

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

**Fachkräftemangel, Arbeitsverdichtung und Krankenhausstrukturreformen - Auswirkungen
auf die Patientensicherheit in Niedersachsen**

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD), eingegangen am 19.06.2026 -
Drs. 19/11022,
an die Staatskanzlei übersandt am 24.06.2026

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 23.07.2026

Vorbemerkung der Abgeordneten

Die Zahl der gemeldeten Verdachtsfälle von Behandlungsfehlern in Niedersachsen ist nach Angaben der Techniker Krankenkasse im Jahr 2024 erneut gestiegen. Im Jahr 2024 wandten sich 549 Versicherte aus Niedersachsen wegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler an die Techniker Krankenkasse; im Vorjahr waren es 518 Fälle.¹

Gleichzeitig weisen verschiedene amtliche Statistiken und Analysen auf anhaltende Personalengpässe im Gesundheitswesen hin. Nach der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit zählen Pflege- und Gesundheitsberufe weiterhin zu den Berufsgruppen mit den stärksten Fachkräfteengpässen in Deutschland.²

Internationale Untersuchungen weisen darauf hin, dass Personalmangel, Arbeitsverdichtung, Kommunikationsprobleme, Zeitdruck sowie organisatorische Defizite zu den wesentlichen Risikofaktoren für vermeidbare Patientenschäden gehören können. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt in ihrem Global Patient Safety Action Plan 2021 bis 2030 personelle und organisatorische Rahmenbedingungen als zentrale Faktoren für die Patientensicherheit und fordert die Mitgliedstaaten auf, Patientensicherheit systematisch als Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu stärken.³

Parallel hierzu befinden sich die Krankenhausstrukturen in Deutschland Beobachtern zufolge in einem tiefgreifenden Wandel. Mit der Krankenhausreform des Bundes wird eine stärkere Konzentration medizinischer Leistungen verfolgt. Die Bundesregierung verbindet hiermit eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft und eine stärkere Spezialisierung von Krankenhausstandorten.⁴

¹ <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/patientensicherheit/behandlungsfehler-niedersachsen-2195772>

² <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Footer/Top-Produkte/Fachkraefteengpassanalyse-Nav.html>.

³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf.

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform>; <https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011880.pdf>.

Vorbemerkung der Landesregierung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist von zentraler Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen. Nach den bundesgesetzlichen Regelungen obliegt der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die ambulante Versorgung ist damit Teil des Systems der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

In Niedersachsen gehört es zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine ausreichende und zweckmäßige vertragsärztliche Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung sicherzustellen.

Die Prüfung und Verfolgung möglicher Behandlungsfehler erfolgt grundsätzlich nicht durch die Landesregierung. Zuständig sind die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen ihrer Unterstützungsaufgaben nach § 66 SGB V, der Medizinische Dienst, die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern sowie gegebenenfalls die Zivilgerichte und Strafverfolgungsbehörden. Die Landesregierung ist an der Bearbeitung einzelner Behandlungsfehlervorwürfe nicht beteiligt.

Allerdings begleitet und unterstützt die Landesregierung die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Rahmen ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung. Dazu zählen insbesondere Maßnahmen zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses, zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen sowie zur Stärkung der medizinischen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Hierzu wurde u. a. die Landarztquote eingeführt, Förderprogramme für Medizinstudierende etabliert sowie die Ausbildungskapazitäten im Bereich der Humanmedizin ausgebaut.

Die Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit und die Vermeidung von Behandlungsfehlern sind grundlegende Ziele aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen. Die Verantwortung für die Einhaltung fachlicher Standards, für Qualitätssicherung sowie für die Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten liegt dabei in erster Linie bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den hierfür zuständigen Einrichtungen der Selbstverwaltung. Die Landesregierung setzt sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten dafür ein, die strukturellen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung fortlaufend zu verbessern.

Die maßgeblichen rechtlichen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der vertragsärztlichen Versorgung sind bundesrechtlich geregelt. Hierzu zählen insbesondere die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die Regelungen des Patientenrechtegesetzes im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Änderungen dieser gesetzlichen Regelungen fallen grundsätzlich in die Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers.

