Zusammenarbeit mit der Bundeswehr geübt wird. Die Antwort können Sie jetzt durchaus kurz halten. Ich habe verstanden, dass das alles im Rahmen der zweiten Novelle stattfinden wird. Aber vielleicht gibt es ja schon eine Idee zu dem, was auf Ihrem Schreibtisch liegt.

In der 54. Sitzung des Ausschusses am 9. Januar 2025 wurde seitens des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes auf ein rechtliches Problem bei den Planungskompetenzen des MS und des MWK hingewiesen. Das haben Sie im vorliegenden Gesetzentwurf, wie ich dies verstehe, technisch aufgelöst. Mich interessiert, ob das mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst geeint wurde und ob diese schwierige Abgrenzung, die hier im Ausschuss immer mal wieder ein Thema war, jetzt gut gelungen ist.

In diesem Zusammenhang noch eine technische Frage - das ist ja alles recht kompliziert -: Wie wird bei der Festlegung der Planfallzahl konkret sichergestellt, dass die Entscheidung des MWK für die MHH und die UMG

(Abg. Eva Viehoff [GRÜNE]: Und für Oldenburg!)

und die Entscheidung des MS für die übrigen Krankenhäuser mengenmäßig aufeinander abgestimmt sind?

MR **Vietze** (MS): Ich bin erst mal dankbar, dass auch Sie diese Materie kompliziert finden und nicht nur ich. - Das MWK ist für die MHH und die UMG zuständig. Wir haben inzwischen auf der Arbeitsebene einen sehr belastbaren Austausch mit dem MWK gefunden. Wir haben erst neu-lich beraten und vereinbart, dass wir uns vor der Ausweisung von Planfallzahlen, die das MWK unter Umständen für die MHH und die UMG im Rahmen seiner Kompetenz vornehmen könnte, eng abstimmen. Das heißt, dass wir als Landesregierung ein abgestimmtes Vorgehen besprechen, sodass wir wissen, was für die MHH und die UMG aus der Sicht des MWK erforderlich ist, damit wir als MS auch die Gelegenheit haben, diese Überlegungen in die Planung der Versorgungsregionen für die Plankrankenhäuser einzubeziehen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Und die Antwort zu § 19?

Herr **Stradtman** (MS): Was genau wollen Sie zu § 19 erörtert haben?

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Wenn ich es richtig verstehe, ist das der Paragraph, der dann hinsichtlich der Krisenresilienz aufgebaut wird. In diesem Paragraphen geht es um den Alarm- und Einsatzplan sowie den Notfallplan. Ich würde vermuten, dass man dann in diesen Paragraphen Regelungen zur Krisenresilienz der Krankenhäuser, für Übungen und für eine auskömmliche Finanzierung dessen aufnehmen würde. Insofern ahne ich, dass sich die zweite Novelle, die bei Ihnen auf dem Schreibtisch liegt, mit diesem Paragraphen auseinandersetzt. Oder machen Sie ohnehin alles neu und regeln das in einem ganz neuen Paragraphen? Ich würde gerne ein Gefühl dafür bekommen, was jetzt in der Planung ist.

Herr **Stradtman** (MS): Ich möchte mich an dieser Stelle gerne ein bisschen zurückhalten, weil die Regelungen im Haus überhaupt noch nicht abgesprochen sind. Ich kann aber so viel sagen, dass wir die bestehenden Regelungen so aufbauen, dass sie die bestehenden Regelungen zur Krisenresilienz erweitern. Da ich momentan aber nicht weiß, was am Ende unser Haus verlassen wird, möchte ich das heute gerne, wenn es möglich ist, auf die Verbandsanhörung vertagen. Dann bin ich gerne bereit, Rede und Antwort zu stehen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Noch einmal zu der Frage MD-Gutachten und Datenschutz, wo wir das Problem haben. Herr Vietze, Sie haben das eben angesprochen. Ist das Problem damit jetzt gelöst? Ist also sichergestellt, dass die Landesplanungsbehörde alle Angaben erhält, die sie benötigt, um die MD-Gutachten nachzuvollziehen und eine rechtssichere Planungsentscheidung treffen zu können? Ist das sozusagen auch mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst konform, sodass man sagen kann, dass es jetzt so funktioniert?

MR **Vietze** (MS): Ich kann mich an die damalige Überlegung nicht mehr eins zu eins erinnern, aber habe gerade kein Problem mit den MD-Gutachten. Ich erhalte sie und kann sie für meine Planung auswerten. Ich habe auch keine Erkenntnisse, dass wir irgendwelche Sachen, die vorgegeben sind, aus der LOPS-Richtlinie nicht erhalten. Das Datenschutzthema scheint nach meiner Erinnerung - ich blicke auch mal zum Gesetzgebungs- und Beratungsdienst - damals besprochen und gelöst worden zu sein.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Ich knüpfe an das an, was Frau Kollegin Klages angesprochen hat, nämlich was jetzt konkret gestrichen wird. Auch ich habe ja hier im Ausschuss nachgefragt, was die Landesregierung uns wann vorlegen wird, wie wir dabei beteiligt sind und ob wir irgendwelche Beschlüsse fassen sollen. Die Antwort seitens der Landesregierung war, dass wir dann immer wieder in Tranchen die Leistungsgruppenzuweisungen in den Ausschuss bekommen. Ist das ein Punkt, der jetzt obsolet geworden ist? Denn in der Pressemitteilung der Staatskanzlei heißt es:

„Im Sinne von ‚einfacher, schneller, günstiger‘ soll das Gesetzgebungsverfahren zudem dazu genutzt werden, überflüssige Verfahrensschritte bei der Erteilung von Bescheiden abzubauen.“

Sind wir, das Parlament, ein solcher überflüssiger Verfahrensschritt? Damit man sich das auch im zeitlichen Kontext vorstellen kann: Was fällt weg, was anderenfalls wie lange gedauert hätte?

MR **Vietze** (MS): In dem jetzigen Verfahren wird der Landtag bei allen Änderungen am Krankenhausplan beteiligt. Das arbeiten wir so ab, dass der Planungsausschuss eine Entscheidung trifft, dann geben wir das dem Kabinett als Vorratsbeschluss, dann geben wir das dem Landtag und bekommen Sie das, wir erklären das, Sie beraten das und können dazu Stellung nehmen. Das, was wir machen, wird in Zukunft sehr kompliziert. - „Kompliziert“ will ich heute nicht mehr oft sagen; es ist ja unsere Arbeit, Kompliziertes zu bearbeiten. - Wir werden aber dem Landtag auf jeden Fall als Nächstes unser Zielkonzept, die Krankenhauszielplanung, erklären. Das ist schon im Juni im Krankenhausplanungsausschuss beschlossen worden. Das kommt jetzt ins Kabinett und dann zu Ihnen in den Sozialausschuss, sodass Sie dazu Stellung nehmen können. Das werden wir Ihnen als ersten Teil einer Neuaufstellung des Krankenhausplans zeigen und im Rahmen des aktuellen Gesetzes natürlich zur Stellungnahme zur Kenntnis geben. Das, was wir dann auch machen werden - das haben Sie eben vollkommen zu Recht gesagt und habe ich in einer vorangegangenen Sitzung auch so dargestellt -, ist, dass wir, wenn wir Leistungsgruppen planen und der Planungsausschuss eine Entscheidung getroffen hat, das Verfahren auch so einhalten. Das ist der zweite Teil des neuen Krankenhausplans über Leistungsgruppen, nämlich die konkrete Ausweisung der Leistungsgruppen. Die werden im Planungsausschuss beschlossen, gehen dann als Vorratsbeschluss ins Kabinett und kommen dann zur Kenntnis bzw. zur Stellungnahme zu Ihnen in den Landtag in den Sozialausschuss mit der Gelegenheit, dazu eine Stellungnahme abzugeben. Das wird nicht geändert. Das ist der zweite Teil der Neuaufstellung des Krankenhausplans, die konkrete Leistungsgruppenzuweisung.

Das, was Herr Stradtman im Rahmen der vorgelegten Änderung vorgestellt hat, bezieht sich auf die Zukunft und nicht auf eine Neuaufstellung, sondern Fortschreibung des Krankenhausplans, also auf die Zeit nach der vollständigen ersten Zuweisung der Leistungsgruppen. Dann werden Sie bemerken, dass die Änderungen noch viel kleinteiliger als heute werden. Heute haben Sie schon kleinteilige Änderungen. Wenn Auslastungen verändert und wenige Planbetten korrigiert werden, haben Sie schon Entscheidungen, wo Sie sagen: Was sagt mir das jetzt unter Umständen? Wo ist die inhaltliche Aussage des Verwaltungshandelns? - Das werden wir bei den Leistungsgruppen noch viel mehr haben, nämlich dass es geringfügige Abweichungen der Planfallzahl gibt, dass ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe nicht mehr erbringen möchte oder eine Ausnahme doch regulär zugewiesen wird, weil das Krankenhaus die Mindestkriterien erbringt. Das sind Themen, zu denen wir Ihnen im Gesetzentwurf der Landesregierung vorschlagen, dass wir bei der Fortschreibung auf dieses Verfahren verzichten, die Landesregierung und den Landtag zu beteiligen, weil das aus unserer Sicht in weiten Teilen ein Verwaltungshandeln wird. Davon unbenommen ist der erste Teil, den ich dargestellt habe, wenn etwas Grundsätzliches geändert wird, also eine Neuaufstellung des Plans stattfindet. Wenn sich an der Zielplanung etwas ändert oder an der ganz grundsätzlichen konzeptionellen Zuweisung der Leistungsgruppen etwas ändert, dann wird natürlich im Rahmen einer Neuaufstellung weiterhin die Beteiligung von Landesregierung und Landtag stattfinden.

Es bleibt auch bei dem, was ich in einer vorangegangenen Sitzung gesagt habe und was Sie auch angeführt haben: Wir werden hier im nächsten Jahr in Schritten die Ideen für die Leistungsgruppenzuweisung vorstellen. Das wird nicht alles auf einmal sein, sondern wir werden dann irgendwann ein erstes Cluster, einen ersten Bereich haben, wo wir Leistungsgruppen zuweisen wollen. Dann wird es verschiedene Termine geben, bei denen wir Ihnen, nachdem der Planungsausschuss über diese Teile entschieden hat, unsere Idee zur Zuweisung der Leistungsgruppen vorstellen werden. Sie werden dann, wie dargestellt, die Gelegenheit zur Stellungnahme haben.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Gelegenheit zur Stellungnahme, ohne dass wir tatsächlich effektiv etwas ändern können.

Meine letzte technische Nachfrage: Im Niedersächsischen Krankenhausgesetz sind auch die sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜVs) geregelt. Regelungen dazu finden sich auch in § 6 c KHG und in den §§ 3 und 12 NKHG, in dem ja auch noch der Begriff „regionales Gesundheitszentrum“ enthalten ist, an dem weiter festgehalten wird. Welche bestehenden regionalen Gesundheitszentren erfüllen jetzt die Voraussetzungen, um als sektorenübergreifendes Versorgungszentrum nach § 6 c KHG bestimmt werden zu können?

