

Ministerium für Justiz und Gesundheit
Postfach 71 45 | 24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/5979

Bürgermeister der Stadt Geesthacht
Mitglieder des Hauptausschusses

Mein Zeichen: II 4

per Mail: torben.heuer@geesthacht.de

Aenn Hachmeyer
aenn.hachmeyer@jumi.landsh.de
Telefon: 0431 988-5449

Ihr Schreiben vom 23.12.2025 hinsichtlich der Sicherstellung der stationären Akut- und Notfallversorgung am Krankenhausstandort Geesthacht und Einladung zur Sitzung des Hauptausschusses am 15.01.2026

Sehr geehrter Herr Bürgermeister Schulze,
geehrte Damen und Herren,

Ihr Schreiben an das Ministerium für Justiz und Gesundheit wurde mir als für die Gesundheitsversorgung zuständigem Abteilungsleiter mit der Bitte um Beantwortung vorgelegt. Dieser Bitte komme ich, insbesondere auch vor dem Hintergrund Ihrer freundlichen Einladung zum Hauptausschuss der Stadt Geesthacht, gerne nach.

Sie werfen in Ihrem Schreiben insbesondere rettungsdienstliche Fragestellungen zur Notfallversorgung auf, die jedoch in unmittelbarem Sachzusammenhang mit der Krankenhausplanung stehen.

Bevor ich konkret auf die von Ihnen aufgeworfenen Fragen eingehe, lassen Sie mich einige Worte zu dem Thema Notfallversorgung verlieren: Es ist nachvollziehbar, dass die Schließung der Zentralen Notaufnahme am Krankenhausstandort Geesthacht zu Verunsicherung in der Bevölkerung führt. Aufgrund des ohnehin belasteten Gesundheitswesens, teilweise Wartezeiten auf Allgemein- oder Facharzttermine und die seit Jahren andauernde Diskussion über die Ausrichtung der stationären Angebote in Geesthacht ist es wichtig, die Entscheidung des Krankenhausträgers anhand zur Verfügung stehender Zahlen und Daten zu objektivieren und gemeinsam Lösungen für eine verlässliche Struktur zu erarbeiten.

Ich hoffe, mit der Beantwortung der untenstehenden Fragestellungen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten zu können.

Auf welcher tatsächlichen Datengrundlage beruht die Einschätzung, dass die stationäre Akut- und Notfallversorgung im Versorgungsgebiet der angekündigten Leistungseinstellungen weiterhin sichergestellt ist?

Erlauben Sie mir, diese Fragestellung in den bundesgesetzlichen Normen- und Rechtsprechungskontext einzuordnen und Ihnen die Sachlage ausführlich darzustellen: Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts besteht keine allgemeine, voraussetzungslose Befugnis staatlicher Stellen zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten. Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung schützt den Einzelnen davor, dass personenbezogene Daten unbegrenzt erhoben, verwendet oder weitergegeben werden. Eine Gesellschaftsordnung, in der Bürger nicht mehr übersehen können, wer wann und zu welchem Zweck Informationen über sie erhebt oder nutzt, ist mit Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG unvereinbar. Einschränkungen dieses Grundrechts bedürfen stets einer hinreichend bestimmten gesetzlichen Grundlage; dabei gibt es nach ausdrücklicher Feststellung des Bundesverfassungsgerichts kein „belangloses Datum“. Jede Nutzung personenbezogener Daten ist rechtfertigungsbedürftig und unterliegt dem Zweckbindungsgrundsatz. Danach dürfen Daten nur für denjenigen Zweck verarbeitet werden, für den sie auf gesetzlicher Grundlage erhoben worden sind; eine Zweckänderung ist nur zulässig, wenn hierfür ebenfalls eine gesetzliche Ermächtigung besteht.

Für die Krankenhausplanung folgt daraus, dass Datenerhebungen und -auswertungen ausschließlich innerhalb der gesetzlich normierten Aufgaben und Zielsetzungen zulässig sind und sich auf das hierfür erforderliche Maß zu beschränken haben.

Vor diesem verfassungsrechtlichen Hintergrund beruht die Einschätzung, dass die stationäre Akut- und Notfallversorgung im betroffenen Versorgungsgebiet trotz angekündigter Leistungseinstellungen weiterhin sichergestellt ist, auf konkret normierten Datenquellen.