Die niedersächsische Landesregierung kann daher gesetzliche Änderungen anregen oder unterstützen, verfügt jedoch grundsätzlich nicht über die Kompetenz, die bundesrechtlichen Regelungen zur vertragsärztlichen Versorgung, zur Patientensicherheit oder zur Verfolgung von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern eigenständig zu ändern.

Soweit es um Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen geht, werden diese darüber hinaus im Wesentlichen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und ihre Bundesorganisationen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben konkretisiert. Die Landesregierung hat hierbei regelmäßig keine unmittelbare Regelungskompetenz.

1. Welche wissenschaftlichen Studien, Gutachten oder Untersuchungen hat die Landesregierung seit 2020 zu möglichen Zusammenhängen zwischen Personalmangel und Patientensicherheit gegebenenfalls ausgewertet?

Der Landespatientenschutz führt keine eigene systematische wissenschaftliche Auswertung von Studien, Gutachten oder Untersuchungen zu diesem Themenbereich durch und erstellt hierzu auch keine eigenständigen wissenschaftlichen Analysen.

Die fachliche Befassung mit dem Thema Personalsituation im Gesundheitswesen und möglichen Auswirkungen auf die Patientensicherheit erfolgt im Rahmen der täglichen Arbeit, insbesondere durch die Beobachtung aktueller Fachdebatten, Veröffentlichungen aus dem Gesundheitswesen sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse aus einschlägigen Quellen.

Dabei ist bekannt, dass zahlreiche nationale und internationale Untersuchungen auf mögliche Zusammenhänge zwischen personellen Ressourcen, Arbeitsbelastung, Versorgungsqualität und Patientensicherheit hinweisen. Erwähnenswert sind hier

- die Arbeiten des RN4CAST-Projekts zur Bedeutung von Pflegepersonalausstattung und Qualifikation für die Versorgungsqualität,
- Untersuchungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie
- des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zur Personalsituation und Versorgungssituation im Krankenhausbereich.

2. Welche dieser Studien wurden durch Landesbehörden gegebenenfalls selbst in Auftrag gegeben?

Die Landesregierung hat keine eigenen Studien in Auftrag gegeben.

3. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über Zusammenhänge zwischen Fachkräftemangel und Behandlungsfehlern vor?

Dem Landespatientenschutz liegen keine belastbaren oder wissenschaftlich validierten Erkenntnisse vor, die einen direkten Zusammenhang zwischen Fachkräftemangel und konkret festgestellten Behandlungsfehlern belegen.

Der Landespatientenschutz erhält im Rahmen seiner Tätigkeit u. a. auch Anfragen und Beratungsgesuchen von Patientinnen und Patienten zu vermuteten Behandlungsfehlern. Im Rahmen dieser Schilderungen werden durch Patientinnen und Patienten teilweise auch Aspekte wie hohe Arbeitsbelastung, Personalknappheit oder aus ihrer Sicht unzureichende personelle Ressourcen als mögliche Ursachen oder Einflussfaktoren benannt. Diese Angaben stellen zunächst die subjektive Wahrnehmung und Schilderung der Betroffenen dar.

Das Büro der Landespatientenbeauftragten führt keine medizinischen Begutachtungen oder gutachterlichen Prüfungen von Behandlungsfehlern durch und kann daher nicht feststellen, ob ein vermuteter Behandlungsfehler tatsächlich vorliegt oder ob gegebenenfalls ein Zusammenhang mit einer personellen Unterbesetzung besteht. Ob ein Behandlungsfehler vorliegt und welche Ursachen hierfür im konkreten Einzelfall maßgeblich waren, wird außerhalb des Aufgabenbereichs des Büros der Landespatientenbeauftragten im Rahmen entsprechender medizinischer beziehungsweise gutachterlicher Verfahren geprüft.

4. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über Zusammenhänge zwischen Personalmangel und Patientenschäden in Krankenhäusern vor?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über entsprechende Zusammenhänge im ambulanten Bereich vor?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 sowie die Ausführungen der Vorbemerkung verwiesen.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über entsprechende Zusammenhänge in Pflegeeinrichtungen vor?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

7. Welche Berufsgruppen weisen nach Kenntnis der Landesregierung derzeit die größten Personalengpässe auf?

Nach den der Landesregierung vorliegenden Erkenntnissen, insbesondere auf Grundlage der Fachkräfteengpassanalysen der Bundesagentur für Arbeit, ist insbesondere für die Pflegeberufe ein sehr hoher Personalbedarf festzustellen.