MR **Vietze** (MS): Das liegt nicht ganz in meinem Zuständigkeitsbereich, aber ich wage mich mal vor, um die Debatte hier zu ermöglichen. Durch das KHVG und KHAG haben wir die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorger auszuweisen. Dazu wurden zwei Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene getroffen. Die erste zielt auf den Umfang der Leistungsgruppen und die zweite auf die Entgelte, die dann für die sektorenübergreifenden Versorger verhandelt werden, wenn sie durch uns als Ministerium in Niedersachsen ausgewiesen werden. Diese Entgeltvereinbarung ist erst vor wenigen Tagen beschlossen und verkündet worden. Wir sind gerade dabei, diese auszuwerten. Nach meiner praktischen fachlichen Einschätzung, soweit ich am Rande betroffen bin, wird es für die Einrichtungen, die Interesse haben, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zu werden, sehr darauf ankommen, ob sie auf der Grundlage dieser Vereinbarung in der Lage sind, in Zukunft wirtschaftlich zu arbeiten. Dazu findet gerade eine Dis-

kussion statt, die jetzt ganz neu ist, weil die letzte fehlende Vereinbarung veröffentlicht worden ist.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Das Land Niedersachsen hat sich ja schon in der Vergangenheit intensiv mit der Krankenhausstruktur in diesem Land befasst. Wie nehmen die Maßnahmen, die hier über das Gesetz geregelt werden sollen, und der Zielplan, von dem Sie gerade sprachen, zum Beispiel die festgelegten acht Versorgungsregionen mit in den Blick? Oder geht es einzig und allein um die Frage, wo welche Ziele erreicht werden können? Würde das zu einer schlechteren medizinischen Versorgung im ländlichen Raum führen?

MR **Vietze** (MS): An dem Gesetz wird dahin gehend nichts geändert. Es bleibt bei den acht Versorgungsregionen in Niedersachsen, die wir als Planungsregionen haben. Wie bereits ausgeführt, werden wir Ihnen den Krankenhausplan mit der Zielplanung vorstellen, welche Leistungsgruppen mit welcher Erreichbarkeit auf welcher Planungsebene in Niedersachsen vorhanden sein sollen. Das werde ich dann, wenn wir den Krankenhausplan hier im Ausschuss vorstellen, noch genauer ausführen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Meine Frage betrifft eher die Folgenabschätzung. Nach dem Gesetzentwurf „erfolgt die Zuteilung der Leistungsgruppen für jede Leistungsgruppe durch Einzelbescheid“. Das muss ja dann in Zukunft in regelmäßigen Abständen entsprechend der Entwicklung der Leistungsgruppen bzw. der Bedarfe angepasst werden. Ich habe noch keine Vorstellung davon, wie das in der Praxis ablaufen soll. Ergibt sich für ein Krankenhaus ein Anspruch auf Neubescheidung? Ist der Bescheid, der erteilt wird, zunächst einmal unbegrenzt? Wird also eine Leistungsgruppe zunächst ohne Befristung zugeteilt, oder wird es eine Befristung geben? Wie läuft das dann in der Praxis ab, und wo ist das geregelt? Das steht ja nicht im Gesetz.

MR **Vietze** (MS): Zu Ihrer Frage, wie die Bescheide nach dem NKHG aussehen sollen und wie wir das gestalten wollen: Wir haben lange darüber nachgedacht, wie das für uns sinnvoll ist. Wir haben derzeit ja noch einen Gesamtbescheid pro Krankenhaus, in dem alles für das Krankenhaus steht: die Fachabteilungen, Ausbildungsstätten, Zentrenregelungen. Die Vorgaben für einen Krankenhausstandort werden in Zukunft dadurch viel umfangreicher, dass es so viele Leistungsgruppen gibt. Wir haben lange darüber nachgedacht - diese Debatte gibt es in jedem Bundesland -, ob wir einen Gesamtbescheid erstellen, der dann ganz groß wird und den man immer dann, wenn sich irgendetwas ändert, insgesamt ändern müsste, oder ob wir Einzelbescheide für die Leistungsgruppen erstellen, sodass man dann auch den einzelnen Bescheid leichter einzeln ändern kann. Wir haben uns aufgrund der Vorteile, die das für uns im Verwaltungshandeln hat, für die zweite Idee entschieden. Das machen die Bundesländer nicht einheitlich. Manche machen das so wie wir, und manche sind bei den Gesamtbescheiden geblieben, weil darin alles steht und weil das dort auch bislang schon so gemacht wird. Diese Einzelbescheide müssen jetzt erst mal im NKHG verankert werden. Wir müssen also die Möglichkeit schaffen, dass wir das anders als heute in diesen einzelnen Bescheiden machen. Das schlagen wir Ihnen vor, und wir wünschen uns, dass Sie dem folgen.

Zu der Frage, wie es dann praktisch mit diesen Bescheiden weitergeht, fange ich mal nach der ersten Leistungsgruppenzuweisung an. Wir werden die Leistungsgruppen im nächsten Jahr zuweisen und jeden Antrag der 2 400 Anträge mit einem Bescheid beantworten. Das wird hoffentlich in der Regel eine Zuweisung der Leistungsgruppe regulär ohne Ausnahme sein und wird in einigen Fällen eine Ausnahme sein. In dem Fall, dass regulär die Leistungsgruppe zugewiesen wird, weil wir ein positives MD-Gutachten haben, werden diese Bescheide unbefristet sein, weil wir davon ausgehen, dass das Krankenhaus diese Leistungsgruppe dauerhaft erbringen möchte

und die Mindestkriterien für die Leistungsgruppe dauerhaft erfüllt. Das ist ja auch einmal geprüft worden. Wenn die Krankenhäuser die Mindestkriterien nicht mehr erfüllen, entfällt die Grundlage für den Bescheid. Dann müssen sie sich bei uns melden und müssen wir dann prüfen, ob sie die Mindestkriterien wieder erfüllen, und anderenfalls den Bescheid zurücknehmen.

Es wird regulär in zwei Jahren geprüft - die MD-Gutachten der ersten Leistungsgruppenzuweisung gelten zwei Jahre -, ob die Mindestkriterien noch erfüllt sind. Wir werden dann intern prüfen, ob die MD-Gutachten noch positiv sind. Das wird dann hoffentlich wieder in der absoluten Mehrheit der Fälle der Fall sein, sodass die Bescheide einfach fortgelten. Wenn wir in dieser turnusgemäßen ersten Überprüfung in zwei Jahren Hinweise bekommen, dass die MD-Gutachten negativ sind, müssten wir auch zu einer Änderung oder Rücknahme des Bescheides kommen. Die turnusgemäßen Prüfungen werden nach diesen ersten zwei Jahren alle drei Jahre erfolgen. Es wird dann also einen Rhythmus geben, dass die Leistungsgruppen alle drei Jahre darauf hin überprüft werden, ob die Krankenhäuser die Mindestkriterien noch einhalten.

Wegen dieser Komplexität der Vorgänge sind wir dazu gekommen, dass wir einzelne Bescheide erstellen, weil es uns dann leichter fällt, diese einzelnen Bescheide zu bearbeiten und zu ändern, als wenn wir immer einen Gesamtbescheid verändern müssten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** beschließt, zu dem Gesetzentwurf eine schriftliche Anhörung durchzuführen. Angehört werden sollen die sechs Verbände, die im Rahmen der Verbandsanhörung der Landesregierung Stellungnahmen abgegeben haben.

Tagesordnungspunkt 2:

Entwurf eines Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/11430](#)

direkt überwiesen am 31.08.2026

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

Vorstellung des Gesetzentwurfs

RD'in **Wagner** (MS): Mit der vorliegenden Neufassung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes wird ein Gesetz abgelöst, das in seinen Grundzügen aus dem Jahr 1982 stammt. Ziel der Novellierung ist es, die Aufgaben und Ziele des Maßregelvollzugs klarer zu definieren, die Rechtsgrundlagen an die aktuelle Rechtsprechung anzupassen und den Maßregelvollzug auf eine zeitgemäße Grundlage zu stellen. Im Mittelpunkt steht dabei ein doppeltes Anliegen: die Behandlung und Wiedereingliederung der untergebrachten Personen einerseits sowie der Schutz der Allgemeinheit andererseits. Denn der wirksamste Schutz vor weiteren Straftaten besteht darin, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen erfolgreich zu behandeln. Dies eröffnet den untergebrachten Personen die Chance, ihre Unterbringung möglichst frühzeitig zu beenden und wieder ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Die Gesetzesnovelle bedeutet allerdings ausdrücklich keine Annäherung des Maßregelvollzugs an den Strafvollzug. Forensisch-psychiatrische Kliniken sind keine Justizvollzugsanstalten. Ihr zentraler Auftrag bleibt die Behandlung.

Mit dem neuen Gesetz werden daher Behandlungsstandards festgeschrieben, die den untergebrachten Personen einen Anspruch auf individuelle Behandlungs- und Eingliederungsangebote geben.

Gleichzeitig schützt das Gesetz die Bevölkerung vor erheblichen Straftaten. Dazu stellt es die erforderlichen rechtlichen Grundlagen für den Vollzug der Unterbringung und die damit verbundenen Maßnahmen bereit.

Aufgrund der Vielzahl der notwendigen Anpassungen und Ergänzungen war eine vollständige Neufassung des Gesetzes der sachgerechte Weg. Ein weiteres Änderungsgesetz hätte den erforderlichen Regelungsbedarf nicht mehr übersichtlich abbilden können.

Zu den wesentlichen Änderungen gehört zunächst die Erweiterung des Anwendungsbereichs. Damit wird eine bisher bestehende Regelungslücke geschlossen.

Künftig gilt das Gesetz nicht nur für die Unterbringung nach den §§ 63 und 64 StGB, sondern auch für Unterbringungen und Begutachtungen nach dem Jugendgerichtsgesetz sowie für die einstweilige Unterbringung nach § 126 a StPO.

Das Gesetz findet zudem auch Anwendung, wenn nach Beendigung einer Maßregel nach § 67 d StGB ein verbleibender Strafreist in einer Einrichtung des Maßregelvollzugs vollstreckt wird. Damit wird eine bereits bestehende Praxis rechtlich abgesichert.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Leitungsstruktur der Einrichtungen. Künftig muss die Vollzugsleitung nicht mehr zwingend ärztlich besetzt sein. Dies bedeutet keineswegs eine Absenkung fachlicher Standards. Ärztliche Aufgaben bleiben selbstverständlich Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Qualifikation vorbehalten.