Zentrale tatsächliche Grundlage sind die nach § 21 KHEntgG erhobenen Krankenhausabrechnungsdaten (sog. „§-21er-Daten“). Diese Daten enthalten insbesondere fallbezogene Angaben zu Diagnosen, Prozeduren, Verweildauern und Behandlungsanlässen und werden bundesweit einheitlich erhoben. Sie dürfen von den zuständigen Stellen für Zwecke der Krankenhausplanung und -bewertung ausgewertet werden, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist und der Zweckbindung entspricht. Diese zuständige Stelle ist das für die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung zuständige Ministerium in Schleswig-Holstein.

Ergänzend stützt sich die Landeskrankenhausplanung in Schleswig-Holstein auf § 7 Abs. 4 LKHG. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, dem für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerium die für die Planungsentscheidung erforderlichen Angaben zu übermitteln. Hierzu zählen insbesondere Struktur-, Leistungs- und Kapazitätsdaten, Angaben zur Notfallversorgung sowie zur personellen und technischen Ausstattung. Auf dieser Grundlage können Versorgungsdichten, Erreichbarkeiten, Fallzahlenentwicklungen und Ausweichmöglichkeiten in benachbarten Krankenhäusern analysiert werden. Zusätzlich werden demographische Kennzahlen betrachtet, die bei dem zuständigen Statistikamt Nord erhoben werden.

Das nächstgelegene Versorgungsangebot zu dem Krankenhaus Geesthacht befindet sich am St. Adolf Stift in Reinbek. Bereits in der Trägerschaft der Johanniter zeigten sich Unsicherheiten in der Sicherstellung der Versorgung am Standort. Deswegen wurden fortlaufend die Fallzahlen beurteilt. Im Jahr 2021 kam es bekanntermaßen durch die Corona-Pandemie zu einem allgemeinen Fallzahlrückgang an fast allen Standorten in Schleswig-Holstein. Seit 2022 kommt es zur einer Erholung dieser. Am Standort Geesthacht ist dies

nicht zu beobachten. Es zeigt sich ein Rückgang von ca. 9% der Fallzahlen. Einzig im Fachbereich Geriatrie zeigen sich steigende bzw. zuletzt stabile Fallzahlen von rund 1.000 Fällen im Jahr. Am Krankenhaus Reinbek hingegen ist eine Fallzahlsteigerung im Durchschnitt über alle vorgehaltenen Fachbereiche von ca. 10% im gleichen Betrachtungszeitraum zu erkennen.

Im Hinblick auf die Versorgungssicherheit insbesondere im Kontext der Notfallversorgung, muss zwischen elektiven Leistungsgeschehen und einer Grundversorgung differenziert werden. Zur Grundversorgung zählen insbesondere die Fachbereiche Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie. In diesen Bereichen ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 PKW Fahrminuten vorgesehen. Durch den Wegfall des Versorgungsangebots in Geesthacht, würde sich im Einzugsgebiet eine Fahrzeitveränderung von 2 Minuten bei der Erreichbarkeit von im Durchschnitt 10,4 Minuten auf rund 12,4 Minuten ergeben. Das neue Medizin-konzept des Trägers am Standort Geesthacht sieht weiterhin eine Versorgung im Bereich der Inneren Medizin vor. Das bedeutet, dass sich die veränderten Fahrzeiten vor allem auf den Bereich der Allgemeinen Chirurgie beziehen. Dieser Fachbereich machte im Jahr 2024 einen Leistungsanteil von circa 20% am Standort Geesthacht aus. Die konkreten Abrechnungszahlen für das vollständige Datenjahr 2025 liegen noch nicht vor.

Zudem hat das Land im Rahmen einer Überprüfung und Neuaufstellung des Krankenhausplanes von Amts wegen bereits eine umfangreiche Datenanalyse hinsichtlich der neuen Leistungsgruppensystematik des Bundes durchgeführt. Die Versorgungsbedarfsanalysen (VBA) Somatik hatte unter anderem zum Ergebnis, dass für den Bereich des südlichen Schleswig-Holstein im Hinblick auf die Notfallversorgung ein zusätzlicher Bedarf für den Fachbereich der Neurologie besteht. Aufgrund dessen und zur Stärkung der Schlaganfallversorgung in der Region werden am Krankenhaus Reinbek zum 01.04.2026 20 Planbetten Neurologie in Betrieb genommen.

Welche tatsächlichen Aufnahme- und Reservekapazitäten stehen in den benannten Zielkrankenhäusern für Notfall- und Akutpatienten zur Verfügung, insbesondere unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen und etwaiger Aufnahmeeinschränkungen?