Der Landespflegebericht hat indes auch gezeigt, dass noch bis mindestens 2030 die Zahl der neuen Fachkräfte in der Pflege die Zahl der Renteneintritte übersteigen wird. Zusätzlich werden seitens der Landesregierung diverse Maßnahmen unternommen, um Fachkräfte für die Pflege zu gewinnen.

8. Wie hat sich die Zahl unbesetzter Stellen im Gesundheitswesen in Niedersachsen seit 2020 jährlich entwickelt?

Der Landesregierung liegen keine vollständigen Daten über sämtliche unbesetzte Stellen im niedersächsischen Gesundheitswesen vor. Die Erfassung offener Stellen erfolgt überwiegend durch die Bundesagentur für Arbeit und umfasst die dort gemeldeten Stellenangebote.

Die Zahlen der gemeldeten offenen Stellen unterliegen jährlichen Schwankungen und werden u. a. von der wirtschaftlichen Entwicklung, dem Meldeverhalten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen beeinflusst. Unabhängig von den jeweiligen Jahreswerten zeigen die verfügbaren Daten seit 2020 jedoch durchgängig einen hohen Personalbedarf in den Gesundheits- und Pflegeberufen. Eine am 30.06.2026 durchgeführte Datenabfrage im Statistikportal der Bundesagentur für Arbeit ergibt für die Klassifikation der Berufe 813 (Gesundheitsdienst, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe) und 821 (Altenpflege) folgende Werte:⁵

Merkmal	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gemeldete Arbeitsstellen	ohne Leiharbeit					
821 Fachkraft	1.252	1.633	1.618	1.226	1.040	985
813 Fachkraft	873	1.555	1.500	1.407	1.148	1.120
821 Experte	11	23	13	9	7	4
813 Experte	84	108	123	103	87	81
821 Spezialist	13	19	23	20	11	11
813 Spezialist	78	192	158	174	184	175
Summe	2.311	3.530	3.435	2.939	2.477	2.376

9. Wie haben sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten von Beschäftigten im Gesundheitswesen seit 2020 entwickelt?

Der Landesregierung liegen keine Daten zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten sämtlicher Beschäftigter im Gesundheitswesen in Niedersachsen vor. Auswertungen verschiedener Krankenkassen zeigen jedoch, dass die Fehlzeiten im Gesundheits- und Pflegebereich in den vergangenen Jahren auf einem vergleichsweise hohen Niveau lagen.

Als wesentliche Ursachen werden u. a. körperliche und psychische Belastungen, Schicht- und Nachtarbeit, hohe Arbeitsverdichtung sowie Infektionsrisiken genannt. Die Landesregierung beobachtet

⁵ Abfrage vom 30.06.2026 unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html?Thema%3Dalo-stea%26DR_Bereich%3Dinsg%26DR_Region%3D03000000%26DR_Berufe%3D8130%26DR_Anf%3D2.

diese Entwicklung mit Aufmerksamkeit, da hohe Fehlzeiten die Personalsituation zusätzlich belasten und die Sicherstellung der Versorgung erschweren können.

10. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über Überstunden, Mehrarbeit und Belastungsanzeigen im Gesundheitswesen vor?

Der Landesregierung liegen keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zu Überstunden, Mehrarbeit und Belastungsanzeigen in Pflegediensten sowie in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen vor.

11. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über den Zusammenhang zwischen Schichtarbeit, Nachtdiensten und Patientensicherheit vor?

Der Landesregierung liegen keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Schichtarbeit, Nachtdiensten und Patientensicherheit in Pflegediensten sowie in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen vor.

12. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über den Zusammenhang zwischen Personalfluktuations und Versorgungsqualität vor?

Der Landesregierung liegen keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Personalfluktuations und Versorgungsqualität in Pflegediensten sowie in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen vor. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

13. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über den Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Leiharbeitskräften und der Patientensicherheit vor?