Die Neuregelung trägt dem Umstand Rechnung, dass Führungsverantwortung für eine Vielzahl von Mitarbeitenden nicht an die vor Jahren erworbene berufliche Qualifikation der Führungskraft gekoppelt sein sollte, sondern an den erworbenen Skills, die eine Person für eine Leitungsaufgabe qualifizieren. Der Facharztstandard für die Behandlung bleibt durch die erforderliche Besetzung einer Therapeutischen Leitung mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie gewahrt. Gleichzeitig wird klargestellt, dass sich die Verantwortung der Vollzugsleitung bei beliehenen Trägern auf die hoheitlichen Aufgaben erstreckt.

Von besonderer Bedeutung ist außerdem die Neuausrichtung der Sicherungs- und Lockerungsregelungen. Das Urteil allein rechtfertigt kein bestimmtes Maß an Freiheitsbeschränkung. Maßgeblich ist vielmehr die individuelle Gefährlichkeit der untergebrachten Person.

Daher orientieren sich Entscheidungen über Freiheitsbeschränkungen nunmehr entscheidend an einer konkreten Gefahrenprognose. Die Regelungen zu vollzugsöffnenden Maßnahmen und zur Entlassungsvorbereitung wurden vor diesem Hintergrund umfassend überarbeitet.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Stärkung rechtsstaatlicher Standards. So wird zukünftig bestimmt, dass einer Zwangsbehandlung grundsätzlich eine richterliche Entscheidung vorausgehen muss. Damit werden die Standards im Maßregelvollzug an diejenigen angepasst, die bereits für entsprechende Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gelten.

Auch für eine Absonderung, die zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 35 gehört, die länger als 72 Stunden dauert, bedarf es nun zusätzlich einer Anordnung des Gerichts auf schriftlichen Antrag der Einrichtung. Dieser Richtervorbehalt für Absonderungen wird der aktuellen Forderung der nationalen Stelle zur Verhütung von Folter gerecht und ermöglicht eine Angleichung an bereits existierende Regelungen anderer Bundesländer.

Zudem werden die Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen von Personen geregelt, die einstweilig nach § 126 a StPO untergebracht sind. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen andernfalls der Erfolg eines zu erwartenden Maßregelvollzugs gefährdet wäre oder erhebliche Gefahren für Leib und Leben abgewehrt werden müssen.

Darüber hinaus setzt die Novelle aktuelle Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung um.

Besonders eingriffsintensive Maßnahmen bedürfen einer klaren gesetzlichen Grundlage. Deshalb werden bestehende Eingriffsbefugnisse präzisiert und neue Regelungen geschaffen. Dies betrifft insbesondere Durchsuchungen, körperliche Untersuchungen, Maßnahmen zur Feststellung von Suchtmittelkonsum und den Einsatz von Videotechnik. Dabei handelt es sich zweifellos um erhebliche Grundrechtseingriffe. Sie sind jedoch erforderlich, um die Sicherheit in den Einrichtungen zu gewährleisten und Gefahren wirksam abzuwenden.

Außerdem wird den Unterbringungseinrichtungen das Recht zur Durchführung erkennungsdienstlicher Maßnahmen eingeräumt. Dies schafft eine Rechtsgrundlage für die Einrichtungen, um Lichtbilder der untergebrachten Personen sowie die körperlichen Merkmale und Maße festzustellen.

Zudem wird das Recht zur Durchführung besonderer Maßnahmen bei Entweichungen eingeräumt. Dies verleiht den Beschäftigten der Einrichtung die Befugnis, die untergebrachte Person festzunehmen und in die Einrichtung zurückzubringen.

Die Anwendung unmittelbaren Zwangs durch Verwaltungsvollzugsbeamtinnen oder Verwaltungsvollzugsbeamte der Einrichtung zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung in der Unterbringungseinrichtung wurde überarbeitet. Zwar sind die Einrichtungen gehalten, durch de-eskalierende Maßnahmen die Anwendung von unmittelbarem Zwang zu vermeiden. Dennoch haben sie auch die Aufgabe, Sicherungsfunktionen zu erfüllen. Hierzu ist es unter Umständen erforderlich, auf die Möglichkeit des Einsatzes von unmittelbarem Zwang zurückzugreifen. Zu den Hilfsmitteln der körperlichen Gewalt zählen insbesondere Fesseln und Reizstoffe.

Die Rechtsstellung der untergebrachten Person wird in dem neu geschaffenen § 4 herausgestellt. Der untergebrachten Person dürfen nur solche Beschränkungen auferlegt werden, die zur Abwehr einer schwerwiegenden Störung der Sicherheit und Ordnung in der Einrichtung und zur Abwehr einer Gefahr für eine andere untergebrachte Person und die Beschäftigten sowie zum Schutz der Allgemeinheit vor Straftaten erforderlich sind.

Neu geregelt wird, dass der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen anzustreben ist. Im Gegensatz zur Patientenverfügung, bei der es sich um eine einseitige Regelung handelt, ist die Behandlungsvereinbarung zweiseitig. Sie ermöglicht das respektvolle Aushandeln fairer Vereinbarungen und Kompromisse.

Auch wird neu geregelt, dass auf die Niederlegung des Willens in Patientenverfügungen hinzuweisen ist.

Durch diese Regelungen wird das Selbstbestimmungsrecht der untergebrachten Personen gestärkt, insbesondere in Behandlungsangelegenheiten. Ihre Rechte werden auch durch die neu geschaffene Möglichkeit, eine Interessenvertretung zu wählen, im Sinne der Förderung der Eigenverantwortung gestärkt.

Aussprache

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für die Vorstellung des Gesetzentwurfs. Wir haben es hier mit einem sehr sensiblen Gesetz zu tun, das auch komplexe Fragestellungen betrifft, weil auch tiefe Einschnitte in Grundrechte geregelt werden müssen. Diese sind aber zum Schutz und zur Behandlung der Patienten, aber auch zum Schutz der Bevölkerung notwendig.

Sie haben eingangs erwähnt, dass das Maßregelvollzugsgesetz aus dem Jahr 1982 stammt. Seitdem hat es zum Bereich der Zwangsbehandlungen viel Rechtsprechung gegeben, mit der sie gänzlich neu geregelt worden sind. Daher begrüßen wir, dass jetzt nach 44 Jahren eine vollkommene Neuregelung vorliegt. Das ist ein rechtssicherer und transparenter Weg.

Ferner begrüße ich die Einbeziehung des Jugendgerichtsgesetzes. Bislang hat ja an dieser Stelle eine Rechtslücke bestanden.

Wir haben uns in unserer Vorbesprechung darauf verständigt, zu diesem Gesetzentwurf eine Anhörung zu beantragen. Wir schlagen vor, die Anhörung in der Sitzung am 29. Oktober 2026 durchzuführen.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Vorstellung des Gesetzentwurfs. Ich habe eine Frage in Bezug auf das NPsychKHG. In beiden Gesetzentwürfen werden Fixierungen geregelt. Wie steht das Sozialministerium dazu, dafür eine einheitliche Regelung zu finden, oder müssen diese beiden Regelungsbereiche differenziert betrachtet werden?

Refl **Holzapfel** (MS): Da die beiden Gesetzentwürfe im Ministerium parallel erarbeitet worden sind, haben wir natürlich auch geprüft, ob es Synergieeffekte gibt. Wir haben zu diesem Thema im Rahmen der sehr umfangreichen Verbandsbeteiligung immer wieder Hinweise in den Stellungnahmen bekommen. Ich glaube, hier gilt der schöne Rechtsgrundsatz: Nur wesentlich Gleiches soll man gleichbehandeln. Die Art der Unterbringung im PsychKG-Setting unterscheidet sich allerdings zum Teil deutlich vom Maßregelvollzug. Auch wenn wir das nicht anstreben, ist die Unterbringung psychisch Kranker nach § 63 StGB von einer längeren zeitlichen Dauer geprägt. Behandlungsversuche im Vorfeld können vielleicht länger geplant werden. Deswegen ist auch die Frage des Richtervorbehalts vielleicht anders zu bewerten als bei einer Akutversorgung.

Wie Herr Gäde schon zutreffend sagte: Wir haben es hier mit intensiven Grundrechtseingriffen zu tun. Wir sind auch aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Meinung, dass dieser Weg für eine strafrechtliche Unterbringung der rechtssichere Weg ist. Es wäre zwar zu begrüßen, das im Gleichklang zu denken; aber aus den geschilderten Gründen haben wir an einigen Stellen differenziertere Regelungen getroffen. Ich habe das schon an anderer Stelle auch bei dem Thema der begleitenden Medikation bei Fixierungen, die ja auch einen erheblichen Eingriff darstellen, erwähnt, die nach unserer Auffassung über das Recht der Zwangsbehandlung zu regeln sind. Das ist im Gesetzentwurf für das NPsychKHG anders geregelt. Das hat damit zu tun, dass wir jetzt auch ein anderes Setting haben. Wenn es nicht eine Akutbehandlung bei Gefahr für Leib und Leben ist, kann man das im Maßregelvollzug in der Regel anders einstufen. Dort sind auch oft die Strafvollstreckungskammern mit dem Fall befasst sind, die auch die Entwicklung kennen und dann auch den Antrag auf gerichtliche Entscheidung zur Überprüfung einer solchen Maßnahme bearbeiten würden. Insofern haben wir es hier mit unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen zu tun.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für die Vorstellung des Gesetzentwurfs und für diese zusätzlichen Ausführungen.

Den Vorschlag von Herrn Gäde, am 29. Oktober 2026 eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchzuführen, halte ich für zielführend. Dann werden wir auch noch weitere Fragen erörtern können.

Ich bin regelmäßig gemeinsam mit der Besuchskommission im Maßregelvollzug insbesondere im Maßregelvollzug in Osnabrück. Daher treibt mich auch die Frage um, inwiefern wir im Maßregelvollzugsgesetz noch stärker die Möglichkeit nutzen könnten, gesetzlich verbindliche Mindestvorgaben für die Übertragung an privatrechtliche Träger zu machen, beispielsweise Vorgaben zum Personaleinsatz, zur Therapiedichte, aber auch zur Qualitätssicherung und für regelmäßige Kontrollen. In diesem Bereich wird im vorliegenden Gesetzentwurf meines Erachtens noch ziemlich kurz gegriffen. Vielleicht können wir darüber beraten, inwiefern wir diesbezüglich weitergehende Regelungen treffen können.

Die Mindestqualifikation für die Vollzugsleitung wurde bereits angesprochen. Mich würde interessieren, welche Studienabschlüsse nach Auffassung der Landesregierung die Voraussetzungen erfüllen würden und weshalb bestimmte Qualifikationen im Bereich forensischer Sachkunde

oder auch Leitungserfahrungen nicht konkreter in den Gesetzentwurf aufgenommen worden sind.

Regelmäßig ist auch die Belegung der Zimmer ein Thema - Stichwort Einzelzimmerbelegung bzw. Mehrbettbelegung in den Räumlichkeiten. Im AMEOS Klinikum Osnabrück gibt es zum Teil Dreibettzimmer. Für den therapeutischen Erfolg ist das nicht unbedingt sachgerecht. Warum ist die Einzelzimmerbelegung nicht als Zielquote in den Gesetzentwurf aufgenommen worden?

