

Sprechzettel

der Ministerin

Prof. Dr. Kerstin von der Decken

anlässlich der Sitzung des Sozialausschusses

am Donnerstag, 22. Januar 2026, 14.00 Uhr

im Sitzungszimmer 142 des Landtags

TOP 2

Umsetzung der Krankenhausstrukturreform

im Land Schleswig-Holstein

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

- in regelmäßigen Abständen informiert die Landesregierung über die aktuellen Entwicklungen bei der Umsetzung der Krankenhausstrukturreform in Schleswig-Holstein. Das möchte ich auch heute tun und dabei insbesondere auf
 - die Entwicklungen auf Bundesebene mit Blick auf das KHAG,
 - die Umsetzungsschritte im Rahmen der Neufassung des Krankenhausplans, insbesondere zu den Versorgungsregionen und Planungsebenen und
 - die Krankenhausfinanzierungnäher eingehen.
- Zudem wurde um einen Bericht zur aktuellen Situation des Krankenhauses Geesthacht mit Schließung der Notaufnahme und weiteren Abteilungen und deren Auswirkungen auf die Versorgung in der Region gebeten. Diesem komme ich ebenfalls gerne nach. Jedoch möchte ich an dieser Stelle hervorheben, dass die Entwicklungen am Krankenhaus in Geesthacht nicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Krankenhausstrukturreform durch das Land Schleswig-Holstein stehen.

(Entwicklungen auf Bundesebene / KHAG)

- Beginnen wir mit den Entwicklungen auf Bundesebene.
- Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung wird zu Recht die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten und praxistauglichen Weiterentwicklung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KVVVG) betont.
- Der Referentenentwurf für ein Krankenhausreformanpassungsgesetz, das KHAG, wurde der Öffentlichkeit am 5. August 2025 präsentiert.
- Am 8. Oktober 2025 gab das Bundeskabinett grünes Licht zur Einleitung des parlamentarischen Verfahrens.
- Gegenüber dem Referentenentwurf enthält die vom Kabinett verabschiedete Fassung für die Länder nachteilige Änderungen, wodurch von einer praxistauglichen Weiterentwicklung leider nicht mehr die Rede sein kann.
- So soll etwa anstelle des bisherigen Benehmens nun ein Einvernehmen der Kostenträger bei Abweichungsentscheidungen erforderlich sein.
- Zudem wird die Möglichkeit einer Abweichungsentscheidung auf einmalig drei Jahre begrenzt.
- Darüber hinaus sieht der Entwurf einen Zuordnungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Einstufung von Fachkrankenhäusern vor, der es dem Bund ermöglicht, landesplanerische Ausweisungen einseitig aufzuheben.
- Am 12. November 2025 wurde der Gesetzentwurf in erster Lesung im Bundestag beraten. Der Bundesrat befasste sich zuletzt in seiner Plenarsitzung am 21. November 2025 mit dem Gesetzentwurf.

- Für die zweite und dritte Lesung im Bundestag sollten Anfang dieses Jahres abgestimmte Änderungsanträge der Bundesregierung in den Bundestag eingebracht werden.
- Leider ist dieser Schritt bislang nicht erfolgt. Vielmehr ist das KHAG bislang noch nicht einmal zur Tagesordnung angemeldet worden.
- Ob der von der Bundesregierung verfolgte Zeitplan vor diesem Hintergrund noch gehalten werden kann, ist äußerst fraglich.
- Die Landesregierung fordert die regierungstragenden Fraktionen auf, schnellstmöglich konsensuelle Änderungsanträge in das Verfahren einzubringen, um das KHAG praxistauglich weiterzuentwickeln.
- Tragfähige Lösungsideen liegen auf dem Tisch, eine weitere Verzögerung ist den Krankenhäusern und Patientinnen und Patienten nicht mehr zumutbar.
-

(Umsetzungsschritte im Rahmen der Neufassung des Krankenhausplans)