Der Landesregierung liegen keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Leiharbeitskräften und der Patientensicherheit in Pflegediensten sowie in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen vor.

14. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über den Anteil administrativer Tätigkeiten an der Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften vor?

Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte in niedersächsischen Krankenhäusern verbringen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG) zufolge durchschnittlich rund drei Stunden täglich mit Dokumentationsarbeiten.

Ein Großteil der Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen nutzt heute jedoch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung für die Pflegedokumentation.⁶ Durch dessen Einführung kann der Zeitaufwand für die Pflegedokumentation um rund 70 % reduziert werden. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 15 verwiesen.

15. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über die Auswirkungen bürokratischer Dokumentationspflichten auf die unmittelbare Patientenversorgung vor?

Der Dokumentationsaufwand für die Beschäftigten in den Krankenhäusern bewegt sich Informationen der NKG zufolge auf einem sehr hohen Niveau. Eine im August und September 2025 von der NKG durchgeführte Umfrage (NKG-Indikator) kommt zu dem Ergebnis, dass 98 % der befragten Kliniken den Bürokratieaufwand als hoch oder sehr hoch bewerten.

⁶ Siehe www.ein-step.de.

Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung sowie für sonstige Gesundheitsberufe liegen der Landesregierung keine niedersachsenspezifischen Daten zum Anteil administrativer Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit vor. Unabhängig davon wird in verschiedenen Untersuchungen die Bürokratie- und Dokumentationsbelastung als wesentlicher Faktor für Arbeitsverdichtung und Fachkräftebindung im Gesundheitswesen beschrieben.

Ziel der Dokumentation ist es, Prozesse nachvollziehbar zu gestalten und sicherzustellen, dass alle Beteiligten nach den gleichen Vorgaben behandelt werden. Die Pflicht zu einer Pflegedokumentation trägt somit entscheidend zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bei. Sie ermöglicht es, Informationen zu Defiziten und Ressourcen der Pflegebedürftigen sowie zu Risiken für Folgeschäden (z. B. Dekubitus) strukturiert zu erfassen und die Pflegemaßnahmen zielgerichtet durchzuführen. Der Pflegeprozess wird für alle an der Patientenversorgung Beteiligten transparent gemacht. Da die Pflegekräfte für die Dokumentation Zeit aufwenden müssen, die nicht für die unmittelbare Patientenversorgung zur Verfügung steht, muss darauf geachtet werden, dass dieser Aufwand im angemessenen Verhältnis zum dargestellten Nutzen steht. Daher werden verschiedene Maßnahmen unterstützt, die die Abläufe und Dokumentation in den Einrichtungen und Diensten erleichtern, beispielsweise durch das Förderprogramm „Stärkung der ambulanten Pflege“.

16. Welche Kennzahlen erhebt oder nutzt die Landesregierung zur Bewertung der Patientensicherheit in niedersächsischen Krankenhäusern?

Gemäß § 21 Abs. 1 des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) hat in jedem Krankenhaus der Krankenhausträger ein Fehlermeldesystem einzuführen. Dieses Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach zugänglich sein und gewährleisten, dass die Meldungen anonym erfolgen können. Den Personen, die eine Meldung abgeben, dürfen daraus keine Nachteile entstehen. Der Krankenhausträger hat alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in geeigneter Form über die Erreichbarkeit des Fehlermeldesystems zu informieren. Im Rahmen dieser Verpflichtung hat der Krankenhausträger sicherzustellen, dass die Meldungen mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung ausgewertet werden. Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, hat der Krankenhausträger dem für Gesundheit zuständigen Ministerium (MS) unverzüglich mitzuteilen. Da die Einrichtungen bislang keine diesbezüglichen Daten an das Ministerium übermittelt haben, besteht keine Grundlage für eine Datenauswertung.

17. Welche Kennzahlen erhebt oder nutzt die Landesregierung zur Bewertung der Patientensicherheit in Pflegeeinrichtungen?

Die Qualitätssicherung der Versorgung in Pflegeeinrichtungen ist nach dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI) Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Landesregierung erhebt deshalb keine eigenen Kennzahlen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst und den Prüfdienst der privaten Krankenversicherungen bieten der Landesregierung Anhaltspunkte zur Bewertung der Patientensicherheit.