Ansprechen möchte ich auch noch die „Überwachung“ des Maßregelvollzuges. Warum sind Hinweise von den Trägern nicht aufgenommen worden, auch im Maßregelvollzug unabhängige Patientenfürsprecher tätig werden zu lassen?

Abschließend möchte ich die Frage ansprechen, weshalb die Besetzung der Besuchskommissionen für den Maßregelvollzug stark beschränkt worden ist, sodass deren Mitglieder „nicht in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs des Landes Niedersachsen oder bei einem für den Maßregelvollzug beliehenen Träger beschäftigt sein“ dürfen. Man hätte das auch enger fassen können, indem Mitglieder dieser Besuchskommission nur im Fall von Befangenheit - beispielsweise bei Besuchen in den eigenen Einrichtungen - nicht mitwirken dürfen. Dann bestünde die Möglichkeit, größere Fachkompetenz und die praktischen Erfahrungen aus dem aktuellen Arbeitsalltag - dann natürlich jeweils in anderen Maßregelvollzügen - in die Besuchskommission mit einfließen zu lassen.

In diesem Zusammenhang interessiert mich: Wird es zukünftig weiterhin eine einzige Besuchskommission für den Maßregelvollzug geben oder mehrere regionale Besuchskommissionen, wie dies bisher bei den Besuchskommissionen nach dem NPsychKG der Fall ist?

So weit meine Fragen. Ich gehe davon aus, dass wir in der Anhörung zu diesem Gesetzentwurf noch weitere Aspekte herausarbeiten können.

RD'in **Wagner** (MS): Zu der Frage zum Abschluss der Leitung des Vollzugs: Wie auch aus der Begründung des Gesetzentwurfs hervorgeht, sind bei der Bestellung der Vollzugsleitung Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung vorzugswürdig. Nur für den Fall, dass das nicht möglich sein sollte, sieht der Gesetzentwurf eine sehr weite Öffnung für den Hochschulabschluss vor. Im zweiten Schritt muss dann geprüft werden, was geeignet ist. Wir haben ja schon von Skills gesprochen, die sich für eine Leitung eignen. Dann wollen wir sehr weit offen ausschreiben, damit wir für die Nachbesetzung einen möglichst weiten Kreis von Bewerbungsadressaten haben. Bislang haben wir alle Leitungen mit Ärzten besetzen können. Diese Regelung ist also für die Zukunft gedacht.

Zu der Frage zur Einzelzimmerbelegung: Ihnen ist sicherlich bekannt, dass wir derzeit schon Kapazitäten erweitern. Dabei bauen wir auf jeden Fall Dreibettzimmer ab. Wir können aber leider noch nicht komplett auf Einzelzimmer reflektieren, weil die Belegungszahlen das derzeit nicht hergeben. Wir erweitern die Kapazität, weil wir Plätze brauchen. Für Einzelzimmer bräuchten wir die doppelte Zimmerzahl. Es wäre ein bisschen schwierig, das von jetzt auf gleich zu schaffen.

Unabhängig davon entscheidet die Vollzugsleitung, ob eine Einzel- oder Doppelzimmerbelegung erfolgen soll. Das ist von der jeweiligen Person abhängig. Bei manchen Personen eignet sich aus der sozialen Komponente heraus die Doppelbelegung, weil etwa Defizite aufgearbeitet werden sollen und aus therapeutischen Gründen eine Unterbringung im Doppelzimmer ratsam ist. Letzten Endes kann man aus jedem Doppelzimmer ein Einzelzimmer machen, aber man kann nicht

aus jedem Einzelzimmer ein Doppelzimmer machen. Deswegen planen wir erst mal Doppelzimmer. Wie diese dann belegt werden, ist der Leitung überlassen - natürlich auch unter Kapazitäts Gesichtspunkten.

RefL **Holzapfel** (MS): Zum Thema Qualifikation der Vollzugsleitung: Beispielsweise das Maßregelvollzugszentrum Moringen hat über 700 Beschäftigte. Als Vollzugsleitung ist dort jetzt ein Chefarzt tätig, der die Skills sicherlich mitbringt. Aber die Fülle der Aufgaben, die er in seiner Verantwortung wahrzunehmen hat, lässt mich zu dem Schluss kommen, dass ich es für gut vertretbar halte, wenn man sich das teilt. Das haben wir ja auch in den Spitzen anderer Organisationen - ich habe in vielen Justizvollzugsanstalten gearbeitet -, wo unterschiedliche Qualifikationen in der Leitung und Vertretung jeweils in dieser Dualität vorhanden waren: Juristen und Psychologen oder psychologische Psychotherapeuten, jeweils in der Dualität. Ich glaube, dass es zum einen der konkreten Marktsituation, was den Arbeitsmarkt angeht, aber zum anderen auch der Aufgabenbreite gut gerecht wird, wenn wir zumindest in den großen Häusern in solchen Kategorien denken können. Es gibt ja diesen schönen Satz: Juristinnen und Juristen können alles. Das gilt, glaube ich, aber auch für Ärztinnen und Ärzte. Deswegen haben wir uns entschlossen, diese Öffnung einzubringen.

Ganz wichtig ist an dieser Stelle noch der Hinweis, den man gar nicht oft genug geben kann: Wenn die Leitung nicht fachärztlich besetzt ist, dann muss es eine fachärztliche/therapeutische Leitung geben. Dann geht aus meiner Sicht qualitativ nichts verloren. Im Gegenteil, es wird eigentlich eher besser.

Zum Thema Belegung hat Frau Wagner bereits die wesentlichen Argumente genannt. Wir haben mit einiger Mühe und mit den Schwierigkeiten, die daraus resultieren, eine Belegungsprognose erstellt. Es wird sehr wahrscheinlich zu einem weiteren Rückgang im 64er-Bereich bei den Suchtkranken kommen, der aber in den nächsten Jahren durch den Zuwachs im 63er-Bereich aufgezehrt wird. Dieses Setting bedeutet auch, sich in Gemeinschaften - etwa durch eine gemeinsame Nutzung von Küchen und Freizeiträumen oder eines gemeinsamen Zimmers - zu arrangieren. Wenn die Leute nicht mehr im Aufnahmebereich sind, sondern die Therapie schon ein bisschen weiter vorangeschritten ist, dann ist das sicherlich eine gute Gelegenheit, immer auch die Reibung, die dadurch entsteht, zu begleiten, um die sich ergebenden Probleme adressieren zu können, die sich in einer solchen Konstellation manifestieren.

Man sollte auch nicht außer Acht lassen, dass es eine erhebliche Beschränkung darstellt, wenn man irgendwo unfreiwillig und dann auch noch in einem Zweibettzimmer untergebracht wird. Aber man erlebt natürlich in Bereichen, wo viel mit Einzelzimmern gearbeitet wird, auch starke Rückzugstendenzen, indem sich Leute dann mit sich und ihrer Playstation befassen und nicht mehr am gemeinschaftlichen Setting teilnehmen. Das wollen wir ja gerade vermeiden. Wir wollen keine Langlieger produzieren, insbesondere im 63er-Bereich, sondern wir wollen, dass sich die Leute unter kontrollierten Bedingungen therapeutisch auseinandersetzen und damit auch wieder die Gelegenheit haben, in Freiheit zu kommen.

Ich glaube, es gibt bei dieser Frage keine abschließende Wahrheit. Natürlich ist das nach wie vor auch von Kapazitätsthemen geprägt, auch wenn wir schon erhebliche Erweiterungen geplant und zum Teil auch umgesetzt haben. Aber ein ganz wesentlicher Aspekt ist auch dieses milieu-therapeutische Setting.

Zum Thema Besuchskommissionen: Ich kenne solche Strukturen auch aus anderen beruflichen Erfahrungen in anderen Bundesländern. Ich halte es für problematisch, wenn es in Besuchskom-

missionen Verbindungen zum aktiven Dienst gibt. Wir haben zum einen die Situation, dass die verschiedenen Träger am Markt miteinander konkurrieren. Wenn man den Ärztlichen Leiter des AWO Psychiatriezentrums in eine Klinik zum Beispiel von AMEOS oder Asklepios schickt, dann hat er Einblick in Geschäftsgeheimnisse. Ich glaube, hier stellt sich das Problem der Vereinbarkeit. Den Besuchskommissionen gehört ja auch eine Vielzahl von ehemaligen Führungskräften an - jüngst ist der Chefarzt aus der Forensik in Lüneburg hinzugekommen -, die ein breites Erfahrungswissen mitbringen und genau wissen, wo sie hingucken; aber sie sind nicht mehr involviert und sind auch nicht Loyalitäten ausgesetzt. Es gibt auch keine Konflikte, was Hierarchien und eigene Zuständigkeiten angeht. Es ist aus meiner Sicht auf jeden Fall der sauberere Weg, sie nicht mit Leuten zu besetzen, die in den Forensiken arbeiten. Es kann ja auch möglicherweise jemand aus der Allgemeinpsychiatrie sein, der ebenfalls weiß, wie Psychiatrie und Unterbringung funktionieren. - Das ist der Hintergrund für den Regelungsentwurf an dieser Stelle.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** beschließt, am 29. Oktober 2026 in einer ganztägigen Sitzung eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchzuführen. Die Anzuhörenden sollen von den Fraktionen bis zum Ende der 37. Kalenderwoche nach dem Schlüssel 4 : 1 : 4 : 1 benannt werden. Für die Anzuhörenden sollen jeweils 20 Minuten eingeplant werden. Sie sollen gebeten werden, ihre mündliche Stellungnahme auf die wesentlichen Punkte zu beschränken, damit möglichst viel Gelegenheit für Fragen seitens des Ausschusses besteht.

Tagesordnungspunkt 3:

Krankenhausversorgung in Niedersachsen sichern - Spielräume der Krankenhausreform nutzen und Krisenfestigkeit stärken

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/10667](#)

erste Beratung: 92. Plenarsitzung am 28.05.2026

federführend: AfSAGuG

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

zuletzt behandelt: 90. Sitzung am 11.06.2026 (Unterrichtungswunsch)

Unterrichtung durch die Landesregierung

MR **Vietze** (MS): Gerne unterrichte ich den Ausschuss zu dem Antrag der CDU-Fraktion.

„Der Landtag fordert die Landesregierung auf,

- 1. die im KHAG vorgesehenen Möglichkeiten zur Zuweisung von Leistungsgruppen bis zum 31. Dezember 2026 umfassend und rechtzeitig zu nutzen,“*

Die Nr. 1 des Antrags der CDU-Fraktion bezieht sich auf die Zuweisung der Leistungsgruppen zum 31. Dezember 2026 oder zum 30. September 2027. Dazu gab es auch schon eine Debatte mit dem Minister im Plenum. Sie kennen die Hintergründe: Wir wollen Leistungsgruppen regulär zuweisen, wenn die Krankenhäuser die Mindestkriterien erfüllen und positive MD-Gutachten erhalten. Die Qualitätskriterien beziehen sich auf die Bereiche Personal, Geräte, verwandte Leistungsgruppen und Strukturkriterien. Wenn ein Krankenhaus diese Mindestvoraussetzungen nicht erfüllt, können wir Ausnahmen zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung oder für Umstrukturierungsmaßnahmen machen.

