

**Rede  
des sozial- und gesundheitspolitischen Sprechers**

**Uwe Schwarz, MdL**

zu TOP Nr. 2

Abschließende Beratung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des  
Niedersächsischen Krankenhausgesetzes**

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU -  
Drs. 18/10578

während der Plenarsitzung vom 28.06.2022  
im Niedersächsischen Landtag

*Es gilt das gesprochene Wort.*

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die meisten Themen der Gesundheitsversorgung sind in der Zuständigkeit des Bundes bzw. von öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften, z. B. der Sicherstellungsauftrag der ambulanten medizinischen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Als wir nach zweijähriger Arbeit Mitte letzten Jahres den Abschlussbericht unserer Enquetekommission zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen vorgelegt haben, waren die Ziele für uns immer klar.

Erstens: Es sollte keine Unterlage werden, die in der Ablage der Archive verschwindet.

Zweitens: Probleme benennen und Lösungen aufzeigen, vor allem für Bereiche in der Zuständigkeit des Landes.

Und drittens: noch in dieser Wahlperiode schnellstmöglich mit der Umsetzung beginnen, insbesondere in dem mit Abstand größten Bereich im Gesundheitswesen, dem Krankenhausbereich.

Jeder von uns kennt die Krankenhäuser vor Ort und kennt insofern mehr oder weniger die örtlichen Probleme. Viele waren sich nach der Arbeit der Enquetekommission sicher, dass die GroKo dieses heiße Eisen nicht anfassen würde. Diese Einschätzung war falsch. Heute werden wir, nach knapp einem Jahr wirklich intensiver Arbeit, das nach meiner festen Überzeugung modernste Krankenhausgesetz in Deutschland verabschieden.

Dieser Kraftakt war nur möglich durch ein - wieder - hervorragendes Zusammenspiel zwischen dem Sozialausschuss, dem Krankenhausreferat des Sozialministeriums mit Dr. Robbers und dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, namentlich mit Herrn Oppenborn-Reccius und Herrn Müller-Rüster. Ich möchte all diesen Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich für die tolle Unterstützung danken.

Der Gesetzentwurf orientiert sich deutlich am einstimmigen Abschlussvotum der Enquetekommission. Dass ausgerechnet aus diesem Kreis kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens Kritik an der Umsetzung der ursprünglich eigenen Beschlüsse gekommen ist, ist schon etwas diffus. Sonderlich glaubwürdig ist es auch nicht. Aber das ist ein typisches Beispiel für den seit Jahrzehnten hart umkämpften Markt im Gesundheitswesen. So wurde u. a. behauptet, wir würden mit diesem Gesetz die Schließung von bis zu 40 Krankenhäusern verfolgen oder es würde ein Automatismus zur Schließung von Krankenhäusern eingeführt, obwohl diese weiterhin für die Versorgung der Bevölkerung benötigt werden.

Solche Aussagen, meine Damen und Herren, erfolgten wider besseres Wissen. Sie sind unseriös. Und - ehrlich gesagt - ich halte sie auch für böswillig. Das Gesetz verfolgt genau das Gegenteil. Wir wollen die flächendeckende Versorgung nicht zerschlagen, sondern neu ordnen und langfristig sichern. Wie sieht denn die Realität in Niedersachsen aus?

Wir hatten Anfang der 1990er-Jahre in Niedersachsen noch rund 240 Krankenhäuser. Vor 20 Jahren waren es dann nur noch 240 Krankenhäuser. Weitere 20 Jahre später, nämlich heute, sind es noch 168 Krankenhäuser. Das heißt, wir haben innerhalb von 35 Jahren in Niedersachsen fast 70 Krankenhäuser verloren. Dabei wurde kein einziges Haus vom Land geschlossen - das Land hat gar nicht die Kompetenz dafür -, sondern diese Häuser sind ausschließlich unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten durch die jeweiligen Betreiber vom Netz genommen worden. Einige wurden noch schnell privatisiert, um für die Schließung anderen die Schuld in die Schuhe schieben zu können.