Überblick durch Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Dominik Völk

Es gilt das gesprochene Wort

- Im Rahmen der Arbeiten an der Neufassung des Krankenhausplanes wurde sehr früh deutlich, dass die stationäre Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein künftig stärker regional gedacht werden muss. Vor diesem Hintergrund wurde das Konzept der sogenannten **Versorgungsregionen** entwickelt.
- Sie erinnern sich an das Konzept der Versorgungscluster in der Coronazeit. Auch hier wurden unter Berücksichtigung der Versorgungsstrukturen und der Patientenströme entsprechende regionale Zuordnungen vorgenommen. Das greifen wir mit dem Konzept der Versorgungsregionen wieder auf.
- Diese Versorgungsregionen sollen in der Krankenhausplanung eine sinnvolle, und an der tatsächlichen Versorgungsrealität orientierte Strukturierung der Krankenhauslandschaft ermöglichen.
- Gleichzeitig bilden sie die Grundlage für die anstehenden Regionalgespräche und Regionalkonferenzen und schaffen damit einen einheitlichen Bezugsrahmen für den weiteren Planungsprozess.
- Ziel ist es, dass jede Versorgungsregion über eine verlässliche Grund- und Notfallversorgung verfügt, die als planerische Basis dient und deren grundlegende Strukturen sich landesweit ähneln.

- Ausgangspunkt für die Abgrenzung der Regionen sind die derzeit ausgewiesenen Schwerpunktkrankenhäuser. Diese sollen künftig den Kern einer jeden Versorgungsregion bilden und durch die umliegenden Krankenhausstandorte ergänzt werden.
- Zu Beginn standen grundlegende Strukturdaten im Fokus:
 - die Einwohnerzahlen,
 - die bestehenden Krankenhausstandorte sowie
 - die Verteilung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Häuser.
- Von Bedeutung war uns außerdem, dass sich die Regionen hinsichtlich zentraler Kennzahlen, insbesondere der Einwohnerzahl und der geografischen Ausdehnung, zumindest grob ähneln, um eine Vergleichbarkeit im Planungsprozess sicherzustellen.
- Ein besonders wichtiger Aspekt war die Orientierung an den tatsächlichen Patientinnen- und Patientenströmen innerhalb des Landes. Ziel war es, nicht eine theoretische Struktur zu entwerfen, sondern die reale Versorgungswirklichkeit möglichst genau abzubilden.
- Das bedeutet, dass eine Orientierung an den Kreisgrenzen ohne Berücksichtigung der Patientenströme nicht zielführend gewesen wäre.
- Vor diesem Hintergrund wurden die Versorgungsregionen so gestaltet, dass sie sich primär an der Versorgungsrealität orientieren, dabei aber Kreisgrenzen dort berücksichtigen, wo es sinnvoll und erforderlich erscheint.

- Diese Versorgungsregionen sollen im kommenden Monat den Geschäftsführungen der Krankenhäuser vorgestellt werden.
- Wir haben 6 Versorgungsregionen festgelegt: Mitte, Nord-Ost, Ost, Süd, Süd-West. West.
- Für jede Leistungsgruppe wurde festgelegt, auf welcher geografischen Ebene sie mindestens an einem Krankenhausstandort vorgehalten werden muss. Dabei unterscheiden wir zwischen den vier Ebenen
 - Kreis
 - Region
 - Land und
 - länderübergreifend.
- Auf der Kreisebene sind diejenigen Leistungsgruppen verortet, die für die Grund- und Notfallversorgung unverzichtbar sind und möglichst wohnortnah zur Verfügung stehen müssen.
- Die Regionsebene umfasst Leistungsgruppen, die in jeder Versorgungsregion mindestens einmal vorhanden sein müssen.
- Auf der Landesebene finden sich hochspezialisierte Leistungsgruppen mit überwiegend elektivem Charakter, die nicht flächendeckend vorgehalten werden müssen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Herzchirurgie. Diese Leistungsgruppen müssen landesweit mindestens einmal verfügbar sein.
- Die höchste Planungsebene betrifft Leistungsgruppen mit sehr niedrigen Fallzahlen und extrem hoher Komplexität, die auch

länderübergreifend geplant werden können. Hierzu zählt beispielsweise die Darmtransplantation, für die im Jahr 2024 kein einziger Fall in Schleswig-Holstein verzeichnet wurde, sodass es zielführend erscheint, Leistungen dieser Art in gemeinsamer Planung mit den umliegenden Ländern vorzunehmen.

- Ziel dieser Planungsebenen ist es, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig die Qualität der medizinischen Leistungen nachhaltig zu sichern.
- Zusammenfassend schaffen die Versorgungsregionen und Planungsebenen eine realitätsnahe und zukunftsfähige Struktur für die Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein. Sie verbinden die Orientierung an tatsächlichen Patientinnen- und Patientenströmen, sichern die wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung und ermöglichen gleichzeitig eine gezielte Bündelung komplexer und hochspezialisierter Leistungen.