Zur Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der personenbezogenen Versorgung werden im Rahmen der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes sowie des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherungen vier Bewertungskategorien angewendet. Diese gelten für alle Qualitätsaspekte in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 (Ausnahme Qualitätsaspekt 2.5 „Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen“).⁷

18. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über Zusammenhänge zwischen Krankenhausauslastung und Behandlungsfehlern vor?

Hierüber liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

⁷ Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär), gültig seit 01.11.2019, <https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen>.

19. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über Zusammenhänge zwischen wirtschaftlichem Druck auf Krankenhäuser und der Patientensicherheit vor?

Hierüber liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

20. Welche Krankenhausstandorte wurden seit 2020 geschlossen, zusammengelegt oder in ihrem Leistungsumfang wesentlich verändert?

Folgende Standorte wurden geschlossen:

- 153 004 01 Asklepios Harzklinik Clausthal-Zellerfeld zum 30.04.2023,
- 355 022 06 Privatklinik Dr. Havemann zum 31.12.2021,
- 359 038 03 Klinik Dr. Witwity zum 31.12.2023,
- 456 001 01 Paulinenkrankenhaus Bad Bentheim zum 05.02.2026,
- 459 006 09 Hautklinik Bad Rothenfelde zum 31.12.2023.

Folgende Standorte wurden zusammengeschlossen (ein Standort wurde geschlossen und die Planbetten wurden ganz oder zum Teil an andere Krankenhäuser verlagert):

- 241 010 03 Geriatrie Langenhagen Schließung: 31.07.2025;
vollständige Verlagerung an das KRH Klinikum Nordstadt.
- 352 011 02 HELIOS Seehospital Sahlenburg Schließung: 31.12.2021;
teilweise Verlagerung an das HELIOS Klinikum Cuxhaven.
- 355 022 05 Orthoklinik Lüneburg Schließung: 01.01.2023;
vollständige Verlagerung an das städt. Klinikum Lüneburg.
- 404 000 04 Paracelsus-Klinik Osnabrück Schließung: 31.07.2022;
teilweise Verlagerung an das Klinikum Osnabrück sowie zum Marienhospital Osnabrück.
- 454 053 01 Elisabeth-Krankenhaus Thuine Schließung: zum 28.02.2025;
teilweise Verlagerung zum Bonifatius Hospital Lingen.
- 459 019 01 Klinik am Kasinopark Schließung: 31.03.2021;
teilweise Verlagerung an das Klinikum Osnabrück.
- 459 029 01 Krankenhaus St. Raphael Schließung zum 31.08.2025;
teilweise Verlagerung zum Franziskus-Hospital Harderberg und Christliches Klinikum Melle.

Standorte, deren Leistungsumfang sich wesentlich (Aufnahme und Abgabe von Fachabteilungen, die mehr als 2 Planbetten hatten) geändert haben:

- 102 000 03 St. Elisabeth-Krankenhaus Salzgitter; Stadt Salzgitter; Abgabe der Fachabteilung für Geburtshilfe zum 01.01.2024;
- 155 001 01 HELIOS Klinik Bad Gandersheim Umwandlung in ein RGZ zum 01.10.2023;
- 157 006 01 Klinikum Peine Aufnahme einer Fachabteilung für Orthopädie zum 01.07.2024;
- 159 016 02 Neu-Mariahilf Abgabe der Fachabteilung für Geburtshilfe zum 01.09.2024;
- 159 016 03 Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende Abgabe der Fachabteilung für HNO zum 01.04.2025 und Aufnahme der Fachabteilung für Orthopädie zum 01.01.2023;
- 159 017 01 Klinikum Hann. Münden Abgabe der Fachabteilung für Frauenheilkunde zum 01.04.2024;
- 159 019 01 HELIOS Klinik Herzberg/Osterberg Abgabe der Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 01.10.2024;