Ihre Frage zielt darauf, dass das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG), also die letzte Änderung des Bundesrechts, eine Möglichkeit geschaffen hat, dann, wenn wir die Leistungsgruppen bis zum 31. Dezember 2026 zuweisen, Ausnahmen nur im Benehmen mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und nicht etwa, wenn wir das erst zum 30. September 2027 machen, im Einvernehmen mit der GKV festzulegen.

Wir haben uns entschieden, in unserem Zeitplan zu bleiben und das zum 30. September 2027 zu machen. Das kritisiert die CDU-Fraktion. Aus unserer Sicht ist unsere Vorgehensweise sehr stabil, weil wir das zeitliche Vorgehen insbesondere mit dem Planungsausschuss - also GKV, NKG und kommunale Spitzenverbände - abgestimmt und diesen Zeitplan so miteinander vereinbart haben. Ich gehe davon aus, dass die GKV im Wissen um diesen Zeitplan sehr verantwortlich mit der Möglichkeit umgehen wird, das Einvernehmen zu berechtigten Ausnahmen zu verweigern.

Das hat keine Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser, weil das Jahr 2027 ein budgetneutrales Jahr ist und die Konvergenzphase 2028 beginnt.

Wir sehen auch einen weiteren Vorteil darin: weil wir für Umstrukturierungsmaßnahmen die Möglichkeit haben, die Ausnahmen für drei Jahre plus weitere drei Jahre festzulegen. Wir star-

ten also ein Jahr später mit den Ausnahmen und haben damit ein Jahr länger für diese Umstrukturierungsmaßnahmen, bevor die Krankenhäuser die Mindestkriterien erfüllen müssen.

„2. bei der niedersächsischen Krankenhausplanung insbesondere die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung, regionale Besonderheiten, den ländlichen Raum sowie Anforderungen an Krisenfestigkeit und zivile Verteidigung zu berücksichtigen,“

Unter der Nr. 2 des Antrags der CDU-Fraktion geht es um die Anforderungen an die wohnortnahe Versorgung und die Krisenresilienz. Was die wohnortnahe Versorgung angeht, haben wir in Niedersachsen aus unserer fachlichen Sicht eine gute Krankenhausversorgung, und wir wollen natürlich die wohnortnahe Versorgung in den Versorgungsregionen selber sichern. Das betrifft häufige Leistungen insbesondere in den Leistungsbereichen Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Geburt und Frauenheilkunde. Hier wollen wir die Notfallversorgung gewährleisten und kurze Fahrzeiten einhalten. Dafür gibt es auch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses von 30 bzw. 40 Minuten. Da, wo dies für die flächendeckende Versorgung erforderlich ist, werden wir als Landesregierung davon Gebrauch machen, Ausnahmen vorzuschlagen, wenn nicht genügend Krankenhäuser die Mindestkriterien erfüllen.

Zum Thema Krisenresilienz, zu dem auch schon unter TOP 1 nachgefragt wurde: Wir wollen die Kapazitäten der Krankenhausversorgung erhalten in dem Wissen, dass wir diese für eine Krisenresilienz benötigen, und wollen auch eine umfassende Notfallversorgung erhalten. Wir wollen uns das natürlich inhaltlich genauer ansehen, weil nicht jede Leistungsgruppe für jeden Fall der Krise erforderlich sein wird. Wenn wir aber an bestimmte Szenarien denken - wie zum Beispiel gewaltvolle Auseinandersetzungen -, könnte es sein, dass wir unter anderem Leistungen wie spezielle Traumatologie oder Wiederherstellungschirurgie benötigen. Diesbezüglich steigen wir in eine Planung ein, um diese Leistungen in möglichst allen Versorgungsregionen vorhalten zu können.

„3. Ausnahmemöglichkeiten dort anzuwenden, wo andernfalls Versorgungslücken, ungeordnete Klinikschließungen oder erhebliche Nachteile für Patientinnen und Patienten drohen,“

Die Nr. 3 des Antrags bezieht sich wieder auf die Ausnahmen in den Leistungsgruppen. Hierzu kann ich nur das wiederholen, was ich zu der Nr. 1 gesagt habe, und darauf hinweisen, dass die Mindestkriterien auch einen Wert haben. Sie sollen ja einheitliche Qualitätsvorgaben gewährleisten. Ausnahmen dienen dazu, in berechtigten Fällen die flächendeckende Versorgung zu sichern. Die Landesregierung hat die Möglichkeit, von diesen Ausnahmen Gebrauch zu machen, wenn uns dies fachlich erforderlich erscheint.

„4. den Krankenhäusern, Trägern und Kommunen unverzüglich einen verbindlichen Zeit- und Verfahrensplan für die Leistungsgruppenzuweisung vorzulegen,“

Die Nr. 4 des Antrags bezieht sich auf das zeitliche Vorgehen. Dazu möchte ich gerne erklären, wo wir gerade im Verfahren stehen: Ich habe zuletzt im Juni berichtet, dass wir eine zweite Antragsrunde durchgeführt haben, um auf die neuen Qualitätskriterien nach KHAG umzustellen. Das hat sehr gut funktioniert. Wir haben überarbeitete Anträge erhalten. Vom Medizinischen Dienst haben wir jetzt alle Gutachten bestätigt bekommen. Bei den Gutachten, die nach dem KHVG ausgearbeitet worden sind, mussten wir noch eine Bestätigung bekommen, dass sie nach dem KHAG weitergelten. Das liegt jetzt alles vor.

Wir haben jetzt bemerkt, dass die Krankenhäuser mit einigen Bewertungen nicht einverstanden sind. Sie schreiben uns an. Wir haben die Möglichkeit gegeben, uns zu den MD-Gutachten bis einschließlich 9. September 2026 eine Stellungnahme abzugeben. Wir erhalten derzeit Stellungnahmen, in denen die Krankenhäuser beschreiben, dass sie mit den MD-Gutachten und deren fachlichen Bewertung nicht einverstanden sind. Das werten wir aus, und wir notieren uns, in welchen Fällen das vorgetragen wird. Gleichzeitig unternehmen wir von uns aus noch einen Schritt, den wir für wichtig halten, um die Qualität im Verfahren zu gewährleisten: Wir nehmen bei uns im Team einen Abgleich zwischen den Anträgen aus der zweiten Runde nach den KHAG-Kriterien, in denen die Krankenhäuser darlegen, was sie erfüllen, und den MD-Gutachten vor. Wenn es dabei Abweichungen gibt, werden wir das herausfinden und erst mal dokumentieren. Das Ziel dabei ist, dass wir im Rahmen von sogenannten selektiven Prüfungen eine Nachprüfung organisieren - „Nachprüfung“ ist dafür der umgangssprachliche Begriff; rechtlich lautet der Begriff „selektive Prüfung“ -, um dem Krankenhaus die Möglichkeit zu geben, ein Mindestkriterium, welches das Krankenhaus als erfüllt betrachtet, was der MD aber im Gutachten nicht festgestellt hat, doch noch nachzuweisen, um zu einem positiven MD-Gutachten zu kommen. Das ist ein erheblicher Aufwand. Gleichwohl haben wir auch aufgrund der Stellungnahmen, die uns erreichen, den Eindruck, dass wir als Ministerium gehalten sind, diesen Schritt zu machen.

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) sind durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz als Strukturkriterium in den Leistungsgruppen entfallen. Wir haben mit unserem Justizariat eine rechtliche Einschätzung vorgenommen, nach der wir als Landesregierung - weil einfach kein Ermessensspielraum besteht - dann, wenn ein MD-Gutachten nur wegen der PPUG negativ ist, die Möglichkeit haben, selber festzulegen, dass wir es als positives Gutachten bewerten. Da sparen wir uns also die Arbeit, und das Problem mit den PPUG ist weggefallen.

Wir werden die selektiven Prüfungen bis zum Jahresende abschließen - das ist ein Stück weit der alte Zeitplan, obwohl jetzt natürlich ganz viel mehr passiert - und parallel mit dem Planungsprozess beginnen, damit wir Anfang nächsten Jahres den Planungsausschuss zu den ersten Leistungsgruppen beteiligen und dann Ihnen hier im Landtag unsere Überlegungen vorstellen können. Der Zeitplan und das Vorgehen sind auch mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft mehrfach mit den Krankenhäusern kommuniziert worden, zuletzt in einer NKG-Mitteilung über die Möglichkeit, Stellungnahmen abzugeben, die wir am vergangenen Freitag abgeschickt haben.

„5. einen Finanzierungsplan vorzulegen, der Krankenhäusern den Zugang zu landesverbürgten Liquiditätskrediten der NBank ermöglicht und dabei auch Krankenhäuser in freier Trägerschaft einbezieht,“

Herr **Stradtman** (MS): Die Nr. 5 des Antrags der CDU-Fraktion zielt auf die Unterstützung der Einrichtungen mit Landesmitteln, um die finanzielle Situation der Krankenhäuser zu verbessern. An dieser Stelle muss man sich vor Augen führen, woher die Defizite kommen: Die Defizite der Krankenhäuser resultieren insbesondere aus den Betriebskosten, weil die gezahlten Behandlungsentgelte die Behandlungskosten nicht mehr hinreichend abdecken. Das ist ein Prozess, der jetzt durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und die dort vorgenommene Kostendeckelung, zum Beispiel beim Pflegebudget, noch verschärft werden. In diesem Zusammenhang ist die Forderung nach einer Unterstützung durch das Land aus Landesmitteln zur Betriebskostenfinanzierung aus meiner Sicht problematisch. Die Krankenhäuser werden momentan durch ein sogenanntes duales System finanziert. In diesem dualen System übernehmen die Länder die Investitionskosten, also in erster Linie Bauten bzw. Umbauten an Krankenhäusern, und die Be-

triebskosten werden durch die Behandlungsentgelte der Krankenkassen getragen, die wiederum der Bund im Rahmen seiner Gesetzgebung regelt. Wenn das Land jetzt bei Betriebskostendefiziten mit Landesmitteln einspringen würde, dann würde es eine Finanzierung übernehmen, die eigentlich der Bundesgesetzgeber übernehmen müsste. Der Bundesgesetzgeber muss aber eine auskömmliche Finanzierung der Behandlung durch entsprechende Entgelte in den Krankenhäusern sichern.

Insofern wären in der beschriebenen Gesetzessystematik Unterstützungsleistungen des Landes in diesem System systemfremd. Wir prüfen allerdings momentan die Unterstützung der Krankenhäuser im Bereich der Investitionskostenfinanzierung. Dazu kann ich aber noch keine abschließende Einschätzung geben.