Die Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgungsstruktur ist im Landeskrankenhausplan von 2017 festgesetzt. Für die Fachabteilungen sind verschiedene Auslastungen vorgesehen. Dabei wurde berücksichtigt, dass eine Tendenz zu immer kürzeren Verweildauern besteht. Reservekapazitäten sind laut Landeskrankenhausplan nicht vorgesehen. Allerdings sind bei der Bedarfsberechnung der Bettenkapazitäten verschiedene Zielauslastungen durch Belegungseffekte berücksichtigt. Dazu zählen zum Beispiel die unterschiedlichen Verweildauern, die von Krankheitsbildern, Altersstrukturen von Patientinnen und Patienten und dementsprechend auch von Einzugsgebieten abhängig sind. Dadurch ergibt sich, dass bei geringeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauern, geringe Zielauslastungen angesetzt sind, um auch sogenannte „Over-Crowding-Effekte“ kurzfristig im allgemeinen Betrieb kompensieren zu können.

Am Standort Geesthacht betrug die durchschnittliche Auslastung im Jahr 2024 52,1% und liegt damit deutlich unter der Zielauslastung. Da die Fallzahlen laut Träger im vergangenen Jahr weiter rückläufig waren, ist es möglich, dass die Auslastung für 2025 nochmal geringer ist. Diese Daten liegen der Krankenhausplanungsbehörde zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vor.

Am Standort Reinbek hingegen beträgt die durchschnittliche Gesamtauslastung circa 75%. Für den Fachbereich der Chirurgie liegt die Auslastung ebenfalls unter der Zielauslastung.

Bei der Betrachtung von Behandlungskapazitäten muss berücksichtigt werden, dass das Akutgeschehen an einem Standort auch insbesondere durch Einweisungen durch den ambulanten Versorgungsbereich verbunden ist. Das bedeutet, dass Praxen aus der Umgebung eine wesentliche Bedeutung bei der Steuerung von Patientinnen und Patienten zukommt. Dem steht entgegen, dass Patientinnen und Patienten aus den unterschiedlichsten Gründen häufig selbst entscheiden, welche Versorgungsangebote sie in Akutsituationen anfahren. Dies muss nicht das nächstgelegene Krankenhaus sein. Dabei spielen unter anderem persönliche Erfahrungen und Ansprüche der Patientinnen und Patienten an ein jeweiliges Versorgungsangebot eine Rolle. Sowohl die VBA Somatik, als auch die VBA Geburtshilfe haben bestätigt, dass es in den verschiedensten Fachbereichen Patientenströme auch über Kreis- und Ländergrenzen hinweg gibt.

Wie stellen sich aus Sicht des Landes die tatsächlichen Übergabezeiten, Umleitungen und Kapazitätsengpässe im Rettungsdienst dar?

Der Rettungsdienst ist spezialgesetzlich im Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetz (SHRDG) geregelt und umfasst die Notfallrettung, den Intensivtransport und den Krankentransport auch im Rahmen der Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen und unbeschadet anderer Rechtsvorschriften (§ 1 Absatz 2 SHRDG). Träger des Rettungsdienstes sind die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; sie nehmen die Aufgaben als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahr.

Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium übt nach § 35 Absatz 2 SHRDG die Aufsicht darüber aus, dass die Rettungsdienstträger und der Kreis Ostholstein als Luftrettungsträger die Aufgaben nach dem SHRDG rechtmäßig erfüllen (Rechtsaufsichtsbehörde). Gemäß § 2 Abs. 1 SHRDG umfasst die Notfallrettung die Beförderung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in einem geeigneten Rettungsmittel in eine der nächstgelegenen geeigneten Behandlungseinrichtungen. Die Beurteilung ob und welches Krankenhaus dies im jeweiligen Fall ist, obliegt dem Rettungsdienst unter Beachtung verfügbarer Kapazitäten anhand des digitalen Behandlungskapazitätennachweises.

Die Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Vorhaltestruktur obliegt dem betroffenen Kreis. Das Land als Rechtsaufsichtsbehörde ist in Fragen der operativen Ausgestaltung des bodengebundenen Rettungsdienstes nicht der richtige Ansprechpartner, bzw. es liegen dem zuständigen Ministerium hierzu keine Daten vor.

Die Luftrettung ist ergänzender Teil des Rettungsdienstes. Sie wird in der Notfallrettung insbesondere dann eingesetzt, wenn die notärztliche Versorgung nicht durch den bodengebundenen Rettungsdienst sichergestellt werden kann oder ein Lufttransport medizinisch erforderlich ist und der Lufttransport zur Einhaltung des empfohlenen Zeitintervalls bis zur Aufnahme der Patientin oder des Patienten in die für sie oder ihn geeignete Behandlungseinrichtung erforderlich ist.