- 159 016 01 UMG Aufnahme der Fachabteilung für Kinderchirurgie und Plastische Chirurgie zum 01.01.2024;
- 241 001 05 DIAKOVERE Friederikenstift Abgabe der Frauenheilkunde zum 01.02.2025 und Abgabe der Geburtshilfe zum 01.07.2024;
- 241 001 06 DIAKOVERE Henriettenstift Abgabe der Fachabteilung für Nuklearmedizin zum 01.04.2024;
- 241 001 12 Vinzenzkrankenhaus Aufnahme der Fachabteilung für Orthopädie zum 01.01.2025;
- 254 002 01 AMEOS Klinikum Alfeld Abgabe der Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Urologie zum 01.05.2024;
- 254 021 01 HELIOS Klinikum Hildesheim Abgabe der Fachabteilung für Nuklearmedizin zum 01.04.2024;
- 255 023 01 Agaplesion Ev. Krankenhaus Holzminden Schließung zum 31.12.2023 und Aufnahme als ein RGZ zum 01.04.2025;
- 352 011 01 HELIOS Klinikum Cuxhaven Aufnahme der Fachabteilung für Orthopädie zum 01.01.2022;
- 353 005 01 Krankenhaus Buchholz Abgabe der Fachabteilung für HNO zum 01.01.2025;
- 355 022 01 städt. Klinikum Lüneburg Aufnahme einer Fachabteilung für Orthopädie zum 01.01.2023;
- 358 021 01 Heidekreis-Klinikum Krankenhaus Soltau Abgabe der Fachabteilung für Chirurgie und Orthopädie zum 01.04.2025;
- 359 038 01 Elbe Klinikum Stade Abgabe einer Fachabteilung für PSM zum 01.03.2024;
- 361 001 01 Aller Weser Klinik Achim Abgabe der Fachabteilung für Chirurgie zum 01.01.2026;
- 402 000 01 Klinikum Emden Abgabe der Fachabteilungen für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin zum 01.01.2024;
- 404 000 01 Klinikum Osnabrück Aufnahme einer Fachabteilung für Neurochirurgie zum 01.07.2022;
- 404 000 02 Marienhospital Aufnahme einer Fachabteilung für Neurochirurgie und Neurologie zum 01.08.2022;
- 452 019 01 Ubbo-Emmuis-Klinik Norden Umwandlung in ein RGZ und in eine psychiatrische Klinik zum 01.01.2024;
- 453 007 01 St. Marienhospital Friesoythe Abgabe der Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 01.01.2022;
- 454 032 01 Bonifatius Hospital Lingen Aufnahme einer Fachabteilung für Orthopädie zum 01.03.2025;
- 455 026 01 St. Johannes-Hospital Varel Abgabe einer Fachabteilung für Chirurgie 01.06.2024/ 01.03.2025 und Inneren Medizin zum 01.01.2024;
- 456 015 01 Euregio Klinik A-S-S Aufnahme einer Fachabteilung für Orthopädie zum 01.01.2022;
- 459 002 01 Marienhospital Ankum Bersenbrück Umwandlung in ein RGZ zum 01.04.2023 und Abgabe der Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 01.07.2023;
- 459 019 02 Franziskus Hosp. Harderberg Abgabe der Fachabteilung für Geburtshilfe zum 01.11.2024;

- 459 024 02 Christliches Krankenhaus Melle Abgabe der Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 01.10.2024;
- 459 030 01 Christliches Krankenhaus Quakenbrück Aufnahme der Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zum 01.07.2023.

21. Welche Folgenabschätzungen hinsichtlich der Patientensicherheit wurden vor diesen Maßnahmen durchgeführt?

Die Schließung von einzelnen Einrichtungen erfolgt üblicherweise auf Initiative der Einrichtung. Im Hinblick auf eine Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung wird Kliniken bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ein Sicherstellungszuschlag ergänzend zu den vereinbarten Entgelten gewährt.

22. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung gegebenenfalls über die Auswirkungen solcher Strukturveränderungen auf Komplikationsraten, Wiederaufnahmen oder Patientenschäden vor?

Hierüber liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

23. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über die Auswirkungen längerer Anfahrts- und Transportzeiten auf Behandlungsergebnisse vor?

Der Landesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

24. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über die Auswirkungen längerer Transportzeiten auf die Notfallversorgung vor?