„6. sich unter Berücksichtigung der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) dafür einzusetzen, dass die Bedarfe der Länder bei der Umsetzung der Krankenhausreform, beim Gesundheitssicherstellungsgesetz und bei weiteren relevanten Gesetzgebungsverfahren umfassend berücksichtigt werden,

7. Resilienz und Krisenfestigkeit des Gesundheitswesens durch eine verlässliche Finanzierung unter Berücksichtigung der Beschlüsse der GMK zu stärken, einschließlich zusätzlicher dauerhafter Mittel und der Nutzung des Sondervermögens zur Ertüchtigung des Gesundheitswesens,“

MR **Vietze** (MS): Die Nrn. 6 und 7 des Antrags der CDU-Fraktion beziehen sich auf die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz, die Berücksichtigung in der Bundesgesetzgebung, insbesondere beim Gesundheitssicherstellungsgesetz, und die Berücksichtigung beim Sondervermögen zur Ertüchtigung des Gesundheitswesens. Der Zivilschutz ist bekanntlich eine Aufgabe des Bundes. Die Länder planen aber ergänzende Maßnahmen für das Gesundheitswesen für den Krisenfall. Derzeit sind keine Mittel für eine Kapazitätserweiterung bei Krankenhäusern aus dem Sondervermögen verfügbar.

Das Bundesministerium für Gesundheit arbeitet am Gesundheitssicherstellungsgesetz. Dazu haben sieben Bund-Länder-Arbeitsgruppen stattgefunden. Mit der Vorlage des Referentenentwurfs wird im Herbst gerechnet. Das Gesundheitssicherstellungsgesetz soll die Zuständigkeit von Bund, Ländern und Kommunen für den Krisenfall und auch die Finanzierungsfrage regeln. Die Gesundheitsministerkonferenz fordert - Niedersachsen unterstützt diese Forderung -, dass eine Finanzierung von Maßnahmen für die Länder bereitgestellt wird, die insbesondere auch aus dem Sondervermögen zur Stärkung der Resilienz des Gesundheitswesens erfolgt.

„8. sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass das Bundesministerium für Finanzen die Finanzierung der Gesundheitskosten für die Bezieher der Neuen Grundsicherung in Höhe von rund 12 Milliarden Euro innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherungen übernimmt,“

Die Nr. 8 des Antrags der CDU-Fraktion bezieht sich auf die 12 Milliarden Euro für die Bürgergeldempfangenden. Sie haben sicherlich wahrgenommen, dass Niedersachsen diese Forderung auch beim GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz unterstützt hat. Der Bund erhöht nun schrittweise seine Zuschüsse bis 2031 auf 2,75 Milliarden Euro im Vergleich zu 2026. Trotzdem bleibt eine Finanzierungslücke, wenn man von jetzt 12 Milliarden Euro ausgeht. Niedersachsen hat seine inhaltliche Position nicht verändert. Wir halten es derzeit aber nicht für erfolgsversprechend, einen neuen Antritt im Bundesrat zu unternehmen.

„9. die Bundesebene aufzufordern, das Pflegebudget zu reformieren und den Krankenhäusern mehr Flexibilität bei der Steuerung des Personaleinsatzes zu ermöglichen.“

Herr **Stradtman** (MS): Die Nr. 9 zielt auf das Pflegebudget. Dort sind im Wesentlichen zwei Regelungen getroffen worden: Zum einen ist festgeschrieben worden, dass nur noch Kosten refinanziert werden sollen, die unmittelbar der Pflege an den zu Pflegenden dienen. Zum anderen werden die Kosten gedeckelt.

Die erste Regelung, dass nur noch Leistungen refinanziert werden, die unmittelbar mit der Pflege am Patienten zu tun haben, unterstützt die Landesregierung ausdrücklich. In der Vergangenheit hat sich gerade bei großen Klinikverbänden gezeigt, dass Tätigkeiten in das Pflegebudget verlagert wurden, die mit Pflege nichts zu tun hatten, und dass Pflegekräfte zum Teil Tätigkeiten ausüben mussten, die nicht im Pflegebereich waren. Damit entzieht man dem Pflegebudget Leistungen, die über das Pflegebudget bezahlt werden. Es geht auf Kosten der Patientinnen und Patienten, wenn ausgebildete Pflegekräfte fachfremde Tätigkeiten ausüben müssen. Aus diesem Grund unterstützen wir diesen Vorstoß enorm.

Kritisch sehen wir allerdings die Deckelung des Pflegebudgets, durch die tarifbedingte Personalkostensteigerungen nur noch zum Teil übernommen werden und die Situation hervorgerufen wird, dass in dem Fall, dass Krankenhäuser Tarifsteigerungen komplett bezahlen, ein Teil aus Eigenmitteln finanziert werden muss. Das ist in Anbetracht der prekären Lage vieler Kliniken ein weiterer Schritt in die wirtschaftliche Not. Aus diesem Grund sehen wir das ganz kritisch. Es ist bereits angekündigt worden, an dieser Stelle über den Bundesrat die notwendigen Änderungen herbeizuführen.

Aussprache

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Vielen Dank für die umfangreiche Unterrichtung. Ein Schlagabtausch zu der Frage der Leistungsgruppenzuweisung hat bereits, wie Sie erwähnt haben, im Plenum stattgefunden. Die Position der CDU-Fraktion dazu haben wir öffentlich klargemacht. Mein Eindruck ist tatsächlich, dass viele Krankenhäuser sie teilen, aber sich logischerweise dem jetzt vereinbarten Weg verschrieben haben. Uns geht es darum, dass frühzeitig Planungssicherheit besteht und dass wir den Strukturwandel auf diese Art und Weise klarer steuern können, und zwar ein Jahr früher, bevor kalter Strukturwandel durch die prekäre Lage der Krankenhäuser stattfindet, also dass man dem vorgreifen kann, wenn früher Planungssicherheit besteht. Die Krankenhäuser benötigen diese Sicherheit, um Entscheidungen über Personal, Investitionen, Kooperationen und Standorte zu treffen. Auch das gelingt diesen Krankenhäusern erst ein Jahr später, wenn nicht frühzeitig zugewiesen wird. Dieses budgetneutrale Vorbereitungsjahr zu nutzen und nicht erst 2028 dazu zu kommen, ist unseres Erachtens gerade in einem Flächenland wie Niedersachsen eigentlich zwingend. Sämtliche anderen Flächenländer in Deutschland machen das; Niedersachsen macht es als einziges nicht. Darauf bezieht sich unsere Kritik an dieser Stelle. - So weit vorweg. Jetzt komme ich zu meinen Fragen.

Zu Nr. 2 des Antrags, zur Krisenvorsorge: Notwendig ist wahrscheinlich eher ein Aufwuchs der Behandlungskapazitäten anstelle eines weiteren Abbaus. Wie wird sichergestellt, dass im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung keine weiteren Krankenhauskapazitäten abgebaut werden? Wir haben in der Vergangenheit aus dem MS gehört, dass Traumazentren und Krankenhäuser der höchsten Notfallversorgungsstufen für die Behandlung von Kriegsverletzungen besonders wichtig sind. Wie stellen Sie im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung sicher, dass

diese Krankenhäuser einerseits an strategisch wichtiger Stelle und andererseits verteilt über ganz Niedersachsen in möglichst großer Zahl erhalten bzw. neu ausgewiesen werden?

MR Vietze (MS): Zum Thema Krisenresilienz kann ich nichts beitragen. Ich nehme die Fragen mit, aber bitte um Verständnis dafür, dass ich mich nicht politisch einlasse, sondern fachlich antworte und das sage, was ich sagen kann, ohne dass die interne Meinungsbildung zu Themen, die wir haben, gerade auch zur Krisenresilienz, durch das eingeschränkt wird, was ich hier sage.

Ich kann aus meinem Zuständigkeitsbereich berichten, dass wir davon ausgehen, dass wir grundsätzlich keine Kapazitäten bei der ersten Zuweisung der Leistungsgruppen abbauen. Wir haben ja ein Bedarfsgutachten erhalten, welches uns auch gezeigt hat, wie die Istwerte in den Leistungsgruppen in Niedersachsen sind, dass damit grundsätzlich der Bedarf gedeckt wird und wir das für die erste Leistungsgruppenzuweisung anwenden können. Wir gehen davon aus, dass wir die erste Leistungsgruppenzuweisung auf dem Ist vornehmen, also keine Kapazitäten abbauen, sondern dabei bleiben, dass die Fälle, die jetzt behandelt werden, auch Grundlage unserer zukünftigen Planung sind. Das ist natürlich kein Aufbau, nach dem Sie gefragt haben, aber wir gehen zumindest davon aus, dass wir mit der ersten Leistungsgruppenzuweisung keine Kapazitäten abbauen werden.

Abg. Eike Holsten (CDU): Sie haben zu der Nr. 4 des Antrags angeführt, dass jetzt die MD-Gutachten zurück sind, dass die Krankenhäuser natürlich Kritik daran haben und dass es Nachprüfungen gibt. In welcher Fallzahl gibt es diese Nachprüfungen? Sind diese bereits beauftragt worden? Ich würde gerne ein Gefühl dafür bekommen, inwieweit sich schon heute abzeichnet, wie viele davon irgendwann vor den Verwaltungsgerichten landen.

MR Vietze (MS): Diese Frage kann ich nicht konkret beantworten. Wir haben jetzt alle finalen MD-Gutachten. Die Stellungnahmen kommen bis zum 9. September 2026. Wir nehmen derzeit einen Abgleich zwischen den Anträgen und den MD-Gutachten vor und werden kurzfristig die selektiven Prüfungen beauftragen. Zahlenmäßig kann ich diese Frage noch nicht beantworten. Ihre Frage zielt ja darauf ab, dass wir möglichst viele Gerichtsverfahren vermeiden und zu positiven MD-Gutachten kommen. Genau dem soll das Verfahren dienen, dass wir durch selektive Prüfungen im Regelfall den Krankenhäusern die Möglichkeit geben, ein vorher negatives Gutachten dann positiv zu bekommen.

Abg. Eike Holsten (CDU): Es hat also noch keine Beauftragungen für Nachprüfungen beim MD gegeben? Nach meinen Gesprächen kommt es zu diesen Nachprüfungen beim MD bereits heute und sind diese in Teilen schon beauftragt.

MR Vietze (MS): Das, wonach Sie gefragt haben, ist noch nicht eingeleitet worden. Nachdem wir die Gutachten mit der Frist 31. Juli 2026 bekommen haben, haben wir die Bestätigungsverfahren abgeschlossen. Zu früheren KHVVG-Gutachten hat der Medizinische Dienst uns gesagt, ob diese nach dem KHAG weiter gültig sind. Das ist durchgelaufen und abgeschlossen. Die Beauftragung der selektiven Prüfungen hat noch nicht stattgefunden. Derzeit findet bei uns die Auswertung statt, um diese selektiven Prüfungen einleiten zu können. Deswegen kann ich auch nicht die genaue Zahl der notwendigen selektiven Prüfungen benennen.