Faktoren wie demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt, neue Qualitätsanforderungen, Erfüllung von Mindestmengen bei schweren Eingriffen - und, und, und - werden bis heute in der Krankenhausplanung Niedersachsens nicht berücksichtigt; in anderen Bundesländern übrigens bisher auch noch nicht. Zukünftig werden sie zu berücksichtigen sein. Das ist auch zwingend notwendig.

Wir sind beispielsweise häufig mit der Forderung konfrontiert worden, die Geburtshilfe in jedem Krankenhaus der Grundversorgung zu ermöglichen. Das ist nachvollziehbar, aber angesichts der Qualitätsanforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bei plötzlich auftretenden Risikogeburten völlig unrealistisch. Hinzu kommen ein erheblicher Fachkräftemangel bei Hebammen und Gynäkologen sowie jeweils aufzubringende astronomische Haftpflichtsummen. Allein 18 unserer 21 Schwerpunktkrankenhäuser für Geburtshilfe erfüllen nicht vollständig die geforderten Voraussetzungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich schon die Frage, wie das eigentlich kleine Häuser schaffen sollen. Die Folgerung war die Schließung vieler kleiner Geburtshilfestationen. Übrigens: Kein Krankenhaus sucht man sich so sorgfältig aus wie das Krankenhaus im Fall einer bevorstehenden Geburt.

Im Übrigen gilt auch für alle anderen Patientinnen und Patienten, dass sie bei planbaren Eingriffen lange mit den Füßen abstimmen. Je schwerer die Erkrankung, desto schneller spielt die Qualität und nicht die Wohnortnähe die entscheidende Rolle. Das ist auch gut so. Alle Fachleute sind sich einig: Patientensicherheit geht vor Erreichbarkeit. Ein hoher Versorgungsstandard ist wichtiger als gute Erreichbarkeit. - Das ist übrigens in vielen Ländern wissenschaftlich nachgewiesen worden, und das entspricht auch den Kernfeststellungen unseres Sachverständigenrates auf der Bundesebene: Je

schwerer die Erkrankung, desto schneller spielt die Qualität und nicht die Wohnortnähe die entscheidende Rolle.

Auch für Fachkräfte spielen die Attraktivität und die Vielfalt eines Krankenhauses eine wichtige Rolle. Wir nehmen immer mehr zur Kenntnis, dass sich Krankenhäuser mit zwischenzeitlich horrenden Fangprämien Fachkräfte abwerben. Teilweise werden ganze Abteilungen herausgekauft. Wenn wir diesen desaströsen Wettbewerb so weiterlaufen lassen, werden wir in ländlichen Regionen, wie schon bei der hausärztlichen Versorgung spürbar, weiße Flecken bekommen. Das hat übrigens auch unsere Ausschussreise nach Dänemark schmerzhaft bestätigt.

Natürlich darf man in der Gesundheitswirtschaft auch Geld verdienen. Es wäre allerdings gut, wenn auch bei einigen Großkonzernen die Patienten wieder mehr im Vordergrund stünden als die Gewinnmaximierung.

Die Sicherung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung bleibt für uns ein Kernelement der Daseinsvorsorge. Erstmals definieren wir mit dem neuen Krankenhausgesetz die Anforderungen an ein Fachkrankenhaus, ein Haus der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung. Wir werden jedes einzelne Haus einer dieser Kategorien zuordnen. Wir verstetigen die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker als Folge der Kranken-hausmorde durch Högel. Wer dies als überflüssige Bürokratie beschreibt, versündigt sich im Nachhinein an den Opfern von Högel.

Erstmals, meine Damen und Herren, führen wir Demenzbeauftragte in den Krankenhäusern ein. Damit setzen wir eine Forderung aus der letzten Wahlperiode um.