Übergabe an die Ministerin

Es gilt das gesprochene Wort

(Krankenhausfinanzierung)

- Im Folgenden möchte ich Ihnen noch über den aktuellen Stand in der Investitionsfinanzierung berichten:
- Im vergangenen Jahr haben das Land Schleswig-Holstein, die Kreise und kreisfreien Städte gemeinsam rund 160 Millionen Euro an Fördermitteln für Investitionen in Schleswig-Holsteins Kliniken aufgebracht. Hiervon wurden etwa 113 Millionen Euro für Einzelvorhaben eingesetzt, 46,5 Millionen Euro wurden im Rahmen der jährlich an alle Krankenhäuser ausgezahlten Pauschalförderung ausgereicht. In Summe konnte das Fördervolumen damit ein weiteres Mal gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden. Damit haben Land und Kommunen – gerade in den unsicheren und für die Kliniken wirtschaftlich sehr schwierigen Zeiten – auch 2025 Sorge dafür getragen, dass kraftvoll investiert werden kann.
- Berichten kann ich ferner, dass uns am 22.10.2025 der Förderbescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung über die 64,8 Mio. EUR an Bundesfördermitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds zugegangen ist. Dieses Geld ist – gemeinsam mit dem Ko-Finanzierungsanteil in gleicher Höhe, die das Land alleine aufbringt – für das Neubauvorhaben in Flensburg vorgesehen. Die Bundesmittel konnten 2025 auch direkt vereinnahmt werden und befinden sich im Sondervermögen IMPULS.
- Mit dem Jahr 2026 ist dann auch der Krankenhaustransformationsfonds gestartet – auch wenn wir wissen, dass dieser noch nicht endgültig

konfiguriert ist. Denn mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz sollen hier noch Justierungen umgesetzt werden.

Unter anderem soll – gegenüber der derzeitigen, mit dem KHVVG begründeten Fassung – die Pflicht zur Vorlage von Testaten über die Insolvenzfestigkeit einer Klinik entfallen. Auch die Einvernehmensregelung mit den Kostenträgern soll angepasst werden.

- Vor allem ist die Veränderung der Finanzierungsgrundlage vorgesehen: Die Fördermittel sollen vom Bund und nicht mehr aus dem Gesundheitsfonds aufgebracht werden.
- Die endgültige Entscheidung über diese Punkte steht allerdings immer noch aus. Außerdem liegt weiterhin keine Richtlinie des Bundesamtes für Soziale Sicherung zum Transformationsfonds vor.
- Deshalb – und vor allem auch mit Blick darauf, dass für das Gros der Transformationsvorhaben zunächst hinreichende Klarheit über das Leistungsgruppengeschehen bestehen muss – hat die weit überwiegende Zahl der Länder zum Start des Transformationsfonds keine oder nur eine sehr begrenzte Zahl an Anträgen für den Transformationsfonds vornehmen können.
- In Schleswig-Holstein haben wir, nachdem das Einvernehmen mit den Kostenträgern und den Kreisen und kreisfreien Städten erzielt wurde, zwei erste Anträge gestellt, aufruhend auf Vorhaben, die konzeptionell bereits weit vorangeschritten waren und die sich auf die Stärkung von Strukturen der Notfallversorgung an wichtigen Kliniken beziehen und deshalb bereits jetzt schon gemeldet werden konnten: In Bad Segeberg soll ein Hubschrauber Dachlandeplatz möglich gemacht werden und in Rendsburg sollen die bestehenden Infrastrukturen in der Notaufnahme zu einem integrierten Notfallzentrum weiterentwickelt werden. Die

entsprechenden Anträge werden derzeit beim Bundesamt für Soziale Sicherung bearbeitet.

- Die Fachreferate arbeiten nun an der weiteren Umsetzung des Krankenhaustransformationsfonds. Dort, wo fachliche Klarheit über die künftigen Versorgungsstrukturen hergestellt werden und auf belastbarer Grundlage über Investitionen entschieden werden kann, wird – wie bei den beiden gemeldeten Projekten – die Konzeption des jeweiligen Vorhabens aufgenommen, um sodann einen Antragsprozess vorzubereiten.
- Schließlich kann ich Ihnen noch den aktuellen Stand an Interessenbekundungen darstellen. Wie ich zuletzt an dieser Stelle berichtet hatte, haben wir in Schleswig-Holstein im vergangenen September ein niedrigschwelliges Online-Portal eingerichtet, über das unsere Krankenhäuser ihr Interesse an einer Förderung aus dem Transformationsfonds bekunden können. Aktuell sind dort 121 Interessenbekundungen eingegangen.