Abg. Eike Holsten (CDU): Zu der Nr. 5 des Antrags hat Herr Stradtman ausgeführt, dass es solche Überlegungen gibt, allerdings nicht als Liquiditätszuschuss, sondern in Richtung Investitionskostenzuschüsse. Weil die Debatte nicht neu ist, ob das Land den Krankenhäusern stützend mit dreistelligen Millionenbeträgen hilft: Hat es in den vergangenen Jahren Überlegungen zwischen

dem Sozialministerium, dem Finanzministerium und der Staatskanzlei gegeben, die Krankenhäuser in Niedersachsen zu stützen? Welche Überlegungen sind da angestellt worden, die heute verworfen worden sind? Worin unterscheiden sich die aktuellen Überlegungen im Verhältnis zu dem, was die Landesregierung ja durchaus schon überlegt hat?

Herr **Stradtman** (MS): Die früheren Überlegungen zielten darauf, die Krankenhäuser in dem Bereich zu unterstützen, in dem Defizite bestehen, nämlich im Bereich der Betriebskosten. Das ist aus systematischen und gesetzestechnischen Gründen immer abgelehnt worden, weil die Länder nicht für die Betriebskostenfinanzierung zuständig sind. Insofern zielt eine Forderung, die Krankenhäuser bei den Betriebskosten zu unterstützen, auf eine systemfremde Unterstützung. Das ist Aufgabe des Bundes und der Krankenkassen.

Wir sind jetzt im Rahmen der Diskussion dazu übergegangen, dass wir uns die Frage stellen, wo wir unterstützen können, wo wir überhaupt eine Entlastung bewirken können, damit die Krankenhäuser letzten Endes vielleicht über mehr Geld verfügen. - Ich sage das jetzt mal untechnisch; das ist ein bisschen komplizierter. - Da bleibt für uns systematisch nur der Bereich der Investitionen übrig. Jede andere Unterstützung wäre im Bereich der Betriebskosten systemfremd. Man muss sich auch sehr genau überlegen, ob man Landesmittel dafür aufwenden will, dass der Bund seinen Verpflichtungen nicht nachkommt.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): In der Sitzung am 7. Mai 2026 haben wir über die Investitionsmittel gesprochen, die für eine Krisenresilienz der Krankenhäuser notwendig sind. Dass das schwierig ist, haben Sie auch in der heutigen Sitzung zum Ausdruck gebracht. In die zweite Novelle wollen Sie, wenn ich das richtig verstanden habe, womöglich Regelungen in Bezug auf Übungen, die technische Sicherung, Kommunikationsredundanzen, bauliche Anpassungen usw. aufnehmen. Mit welchen konkreten Landes- und Bundesmitteln sollen die zusätzlichen gesetzlichen Verpflichtungen, die Sie in die zweite Novelle gegebenenfalls aufnehmen, finanziert werden? Vor allem: Welcher Investitionsbedarf wurde inzwischen in Niedersachsen ermittelt? Wenn es keine zusätzlichen Mittel des Bundes für die Krisenvorsorge gibt, dann stellt sich ja die Frage: Wie trägt man mit eigenen Mitteln dafür Sorge? Haben Sie den Bedarf in diesem Bereich - ob grob oder detaillierter - eigentlich schon ermittelt?

Ref. **von den Benken** (MS): Es gibt noch keine konkreten Überlegungen dazu, wie die Mittel aufgestockt werden könnten, weil sie bisher grundsätzlich für sogenannte Friedenszeiten vorgesehen sind. Das KHG als solches, das ja unser Finanzierungsinstrument ist, lässt eine bedarfsgerechte Finanzierung stationärer Strukturen, aber keine zusätzliche Förderung für einen möglichen Krisenfall zu. Dann müsste man auch über Kapazitäten, Notwendigkeiten, Verteilung usw. und vor allem auch darüber nachdenken, wo im Fall einer Krise und eines Anfalls von Verletzten, die vermutlich bei einem Konfliktfall nach Deutschland kämen, zum Beispiel in Niedersachsen die Verteilzentren wären, also wo die Patienten ankommen würden und wohin sie von dort transportiert würden, um die Standorte festzulegen, die entsprechend erweitert oder krisenfester gemacht werden müssten.

Bei den Krankenhausinvestitionen, um die es auch unter dem TOP 4 gehen wird, haben wir in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung vollzogen. Das Land Niedersachsen stemmt zusammen mit den Bundesmitteln im Transformationsfonds, wenn alle Anträge in diesem Jahr vom BAS genehmigt werden, eine Summe von 936 Millionen Euro. Bis 2020 waren es noch 120 Millionen Euro. Das ist also eine enorme Steigerung. Wenn wir alle Anträge vom BAS bewilligt bekommen, belaufen sich die Bescheide auf über 500 Millionen Euro. Hinzu kommt das Länder- und Kommunal-Investitionsprogramm des Bundes mit 50 Millionen Euro, das entsprechend der

60:40-Aufteilung, wie sie auch bei der normalen Krankenhausfinanzierung praktiziert wird, um 33,34 Millionen Euro der Kommunen zusätzlich aufgestockt wird, plus die 305 Millionen Euro aus dem Investitionsprogramm des Landes Niedersachsen. In der Summe sind dies mehr als 900 Millionen Euro. Insofern muss ich fast sagen: Was sollen wir denn noch tun?

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Um diese Frage zu beantworten: Genau das tun, was der Minister ankündigt, der im Dezember 2025 sagte: Wir brauchen Schutzräume unter Krankenhäusern. - Von Bunkern hat er nicht gesprochen. Ich habe mir die Neubauten angesehen, war in den Rohbauten in Diepholz und im Heidekreis und habe gefragt: Wo ist denn das Geld des Ministers, um jetzt Vorsorge zu treffen? Daraufhin ist mir jeweils gesagt worden: Das interessiert das Ministerium überhaupt nicht. Es ist etwas anderes, ob es in der Zeitung steht oder ob wir gerade beim Bauen sind.

Sie sagten, dann „müsste“ man auch darüber nachdenken, welche Strukturen bei der Verteilung usw. greifen. Ich hoffe, dass ich diesen Konjunktiv missverstanden habe, und gehe fest davon aus - so habe ich die bisherigen Unterrichtungen verstanden -, dass das Sozialministerium und das Innenministerium sehr wohl genau darüber nachdenken, welche Kapazitäten in der Fläche geschaffen werden - es sei denn, Sie korrigieren mich jetzt und sagen, dass solche Überlegungen seitens des Sozialministeriums nicht angestellt werden; das wage ich aber zu bezweifeln.

Ich vermute, dem Ministerium ist ebenso wie uns nicht bekannt, wann der neue Bundesgesundheitsminister den Entwurf für das Gesundheitssicherstellungsgesetz vorlegen wird. Mich interessiert jedoch, welche konkreten Forderungen die Niedersächsische Landesregierung bereits gegenüber dem Bundesgesetzgeber platziert hat, was im Gesundheitssicherstellungsgesetz abgebildet werden muss.

Eine weitere Nachfrage bezieht sich auf die Ausführungen zu den Nrn. 8 und 9 des Antrags der CDU-Fraktion. Beziehen sich die genannten 2,75 Milliarden Euro auf den Bundeszuschuss zur GKV insgesamt? Der Finanzminister hat ja im Zuge der GKV-Stabilisierungsreform gesagt, dass er auf der einen Seite einen Milliardenbetrag herausnimmt und auf der anderen Seite für den Einstieg in das Bezahlen der Grundsicherungsempfänger in der GKV - die, glaube ich, 12 Milliarden Euro kosten - 250 Millionen Euro gibt. Sind diese Zahlen richtig?

Die Kritik des Ministeriums zu der Nr. 9 des Antrags der CDU-Fraktion teilen wir ausdrücklich. Wir bedanken uns dafür, dass die Landesregierung sie genauso vorträgt.

RD **Bartsch** (MS): Zu der Frage zum Gesundheitssicherstellungsgesetz: Das MS hat sich vor geraumer Zeit in unterschiedlichen übergreifenden Arbeitsgruppen auf Bund-Länder-Ebene zur Erstellung des Gesundheitssicherstellungsgesetz mit eingebracht. Dabei wurden natürlich auch die Anliegen des Landes mit vertreten. Es ist jetzt schon eine gewisse Zeit lang her, dass diese Arbeitsgruppen in Berlin zusammengesessen haben. Wir warten ebenso wie Sie ganz gespannt darauf, was aus diesen Arbeitsgruppen möglicherweise Einzug in den Entwurf gefunden hat. Als ich den Antrag zum ersten Mal gelesen habe, war ich fest davon ausgegangen, dass ich hier zu dem Entwurf berichten kann. Das hat sich jetzt zeitlich leider noch einmal ein bisschen verschoben. Deshalb können wir dazu noch nicht sagen, wie wir ihn einordnen möchten, da wir nicht mal Vorentwürfe kennen.

MR **Vietze** (MS): Die Frage zu den 12 Milliarden Euro betrifft das Referat für die ambulante Versorgung. Ich habe es heute nicht hierher mitgenommen, weil das der einzige Teil war. Ich kann das aber aus dem Vermerk wiedergeben: Danach steigt das vom Bund getragene Beitragsauf-

kommen im Jahr 2028 um weitere rund 250 Millionen Euro an. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 beträgt der Anstieg jeweils rund 500 Millionen Euro pro Jahr, sodass ab 2031 jährlich zusätzlich rund 2,75 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden. - Gemeint ist der Zuschuss zur GKV. Das hatte ich in meinem ersten Statement zu den 2,75 Milliarden Euro zusammengezogen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): In der 79. Sitzung am 15. Januar 2026 ging es in der Unterrichtung zu einem ähnlichen Antrag der CDU-Fraktion um die Not- bzw. Ersatzstromversorgung von Krankenhäusern für 24, 48 oder 72 Stunden. Technische Ausgangslage heute ist, dass die Not- bzw. Ersatzstromversorgung mindestens für 24 Stunden sichergestellt werden soll. Die neueren BBK-Empfehlungen gehen von 72 Stunden aus. Im Kontext unseres Entschließungsantrages und auch im Hinblick auf die erwähnte zweite Novelle interessiert mich, welche Versorgungszeiträume die Landesregierung für krisenrelevante Häuser für erforderlich hält: 24, 48 oder 72 Stunden? Verfügen Sie eigentlich überhaupt über eine Bestandsaufnahme dazu, welche Krankenhäuser heute welchen Zeitraum erreichen?

Es geht auch gar nicht allein um die Frage der Notstromversorgung. Im Zusammenhang mit dem Neubau des Krankenhauses im Heidekreis ist auch von Notstrom die Rede, um Licht auf dem Flur zu haben und nicht etwa, um OPs weiterzubetreiben. Insofern stellt sich die Frage, wofür eigentlich Notstrom wie lange zur Verfügung steht.

Noch wichtiger sind natürlich Diesel, Wasser, Abwasser, medizinische Gase, Medikamente, Küche, IT, Kommunikation usw. in den Krankenhäusern.