Auch das ist keine unnötige Bürokratie, sondern ein Akt der besonderen Fürsorge für einen immer stärker wachsenden betreuungsbedürftigen Personenkreis.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, manch einer mag es gar nicht glauben: Dieses Bundesland hatte keine Aufsicht über die Krankenhäuser. Erstmals führen wir überhaupt die Aufsichtsmöglichkeit ein. Wir schaffen neue Regionale Gesundheitszentren und definieren, was das ist. Wir brechen somit erstmals die starren Fronten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf. Dr. Birkner hat kürzlich gesagt, es sei skandalös, dass sich die Gesundheitsämter immer noch nicht digital austauschen können. Das teile ich uneingeschränkt. Aber genauso skandalös ist es, dass ein Teil unserer Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, aus Transparenzgründen noch immer nicht gewillt sind, IVENA einzusetzen, um unnötige Irrfahrten für Schwerverletzte zu

unterbinden. Das ist ein unglaublicher Vorgang. Das werden wir mit diesem Krankenhausgesetz zukünftig durchsetzen.

Wir werden die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses übernehmen. Das Land wird deutlich kleinräumiger in acht statt bisher in vier Versorgungsregionen unterteilt, um so eine gleichmäßige flächendeckende Versorgung besser gewährleisten zu können.

Bei der Sicherstellung der Versorgung sollen gebietsübergreifend eine Zusammenarbeit angestrebt und die Krankenhausversorgung untereinander abgestimmt werden. In jeder Versorgungsregion muss mindestens ein Haus der Schwerpunkt- bzw. der Maximalversorgung vorhanden sein.

Tatsächlich bekommt das Land erstmalig die Möglichkeit, Krankenhäuser aus dem Plan herauszunehmen. In zwei Fällen wird es das zukünftig tun müssen. Erstens. Das Haus erfüllt seinen Versorgungsauftrag nicht nur vorübergehend nicht.

Zweitens. Das Haus hat seinen Betrieb schon länger als drei Monate eingestellt.

Solche Fälle hat es in Niedersachsen gegeben. Trotzdem hatten diese Häuser nach wie vor einen Anspruch auf die Bettenpauschale und auf Investitionskostenzuschüsse seitens des Landes. Das kann nicht ernsthaft richtig sein.

Wenn ein Haus mehr als drei Monate geschlossen wird, so ist dies ein Indiz dafür, dass es keine Patienten mehr hatte und übrigens nach diesem Zeitraum auch keine Mitarbeiter mehr haben muss. Es kann also nicht sein, dass das Land in diesen Fällen gezwungen ist, noch Geld hinterherzuwerfen.

Wo es Schließungsabsichten gibt und eine Versorgungslücke entsteht, wollen wir mit Regionalen Gesundheitszentren neue Wege beschreiten. Ein Regionales Gesundheitszentrum kann bei Bedarf auch als Minikrankenhaus im Krankenhaus verbleiben. Das ist übrigens eine wichtige Änderung gegenüber den Empfehlungen der Enquetekommission. Damit ist die Rechtsstellung klar und bereits auf neue Modelle auf Bundesebene eingestellt.

Meine Damen und Herren, seitdem unser Gesetzentwurf in der Welt ist, hat er bundesweit sehr lobende Beachtung gefunden. Einige waren, wie an ihrer Reaktion zu erkennen war, regelrecht davon aufgeschreckt, dass wir tatsächlich das machen, was wir beschlossen haben. Dies hat ihr Vorurteil gegenüber der Politik, nach dem Motto: „Die machen sowieso nicht, was sie sagen!“, offenkundig nachhaltig gestört.

Der Krankenhausplanungsausschuss hat in seiner jüngsten Sitzung grünes Licht für die geplanten Zentralkliniken in Georgsheil, in Diepholz und im Heidekreis gegeben. Die Landesregierung hat die Investitionsmittel in der neuen MiPla deutlich auf 240 Millionen Euro erhöht.

Der Chef des G-BA, Professor Dr. Hecken, hat jüngst ein mehrstufiges Versorgungsmodell, beginnend mit einer Basisversorgung, als Krankenhaus der Zukunft vorgeschlagen. In Niedersachsen kann er das zukünftig besichtigen. Wir machen Ernst mit der Umsetzung einer zukunftsweisenden Krankenhausstruktur. Das ist ein Meilenstein in der Krankenhauspolitik dieses Landes. Nach meiner festen Überzeugung ist das neue Krankenhausgesetz das wichtigste gesundheitspolitische Gesetz in dieser Wahlperiode. In der nächsten wird es auszufüllen sein. Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei dieser tollen Aufgabe.