(Geesthacht)

- Zum Schluss erstatte ich Ihnen gerne noch zusätzlich Bericht zur aktuellen Situation des Krankenhauses in Geesthacht mit Schließung der Notaufnahme und weiteren Abteilungen und deren Auswirkungen auf die Versorgung in der Region.
- Wie bereits einleitend beschrieben, möchte ich betonen, dass die Situation nicht mit der Umsetzung der Krankenhausreform zusammenhängt, sondern durch Entscheidungen des aktuellen Trägers entstanden ist.

- Wie Herr Pötzsch und Herr Prof. Dr. Timm bereits im November 2025 in der 94. Sozialausschusssitzung berichtet haben, musste der Krankenhausstandort Geesthacht im Oktober das zweite mal binnen kürzester Zeit Insolvenz anmelden.
- An dieser Stelle möchte ich klarstellen, dass wir als das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium, keinen Einfluss auf und keinen Einblick in dieses Insolvenzverfahren haben. Uns ist bekannt, dass das Verfahren gegenwärtig nicht abgeschlossen ist, sondern noch bis zum 31. März 2026 anhalten wird.
- Die Geschäftsführung hat uns nun darüber informiert, dass es zum 1. April 2026 zu Leistungsveränderungen am Standort kommen soll.
- In Hinblick auf die seit Jahren andauernde Diskussion über die Ausrichtung der stationären Angebote in Geesthacht ist es wichtig, die Entscheidung des Krankenhasträgers anhand der zur Verfügung stehenden Zahlen und Daten zu objektivieren und gemeinsam Lösungen für eine verlässliche Struktur zu erarbeiten.
- Bei der Betrachtung der heutigen und zukünftigen Versorgungssituation muss zwischen dem stationären Geschehen im Krankenhaus und der Notfallrettung mit den Hilfsfristen unterschieden werden.
- Notfallrettung umfasst auch die Beförderung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in einem geeigneten Rettungsmittel in eine **nächstgelegene geeignete** Behandlungseinrichtungen. Die Beurteilung ob und welches Krankenhaus dies im jeweiligen Fall ist,

obliegt dem Rettungsdienstpersonal an der Patientin oder am Patienten unter Beachtung verfügbarer Kapazitäten anhand des digitalen Behandlungskapazitätennachweises. Die Notfallrettung wird somit durch die mögliche Schließung eines Standorts wenn überhaupt nur indirekt beeinflusst.

- Bei den Auswirkungen für das stationäre Geschehen muss berücksichtigt werden, dass das Akutgeschehen an einem Standort insbesondere durch Einweisungen durch den ambulanten Versorgungsbereich verbunden ist. **Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte in der Region** nehmen somit eine wesentliche Bedeutung in der Patientinnen- und Patientensteuerung ein.
- Hierzu ist zu ergänzen, dass Patientinnen und Patienten aus den unterschiedlichsten Gründen selbst entscheiden, welche Versorgungseinrichtung sie in Akutsituationen anfahren. Dies muss nicht das nächstgelegene Krankenhaus sein. Dabei spielen unter anderem persönliche Erfahrungen und Ansprüche an ein jeweiliges Versorgungsangebot eine Rolle. Sowohl die Versorgungsbedarfsanalyse Somatik, als auch die Versorgungsbedarfsanalyse Geburtshilfe haben bestätigt, dass es bereits heute, unabhängig von Insolvenzsituationen, in den verschiedenen Fachbereichen Patientinnen- und Patientenströme auch über Kreis- und Ländergrenzen hinweg gibt.
- Für den von Geesthacht nächstgelegenen Krankenhausstandort in Schleswig-Holstein, dem St. Adolf Stift in Reinbek, wurden bereits ab 2022 Maßnahmen getroffen, um nicht nur die Notfallversorgung in der Region zu stärken. Dazu zählt der Neubau des Interdisziplinären

Notfallzentrums und die Etablierung einer Fachabteilung für Neurologie mit einer Erweiterung der heutigen Bettenzahlen.

- Abschließend möchte ich gerne festhalten, dass Sie Gewiss sein können, dass wir die lokale Versorgungssituation fortlaufend beurteilen. Ziel ist es, für die gesamte Region eine nachhaltige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu schaffen. Dies gelingt natürlich nur mit den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, weshalb wir schon jetzt in einem stetigen Austausch mit diesen stehen.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und stehe nun, gemeinsam mit meinem Team, gerne für Ihre Rückfragen zur Verfügung.