Seit Mai 2025 ist der Staatsvertrag zur Luftrettung zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg in Kraft. Dieser regelt die länderübergreifende Zusammenarbeit für eine bessere Notfall- und Intensivversorgung, indem er eine dauerhafte, unbürokratische Grundlage für die Nutzung der jeweiligen Rettungshubschrauber schafft und die Planungen für die Luftrettungsmittel beider Länder verbindet, was die Reaktionszeiten verkürzt und die Patientensicherheit erhöht.

Welche Erkenntnisse liegen dem Land zu IVENA-Sperrzeiten oder fachbezogenen Aufnahmeeinschränkungen der umliegenden Krankenhäuser vor?

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 4 SHRDG haben die Rettungsdienststräger auch Rettungsleitstellen zu errichten und zu betreiben. Nach § 17 Absatz 2 SHRDG lenkt die Rettungsleitstelle alle Einsätze des Rettungsdienstes im Zuständigkeitsbereich. Die Rettungsleitstelle führt einen landesweit einheitlichen internetbasierten und datenbankgestützten Behandlungskapazitätennachweis. Dem Ministerium liegen deshalb keine Daten vor, welche Patienten aus welchen Gründen nicht in ein Krankenhaus zur weiteren medizinisch gebotenen Versorgung transportiert werden konnten.

Darüber hinaus sei der Hinweis erlaubt, dass der Rettungsdienst in Schleswig-Holstein bekanntermaßen IVENA der mainis IT-Service GmbH nicht nutzt, sondern das System BKN-SH der Firmen Rescuetrack GmbH und medDV GmbH, betrieben durch die Leitstellen. Das ändert an der Tatsache nichts, dass die gewünschten Daten nicht vorliegen.

Welche Annahmen und Erkenntnisse liegen der Bewertung der zeitlichen Erreichbarkeit notfallmedizinischer Versorgung zugrunde, insbesondere im Hinblick auf Hilfsfristen und Transportzeiten?

Gem. § 4 Absatz 2 Satz 2 SHRDG ist die Einhaltung der Hilfsfrist in der Notfallrettung grundsätzlich zu gewährleisten. Die Ausgestaltung und die Überprüfung der Einhaltung der Hilfsfrist erfolgt durch Rechtsverordnung seitens des für das Rettungswesen zuständigen Ministeriums. Die Hilfsfrist stellt lediglich als Planungsmaßstab einen wesentlichen Parameter für die Versorgungsstruktur im Rettungsdienst dar. Sie umfasst den Zeitraum von der Alarmierung des Rettungsmittels durch die Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels an dem Einsatzort und beträgt 12 Minuten. An der Hilfsfrist ändert sich für die Patientinnen und Patienten insofern nichts.

Sollte im Rahmen der Einschätzungsprärogative, insbesondere bei der Versorgung der Tracerdiagnosen, die Transportzeit – das heißt, die Patientin, der Patient befindet sich bereits in der professionellen Obhut des Rettungsdienstes - derart verlängert sein, als dass voraussichtlich eine Prähospitalzeit von mehr als 60 Minuten überschritten wird, so kann wie zu 3. beschrieben die Luftrettung als ergänzender Teil des Rettungsdienstes zum Transport in die für die jeweilige Patientin oder des jeweiligen Patienten geeignete Behandlungseinrichtung eingesetzt werden. Die Prähospitalzeit ist die Zeitspanne vom Eintreffen des Notfalles bis zur Aufnahme der Patientin oder des Patienten in einer Behandlungseinrichtung und setzt sich im Wesentlichen aus den Teilzeiten Notrufbearbeitungszeit, Anfahrt-/Anflugzeit, Behandlungszeit vor Ort und Transportzeit zusammen. Die Hilfsfrist wird also von der möglichen Schließung einer Notaufnahme - wenn überhaupt - nur indirekt beeinflusst, die Transportzeit ins Krankenhaus hingeben wird direkt beeinflusst.

Welche planerischen, organisatorischen oder förderrechtlichen Maßnahmen wurden geprüft oder ergriffen, um eine gleichwertige und dauerhaft verfügbare stationäre Akut- und Notfallversorgung im Versorgungsgebiet sicherzustellen?

Zuletzt hat das Gesundheitsministerium die Optimierung der Notaufnahme, der Aufnahme- station und des ITS/IMC-Bereiches am seinerzeitigen Johanniterkrankenhaus Geesthacht mit 4 Mio. EUR gefördert. Fertigstellung der Maßnahme war 2019.