Grundsätzlich ist anzumerken, dass längere Transportzeiten gegebenenfalls zu einer Notwendigkeit der Änderung in der Vorhaltung der Rettungsmittel führen können, da sich die gesamte Einsatzzeit verlängert und die Rettungsmittel parallel nicht für die Notfallrettung zur Verfügung stehen. Der bodengebundene Rettungsdienst in Niedersachsen wird durch seine 50 kommunalen Träger als Selbstverwaltungsaufgabe im eigenen Wirkungskreis durchgeführt. Damit obliegt diesem die Planungs- und Organisationshoheit.

Die Auswertung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen zeigt, dass die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung insgesamt als sehr gut einzustufen ist und ein weit überwiegender Teil der Bevölkerung zentrale stationäre Versorgungsangebote innerhalb kurzer Fahrzeiten erreicht.

25. Welche Auswirkungen der Krankenhausreform des Bundes auf Arbeitsbelastung, Personalbedarf und Patientensicherheit erwartet die Landesregierung für Niedersachsen?

Die bundesweite Krankenhausreform befindet sich derzeit in der Umsetzungsphase. Aus Sicht der NKG ist eine planvolle und geordnete Umsetzung der Krankenhausreform entscheidend, um nachteilige Entwicklungen für die Klinikbeschäftigten und für die Patientenversorgung zu vermeiden.

26. Welche Indikatoren wird die Landesregierung gegebenenfalls heranziehen, um diese Auswirkungen künftig zu messen?

Da es sich bei der Krankenhausreform um einen aktuellen Prozess handelt, müssen zunächst die Auswirkungen einer neuen Gesetzeslage beobachtet werden. Die Landesregierung befindet sich auch dazu in regelmäßigen Abstimmungsprozessen mit der Vertretung der niedersächsischen Krankenhäuser, der NKG.

27. Werden sicherheitsrelevante Ereignisse, Beinahe-Schäden oder Behandlungsfehler in Niedersachsen zentral erfasst? Falls nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

In Niedersachsen werden sicherheitsrelevante Ereignisse, Beinahe-Schäden sowie Behandlungsfehler in der Pflege nicht zentral erfasst. Das Niedersächsische Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG) sieht keine entsprechenden Berichtspflichten der Heimaufsichtsbehörden gegenüber dem MS vor. Die Einführung solcher Meldepflichten würde einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand verursachen und stünde damit im Widerspruch zur niedersächsischen Initiative „Einfacher.Schneller.Günstiger“. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

28. Hält die Landesregierung die derzeitige Datengrundlage für ausreichend, um Auswirkungen von Fachkräftemangel und Strukturreformen auf die Patientensicherheit belastbar bewerten zu können? Falls nein, welche zusätzlichen Erhebungen, Berichtspflichten oder Register hält sie für erforderlich?

Die Landesregierung sieht die derzeit zur Verfügung stehenden Daten als ausreichend an. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die Zusammenhänge zwischen Fachkräftesituation, Strukturreformen und Patientensicherheit vielschichtig sind und sich nicht allein anhand einzelner statistischer Kennzahlen abbilden lassen.

Die Landesregierung steht im fortlaufenden Austausch mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, um mögliche Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf geeignete Maßnahmen zu prüfen.

29. Welche konkreten Maßnahmen hat die Landesregierung seit 2020 gegebenenfalls ergriffen, um Risiken für die Patientensicherheit infolge von Personalengpässen und Arbeitsverdichtung zu verringern?

Seitens der Landesregierung wurden seit 2020 keine landesspezifischen Maßnahmen veranlasst. Es wird auf die Ausführungen zur Vorbemerkung verwiesen.

30. Wie bewertet die Landesregierung die Einschätzung, dass die tatsächliche Zahl vermeidbarer Patientenschäden deutlich über den offiziell erfassten Fällen liegen könnte?

Der Landesregierung liegen hierzu keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse vor, um eine verlässliche Bewertung der genannten Einschätzung vorzunehmen.

31. Welche Maßnahmen plant die Landesregierung gegebenenfalls, um künftig systematisch zu erfassen, ob Personalengpässe, Krankenhausschließungen oder Strukturreformen Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben?

Seitens der Landesregierung sind keine derartigen Maßnahmen geplant. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung verwiesen.