

Regio Kliniken Hauptverwaltung | Ramskamp 71-75 | 25337 Elmshorn

An den
Sozialausschuss des
Schleswig- Holsteinischen Landtags

Katja Rathje-Hoffmann,
Vorsitzende des Sozialausschusses

Regina Hein
Geschäftsführerin

Regio Kliniken GmbH
Ramskamp 71-75
25337 Elmshorn

E-Mail: Reg-GFsekretariat@Sana.de

Elmshorn, 23. September 2026
KG

Stellungnahme zum "Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes"; Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 20/4697

Sehr geehrte Vorsitzende des Sozialausschusses,
sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,
sehr geehrte Damen und Herren,

Ergänzend zur Stellungnahme der KGSH möchten wir als Regio Kliniken GmbH noch die folgenden Punkte anbringen:

§ 7 Abs. 2 Satz 5: „Der Krankenhausplan berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder.“

In der Praxis kommt es immer wieder zu Situationen, in denen die Landesgrenzen für Notfalltransporte faktisch geschlossen werden und Rettungswagen aus Schleswig-Holstein keine Patienten an Hamburger Krankenhäuser abgeben können. Dies zeigte sich während der Corona-Pandemie ebenso wie in Phasen erheblicher Personalknappheit in Hamburger Krankenhäusern.

Für die Kliniken in Schleswig-Holstein entstehen daraus zwangsläufig erhebliche Herausforderungen, da ihre Kapazitäten im Regelbetrieb nicht auf solche abrupten Belastungsspitzen ausgelegt sind. Eine entsprechende Vereinbarung darf daher nicht ausschließlich für elektive Patienten oder für Zeiten geringer Auslastung gelten. Krankenhäuser können die hierfür notwendigen Ressourcen nicht ausschließlich für seltene Krisenfälle vorhalten; sie benötigen verlässliche, belastbare und dauerhaft gültige Kooperationsmechanismen.

§12 Abs. 4 Satz 3 „Sofern nach diesem Gesetz keine Ausnahmen vorgesehen sind, sind von der Förderung Investitionen ausgenommen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen.“

Die Hybrid-DRGs bilden einen zentralen Baustein der zukünftigen Krankenhausversorgung. Das in diesem Rahmen behandelte Patientenklientel weist typischerweise eine höhere Komplexität auf als im rein ambulanten Bereich, da gerade die multimorbiden und/oder kognitiv eingeschränkten Fälle häufig gezielt von den ambulanten Leistungserbringern an das Krankenhaus ver-/überwiesen werden. Entsprechend muss auch die hierfür notwendige Infrastruktur im stationären Sektor gestärkt und weiterentwickelt werden.

Für diese Einschätzung spricht zudem, dass § 115f SGB V die Übernachtungsvariante als *dauerhaften* Bestandteil der Hybrid-DRG-Vergütung festlegt – nicht als Übergangslösung. Parallel dazu wird der Hybrid-Katalog kontinuierlich erweitert, und die Leistungsumfänge sollen deutlich ausgebaut werden. Zudem wurden die Hybrid-Leistungen im Jahr 2026 teilweise sogar auf zwei Übernachtungen ausgeweitet, was die zunehmende Bedeutung dieser Versorgungsform unterstreicht.

§ 20 Abs. 1

Die Erhöhung der Nutzung der pauschalen FöMi für Baumaßnahmen bis zu einem Betrag von 1 Million Euro ohne Umsatzsteuer ist zu begrüßen, allerdings darf es dadurch nicht zu einem Wegfall der Mittel führen, die das Ministerium in der Vergangenheit für Projekte bis TEUR 500 gefördert hat.

§ 20 Abs. 2 „Die Auszahlung der Pauschalbeträge an die Krankenhausträger erfolgt an einem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium vorgegebenen Stichtag.“

Die Auszahlung der Fördermittel muss zum Anfang des Jahres erfolgen, da die Investitionen unterjährig anfallen. Eine Vorfinanzierung durch die Krankenhäuser ist nur eingeschränkt möglich, zumal der Betrag der Fördermittel auch nicht immer bekannt ist.

§ 26 Abs.1 Aufnahmepflicht, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

Der Kommentar der KGSH wird ausdrücklich unterstützt.

Absatz 1 verpflichtet jedes Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages alle Patienten, die seine Leistungen benötigen, zu versorgen. Diese Versorgungspflicht des Krankenhauses kann - so auch die Gesetzesbegründung - nicht uneingeschränkt bestehen. Zur Klarstellung und Vermeidung etwaiger Streitigkeiten sollten Einschränkungen der Versorgungspflicht aber bereits dem Gesetzestext selbst und nicht nur der Gesetzesbegründung zu entnehmen sein. Hier bedarf es dabei neben den bereits in der Begründung genannten Einschränkungen bei Vollbelegung zwingend einer Regelung zum Verhältnis der Versorgungsverpflichtung zur Verpflichtung zur Einhaltung von Qualitäts- und Strukturvorgaben (z.B. PpUG). *Keinesfalls ist es für die Krankenhäuser hinnehmbar, in Situationen geraten zu können, in denen sie, egal wie sie sich verhalten, jedenfalls gegen eine für sie bestehende Verpflichtungen verstoßen müssen. Grundsätzlich kann die Versorgungsverpflichtung nur in einem Umfang gelten,*

für den das Krankenhaus tatsächlich qualitativ und quantitativ über entsprechende Ressourcen verfügt.

Die Versorgungsverpflichtung gegenüber allen Patienten erweitert die nach § 109 Abs. 4 SGB V bestehenden Behandlungsverpflichtungen. Dies birgt insbesondere im Bereich der elektiven Behandlungen ein nicht unerhebliches Kostenrisiko, das bei reinen Selbstzahlern anders als bei gesetzlich Versicherten nicht zwingend durch einen solventen Kostenträger gedeckt ist. ***Eine Erweiterung des Kontrahierungszwangs kann daher nur akzeptiert werden, wenn im Gegenzug die Krankenhäuser von einem etwaigen Kostenausfallrisiko befreit werden. Auch wäre den Krankenhäusern mit dieser Regelung die Möglichkeit genommen, (nicht Notfall-) Patienten aufgrund inadäquaten Verhaltens, wie sexueller Belästigung oder Gewalt, ein Hausverbot zu erteilen.***

§ 29 Abs. 4 „Soweit nichts anderes bestimmt ist, tragen die Krankenhausträger die sich aus der Erfüllung dieser Aufgaben ergebenden Kosten selbst.“

Bisher sind die Kosten, welche aus dem § 29 für die Krankenhäuser zusätzlich entstehen, nicht in der Krankenhausfinanzierung abgedeckt.

§ 33 Betriebsleitung, ärztlicher, psychotherapeutischer und pflegerischer Dienst

Die Organisation der Betriebsleitung und Abteilungen obliegt dem Krankenhausträger. Die vorgesehene Regelung greift nicht nur in diese Organisationshoheit ein, sondern ist offenbar ausschließlich aus Tradition begründet. Insbesondere der Absatz 3 entspricht nicht mehr der Praxis. In der Praxis sind die medizinischen Abteilungen oft auf interdisziplinären Stationen verteilt. Insbesondere ist die für die Leitung der Pflege einer Station nicht zwingend eine Pflegefachperson, sondern hat ursprünglich eine andere Ausbildung in einem anderen Gesundheitsberuf.

Mit freundlichen Grüßen

Regina Hein
Geschäftsführerin Regio Kliniken

Thomas Klahn
Kaufmännischer Leiter, Prokurist