Wo legen Sie also künftig den Maßstab an: bei 24, 48, 72 oder noch mehr Stunden? Haben Sie eine Bestandsanalyse dessen, was heute vorgehalten wird?

Ref. **von den Benken** (MS): Wir haben dazu Umfragen durchgeführt. Die technischen Regeln, die anzuwenden sind, geben ganz klar 24 Stunden vor. Das ist das Mindestmaß. Alles, was darüber hinausgeht, ist ein „you can have it“, also keine Pflicht. Die Zahl der Stunden hängt davon ab, wie groß der Tank für das Dieselaggregat ist, über das die Krankenhäuser in den allermeisten Fällen noch verfügen, oder von den Lieferverträgen mit Tankstellen, die auch im Falle eines Stromausfalls bei ihnen liefern könnten. Es geht also eigentlich um die Lieferung des entsprechenden Kraftstoffs.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Plant die Landesregierung, in der von Herrn Stradtman erwähnten zweiten Novelle diesbezüglich keine Vorgaben zu machen, also Anpassungen vorzunehmen?

Ref. **von den Benken** (MS): Wir haben bisher nicht vor, in das NKHG technische Regeln oder detaillierte Auflagen für den Betrieb eines Krankenhauses aufzunehmen. Das wäre mir neu.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Habe ich die Ausführungen von Herrn Vietze richtig verstanden, dass die Ausnahmeregelungen ein Jahr nach den Bewilligungen starten? Was ist dann in dem Jahr, in dem die Ausnahmeregelungen noch nicht festgelegt werden, und womit müssen wir als Politik in diesem Jahr rechnen?

Sie haben mehrfach gesagt, dass Sie die Versorgung sichern oder die Kapazitäten erhalten wollen. Ich erinnere mich jedoch an die Aussage des Ministers im Dezember 2025, dass es in Niedersachsen 5 000 Krankenhausbetten zu viel gebe. Wie bringen Sie das miteinander in Einklang?

Sie haben auch erwähnt, dass die Personaluntergrenzen durch die Landesregierung - ich sage das jetzt mit meinen eigenen Worten - ausgehebelt werden können, um die Leistungsgruppen zuzuteilen. Dazu wüsste ich gerne, in welchem Rahmen das möglich ist.

Herr Stradtman, Sie haben ausgeführt, dass aufgrund der Rechtslage eine finanzielle Unterstützung, wie sie in dem Antrag der CDU-Fraktion gefordert wird, nur im Falle von Investitionen möglich wäre, nicht jedoch für Betriebskosten, weil dafür die Gesetzesgrundlage fehlt. In den vergangenen Jahren wurde immer wieder kritisiert, dass die Investitionen, die das Land zu tätigen hat, nicht vollständig erfolgen und dass es in diesem Bereich erhebliche Defizite gibt. In diesem Zusammenhang wüsste ich gerne, wie hoch sich die Defizite mittlerweile summieren und wie viel Sie davon jetzt abbauen wollen.

Herr **Stradtman** (MS): Wie ausgeführt, liegt die Zuständigkeit für die Betriebskostenfinanzierung nicht bei den Ländern, sondern sie ist sehr genau zwischen dem Bund und den Ländern aufgeteilt. In der Vergangenheit haben wir immer auf diese Gesetzessystematik hingewiesen. Die Länder sind nicht für die Finanzierung der Betriebskosten und demzufolge auch nicht für die Finanzierung der Betriebskostendefizite zuständig. Aus diesem Grund sind wir bislang aus gesetzessystematischen Gründen nicht in die Betriebskostenfinanzierung aus Landesmitteln eingestiegen. Wie ausgeführt, denken wir jetzt darüber nach, wie wir Krankenhäuser im Bereich der Investitionskostenförderung unterstützen können. An der bestehenden Einschätzung wird aber nicht gerüttelt.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Da waren wir uns auch einig. Das war aber nicht die Frage. Die zwei Säulen bei der Finanzierung der Krankenhäuser sind mir sehr geläufig. Die Frage war: Es gab in der Vergangenheit immer wieder die Kritik, dass die Investitionen vom Land nicht zu 100 % getätigt wurden, dass es also dabei erhebliche Defizite gibt. Wenn Jahr für Jahr die Investitionskosten nicht vollständig aufgebracht werden, dann summieren sich die Defizite in dem Bereich, für den das Land - nicht der Bund - zuständig ist. Insofern möchte ich gerne wissen, wie hoch sich das Defizit bei den Investitionskosten über die letzten Jahre jetzt aufsummiert hat und wie Sie sich die Unterstützung vorstellen. Wollen Sie jetzt das Defizit abbauen, oder wollen Sie das erst mal ausgleichen und dann noch obendrauf satteln?

Ref. **von den Benken** (MS): Ich habe bereits auf die Frage von Herrn Holsten noch einmal erläutert, dass wir bis 2020 jährlich 120 Millionen Euro für die Investitionsförderungen hatten. Mittlerweile sind es regulär 305 Millionen Euro. Hinzu kommt jetzt das Länder- und Kommunal-Investitionsprogramm des Bundes und über zehn Jahre die Möglichkeit, über den Transformationsfonds sinnvolle Maßnahmen in Höhe von 445 Millionen Euro, also insgesamt 4,45 Milliarden Euro, für Investitionen umzusetzen. Das Land hat - natürlich auch unter dem Aspekt der Bundesmittel - sehr wohl erkannt, dass die Investitionsförderungen zu gering waren, und will jetzt gegensteuern.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Können Sie noch etwas zur Höhe sagen?

Ref. **von den Benken** (MS): Es ist etwas schwierig, die Höhe zu beziffern, weil auch Anträge gestellt werden, die aber nicht weiterverfolgt werden und die nicht unbedingt dem Bedarf entsprechen. Auf der sogenannten Prioritätenliste des Landes stehen aber Anträge im Bereich von ca. 3 bis 4 Milliarden Euro.

MR **Vietze** (MS): Die erste Frage von Frau Klages bezog sich auf die Ausnahme. Wir werden die Leistungsgruppen bis zum 30. September 2027 zuweisen - die regulären Leistungsgruppenzu-

weisungen und die Leistungsgruppenuweisungen als Ausnahme. Dabei wird es kein Jahr Zwischenraum geben, sondern das muss bis zum 30. September 2027 erfolgen. Der Minister hat schon im Plenum darauf hingewiesen, dass es Umstrukturierungsmaßnahmen in Niedersachsen gibt, die wir unter Umständen durch Ausnahmen von den Mindestkriterien und Zuweisung der Leistungsgruppen als Ausnahme begleiten wollen. Wenn wir das in diesem Jahr machen, dann ist das einmal für drei Jahre möglich, plus dann im Einvernehmen spätestens mit der GKV für weitere drei Jahre, also insgesamt sechs Jahre. Wenn sie dieses Jahr starten, sind sie ein Jahr eher zu Ende, als wenn wir das im nächsten Jahr starten.

Zu der Frage nach den 5 000 Betten: Das ist im Bedarfsgutachten so ausgewiesen. In der Zukunft werden wir aber keine Planung mehr nach Betten betreiben, sondern wir werden nach Leistungsgruppen und Fallzahlen planen. Das heißt, die Kapazität von 5 000 Betten, die dort benannt wird, spielt bei der Leistungsgruppenuweisung keine Rolle. Wir haben ja ein Bedarfsgutachten und eine Bedarfsprognose bekommen, in der auch bestimmte Annahmen für Fallzahlbedarfe in den Leistungsgruppen vor dem Hintergrund von Behandlungszahlen, von Demografie und auch von Ambulantisierung getroffen werden. Wir sind nicht sicher, ob sich diese Prognose wirklich so realisieren wird. Wir wollen jetzt das Gesundheitswesen und die Krankenhauslandschaft, die ja wegen der Krankenhausreform in Unruhe sind, ein bisschen strukturieren und stabilisieren und haben deswegen entschieden, dass wir die Leistungsgruppenuweisung so vornehmen, dass wir bei den derzeitigen Fällen in den Leistungsgruppen bleiben, also keine Kapazitäten abbauen, sondern davon ausgehen, dass der Iststand auch der zukünftige Bedarf bei der ersten Leistungsgruppenuweisung ist. Wir werden natürlich jedes Jahr eine neue aktualisierte Prognose bekommen und prüfen, inwieweit sie sich realisiert und mit dem übereinstimmt, was in der Praxis eintritt. Wir werden insofern besser, was unsere Bedarfsprognose angeht, und können dann irgendwann auch in der Krankenhausplanung darauf reagieren. Bei der ersten Leistungsgruppenuweisung wollen wir erst mal Unsicherheit herausnehmen. Deswegen bleiben wir, wie ich schon auf die Frage von Herrn Holsten ausgeführt habe, bei der Zuweisung im nächsten Jahr beim Ist.

Die dritte Frage bezog sich auf die PPUG. Die PPUG waren Strukturkriterium in den Leistungsgruppen als Mindestkriterium. Das ist durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entfallen. Das heißt, das wird nicht mehr als Mindestkriterium angewendet; das ist also weg. Da haben wir eine Einschätzung. Anders als bei anderen selektiven Prüfungen, die wir jetzt machen, müssen wir da keine erneute selektive Prüfung beim MD machen, um das MD-Gutachten zu ändern. Wenn ich ein MD-Gutachten habe, das nur deswegen, weil die PPUG nicht erfüllt war, negativ ist, dann ist es für mich ein positives Gutachten. Damit erspare ich uns allen die Arbeit.

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

Tagesordnungspunkt 4:

Investitionsprogramm für Krankenhausbaumaßnahmen 2026

Unterrichtung - [Drs. 19/11475](#)

gemäß § 62 Abs. 1 GO LT überwiesen am 02.09.2026

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfHuF

Unterrichtung

Ref. **von den Benken** (MS) ruft in Erinnerung, dass der Ausschuss in der 91. Sitzung am 18. Juni 2026 über die Ergebnisse des Krankenhausplanungsausschusses am 17. Juni 2026 unterrichtet worden sei, und teilt mit, dass das Kabinett am 1. September 2026 das Investitionsprogramm für Krankenhausbaumaßnahmen 2026 beschlossen habe. Dessen Gesamtvolumen belaufe sich auf 388,34 Millionen Euro, das sich aus 305 Millionen Euro reinen Landesmitteln und 83,34 Millionen Euro nach dem Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG) zusammensetze. Es handele sich um insgesamt 19 große Baumaßnahmen, diverse kleine Baumaßnahmen und um den Neuerwerb von medizinisch-technischen Großgeräten. Für Baukostensteigerungen seien darin 92,8 Millionen Euro enthalten. Nach dem LuKIFG würden fünf neue Maßnahmen finanziert.

Eine Aussprache ergibt sich nicht.

Beschluss

Der **Ausschuss** nimmt die Unterrichtung einvernehmlich zur Kenntnis und sieht von einer Stellungnahme ab.