Aus krankenhausplanerischer Sicht muss konkretisiert werden, dass der Wegfall der Zentralen Notaufnahme in Geesthacht nicht die ambulante Notfallversorgung umfasst. Patientinnen und Patienten kommen auch ungesteuert in eine Zentrale Notaufnahme. Diese Inanspruchnahme rechtfertigt keinen Erhalt einer für die stationäre Versorgung am Krankenhaus vorgesehene Notaufnahme in Form der Bedarfsgerechtigkeit. Die ambulante Notfallversorgung obliegt dem niedergelassenen Bereich in Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass aufgrund struktureller Defizite in der Region sowie wiederholter Abmeldungen des Krankenhauses Geesthacht von der Notfallversorgung das Patientenaufkommen deutlich beim St. Adolf Stift in Reinbek zugenommen hat. Zusätzlich führen Abmeldungen der Hamburger Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten aus Schleswig-Holstein zu einer weiteren Belastung des St. Adolf Stifts. Aufgrund dessen wurde bereits am 23.11.2022 im Landeskrankenhausausschuss beschlossen, die Notfallversorgung durch Reinbek zu stärken. Im Sommer 2025 wurde mit dem Neubau des Interdisziplinären Notfallzentrums begonnen.

Zusätzlich erfolgte im Juli 2024 die bereits genannte Ausweisung von 20 Neurologischen Planbetten am St. Adolf Stift Reinbek. Insbesondere die Situation während der Corona-Pandemie hat deutlich gezeigt, dass für die an Hamburg angrenzenden Randgebiete Schleswig-Holsteins ein vom Nachbarland weitestgehend unabhängiges Versorgungsangebot vorgehalten werden muss, um eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten auch bei Auslastung der im Hamburger Stadtgebiet verfügbaren Versorgungskapazitäten gewährleisten zu können. Zwischen den Bereichen Innere Medizin und Neurologie gibt es eine interdisziplinäre Überschneidung. Durch das neurologische Leistungsangebot kommt es zusätzlich zu einer allgemeinen Stärkung beider Leistungsbereiche.

Wie begründet das Land vor diesem Hintergrund seine Einschätzung, dass keine versorgungsrelevanten Defizite oder Verzögerungen zu erwarten sind?

Es kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilt werden, dass es nicht zu Verzögerungen in der Versorgung kommen wird. Die Krankenhausplanungsbehörde ist jedoch im konkreten Austausch mit den benachbarten Bundesländern, den umliegenden Krankenhäusern, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem zuständigen Landrat Dr. Mager und selbstverständlich dem ansässigen Krankenhaus, um eine ambulante und stationäre Notfallversorgung unter Einbindung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen sinnvoll einzubeziehen.

Auch ändert die Krankenhausplanungsbehörde den aktuellen Beurteilungsspielraum und wird mit dem neuen Krankenhausplan die Versorgungsaufträge auf vier verschiedenen Versorgungsebenen planen.

Es wird dabei um

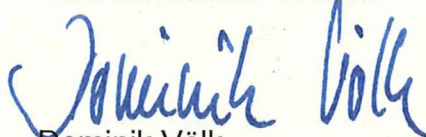
- die lokale Grundversorgung,
- die Sicherstellung der Notfallversorgung innerhalb einer Versorgungsregion,
- die Durchführung komplexer chirurgischer oder onkologischer Eingriffe auf Landesebene sowie
- um aufgrund ihrer Seltenheit besonders spezialisierte Behandlungen gehen,

die eine besondere medizinische Expertise erfordern und über die Landesgrenzen hinweg erbracht werden.

Um jedoch die benannte Grund- und Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen, werden erstmalig Versorgungsregionen durch das Land definiert. Das bedeutet, dass Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung die Notfallversorgung einer Region sicherstellen. Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, Fachkliniken und Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen komplettieren die Versorgungsregion. Die Last der Versorgung im Hinblick auf einen multiprofessionellen Fachkräftemangel und eine älter werdende Bevölkerung soll dadurch auf alle Schultern gleichermaßen verteilt werden.

Wichtige Maßnahmen zur Sicherstellung der stationären Versorgung sind bereits angestoßen worden und ich wäre Ihnen, lieber Herr Bürgermeister Schulze verbunden, wenn Sie und die Verantwortungstragenden vor Ort aufgrund Ihrer besonderen regionalen Kenntnisse mit uns gemeinsam an konstruktiven, auf Geesthacht zugeschnittenen Lösungen arbeiten, um die verschiedenen Akteure vor Ort aus dem Krankenhaus, aus den ärztlichen und therapeutischen Praxen sowie aus dem Rettungsdienst für eine gute Gesundheitsversorgung in Geesthacht zu vereinen.

Mit freundlichen Grüßen



Dominik Völk

Ministerialdirigent

Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung