

BARMER · Postfach 1429 · 24013 Kiel

An die
Vorsitzende des Sozialausschusses des
Schleswig-Holsteinischen Landtags
Frau Katja Rathje-Hoffmann MdL
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Sie erreichen uns:

👤 Dr. Anneke Riehl
☎ 0202 568 656 600
✉ anneke.riehl@barmer.de

Bitte angeben:

Bitte stets angeben:

Unsere Zeichen Gesundheitspolitik

Ihr Schreiben vom 11.09.2026

Datum 28.09.2026

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes; Drucksache 20/4697

Stellungnahme der BARMER-Landesvertretung Schleswig-Holstein zum Gesetzentwurf der Landesregierung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die BARMER bedankt sich für die Möglichkeit, zum neuen Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und zur Änderung des Krebsregistergesetzes Stellung nehmen zu können.

Die vorgesehenen Regelungen zur stärkeren Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung werden ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die Verknüpfung von Leistungsgruppen mit definierten Qualitätsanforderungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Krankenhausversorgung.

Positiv bewerten wir zudem die Möglichkeit, Mindestfallzahlen für ausgewählte Leistungen festzulegen. Aus Sicht der BARMER können Mindestfallzahlen und qualitätsbezogene Strukturvorgaben dazu beitragen, die Behandlungsqualität zu stärken, Patientensicherheit zu erhöhen und eine evidenzbasierte Versorgung sicherzustellen.

Auch die ausdrückliche Verankerung der Patientensicherheit als gesetzliches Ziel sowie die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit begrüßen wir.

Insgesamt regen wir an, die weitere Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben, Mindestfallzahlen und Ausnahmeregelungen konsequent an den Zielen einer hochwertigen, wirtschaftlichen und patientensicheren Versorgung auszurichten. Dabei sollte sichergestellt werden, dass Strukturentscheidungen vorrangig qualitäts- und versorgungsorientiert erfolgen und bestehende Doppelstrukturen dort abgebaut werden, wo dies medizinisch vertretbar und unter Versorgungsgesichtspunkten möglich ist.

Der vorliegende Entwurf greift nun bereits Hinweise der Ersatzkassen aus der vorherigen Verbändeanhörung auf, die wir im weiteren Verlauf noch mehrmals ansprechen werden. Positiv hervorzuheben sind dabei insbesondere die klarere Trennung des Ausschusses Krankenhausplanung und des Ausschusses Krankenhausfinanzierung, die dauerhafte Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen im Ausschuss Krankenhausplanung, die stärkere Ausdifferenzierung der intersektoralen Aufgaben des Gesundheitsversorgungsrats sowie die präzisere Verweisung in § 8 dieses

Entwurfes. Auch die stärkere datenbasierte Ausrichtung der Krankenhausplanung und die Möglichkeit einer länderübergreifenden Nutzung des Behandlungskapazitätenachweises sind sachgerecht.

Gleichwohl bleiben wesentliche Punkte aus Sicht der BARMER unberücksichtigt. Diese betreffen insbesondere die regelmäßige Fortschreibung und transparente Veröffentlichung des Krankenhausplans, die Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausfinanzierung, die Ausgestaltung der Investitionsförderung sowie die ausdrückliche Verankerung überregionaler und telemedizinischer Kooperationen.

1. Krankenhausplanung regelmäßig und transparent fortschreiben

§ 6 Absatz 1 dieses Gesetzes sollte dahingehend ergänzt werden, dass der Krankenhausplan mindestens alle fünf Jahre vollständig fortgeschrieben wird. Die Möglichkeit anlassbezogener Änderungen und einer kontinuierlichen Anpassung bleibt davon unberührt.

Die derzeitige Formulierung („schreibt ihn nach Bedarf fort“) gewährleistet keinen festen Überprüfungszeitpunkt. Eine kontinuierliche Fortschreibung ist nicht gleichbedeutend mit einer regelmäßigen Gesamtüberprüfung des Versorgungsbedarfs. Prüfungen des Medizinischen Dienstes zur Erfüllung von Leistungsgruppenanforderungen ersetzen keine Bedarfs-, Struktur- und Kapazitätsplanung. Erforderlich ist vielmehr eine regelmäßige Betrachtung von Demografie, Morbidität, Fallzahlen, Erreichbarkeit, Kapazitäten, Fachkräfteverfügbarkeit sowie der Versorgungsangebote benachbarter Länder.

Der Krankenhausplan und sämtliche Änderungen sollten zudem neben der Veröffentlichung im Amtsblatt verbindlich auf der Internetseite des zuständigen Ministeriums veröffentlicht werden. Dies ist für Patientinnen und Patienten, Krankenhausträger, Kommunen, Leistungserbringer und die interessierte Öffentlichkeit wesentlich. Die Veröffentlichung sollte dauerhaft, barrierefrei, nachvollziehbar versioniert und möglichst maschinenlesbar erfolgen.

2. Kapazitäten im Feststellungsbescheid ausweisen

Die Aufnahme der Kapazitäten in den Besonderen Teil des Krankenhausplans ist zu begrüßen. Zusätzlich müssen die einem Krankenhausstandort zugewiesenen Kapazitäten ausdrücklich Bestandteil des jeweiligen Feststellungsbescheids werden.

Der Bescheid sollte insbesondere Soll-Fallzahlen, Belegtage oder sonstige geeignete Kapazitätswerte je Leistungsgruppe und für den Standort insgesamt ausweisen. Nur dadurch wird der konkrete Krankenhausversorgungsauftrag rechtssicher und vollzugstauglich bestimmt. Dies ist insbesondere bei Änderungen, Teilherausnahmen, Qualitätsprüfungen und der Bewertung der Versorgungsverpflichtung erforderlich.

3. Krankenkassen auch im Ausschuss der Krankenhausfinanzierung beteiligen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen als ständige stimmberechtigte Mitglieder in den Ausschuss Krankenhausfinanzierung aufgenommen werden. Die bisher vorgesehene Beteiligung im Ausschuss Krankenhausplanung reicht hierfür nicht aus.

Der Ausschuss Krankenhausfinanzierung befasst sich unmittelbar mit der Aufstellung und Fortschreibung des Investitionsprogramms. Investitionsentscheidungen des Landes wirken sich jedoch regelmäßig auf die laufenden Betriebskosten und damit mittelbar auf die gesetzliche Krankenversicherung aus. Eine Beteiligung der Krankenkassen ist daher erforderlich, um die Trennung von Investitions- und Betriebskosten zu sichern und Fehlentwicklungen durch Querfinanzierung zu vermeiden.

Darüber hinaus sollte gesetzlich klargestellt werden, wie die Krankenkassenverbände in den Gremien repräsentiert werden. Die Geschäftsordnung darf die Beteiligung nicht in einer Weise konkretisieren, die zu einer lediglich formalen oder stimmrechtlich unklaren Einbindung führt.

4. Restfinanzierungen nur mit verbindlicher Zustimmung

§ 15 Absatz 2 sollte geändert werden. Bei einer nur teilweisen Investitionsförderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger darf das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG nicht lediglich „anzustreben“ sein.

Erforderlich ist eine verbindliche Einvernehmens- oder zumindest eine qualifizierte Beteiligungsregelung. Eine Restfinanzierung kann erhebliche Auswirkungen auf die wirtschaftliche Stabilität eines Krankenhauses haben und mittelbar zu einer Verlagerung von Investitionskosten in die Betriebskosten führen. Vor einer solchen Entscheidung müssen daher die langfristige Tragfähigkeit, die Auswirkungen auf den Versorgungsauftrag und mögliche Folgewirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung geprüft und dokumentiert werden.

5. Investitionsförderung verlässlich ausgestalten

Der neue Entwurf hält strukturell am Haushaltsbezug der Investitionsförderung fest. Das Investitionsprogramm wird weiterhin auf Grundlage des Landeshaushalts erstellt; ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht nicht.

Die BARMER ist der Ansicht, dass die notwendige Investitionsförderung nicht allein von der jeweils verfügbaren Haushaltslage abhängig gemacht werden darf. Krankenhäuser benötigen für die Erfüllung ihres Versorgungsauftrags eine verlässliche öffentliche Finanzierung der notwendigen Investitionen. Andernfalls drohen Investitionsrückstände, eine Verschlechterung der Infrastruktur und eine indirekte Belastung der Betriebskosten.

Zudem sollten gesetzliche Kriterien für die Priorisierung von Investitionsmaßnahmen festgelegt werden. Der Begriff „unabdingbar“ sollte insbesondere anhand von Versorgungssicherheit, Erreichbarkeit, Notfallversorgung, regionalem Bedarf, baulichem Zustand, Hygiene, Resilienz, Digitalisierung, IT-Sicherheit, Fachkräfteverfügbarkeit und Folgekosten konkretisiert werden. Entscheidungen über die Priorisierung müssen transparent und nachvollziehbar sein.

6. Telemedizin berücksichtigen

Die geplante Zusammenarbeit von Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern zum Aufbau eines gemeinsamen, länderübergreifenden Telemedizin-Netzes Nord-Ost ist ausdrücklich zu begrüßen. Das Vorhaben soll zunächst die stationären Leistungserbringer beider Länder vernetzen und perspektivisch sektorenübergreifend ausgerichtet werden. Vorgesehen sind unter anderem Telekonsile und Televisiten, zunächst insbesondere für die Pädiatrie sowie die Not- und Unfallversorgung. Das Netzwerk soll allen Krankenhäusern unabhängig von Trägerstruktur, Versorgungsstufe und geografischer Lage diskriminierungsfrei offenstehen und an ambulante Angebote, Rettungsdienst sowie Katastrophenschutz- und Krisenvorsorgestrukturen anschlussfähig sein.

Dieses Vorhaben bestätigt die frühere gemeinsame Forderung der Ersatzkassen, überregionale und telematische Kooperationen im Landeskrankenhausgesetz ausdrücklich zu verankern. § 28 des Gesetzesentwurfes sollte daher nicht auf eine Zusammenarbeit „innerhalb des Einzugsbereichs“ beschränkt bleiben. Stattdessen sollte klargestellt werden, dass Krankenhäuser entsprechend ihrer Aufgabenstellung regional, überregional und unter Nutzung sicherer telematischer Strukturen zusammenarbeiten sollen.

Ferner sollte man in § 26 ergänzen, dass die Dienst- und Aufnahmebereitschaft auch die erforderliche telematische Anbindung und Nutzbarkeit umfasst. Ein telemedizinisches Netzwerk kann seine Wirkung nur entfalten, wenn alle Krankenhäuser technisch, organisatorisch und personell in der Lage sind, sich aktiv zu beteiligen.

Zusammenfassung

Die BARMER begrüßt die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und die klarere institutionelle Struktur des neuen Entwurfs. Für eine tragfähige Reform sind jedoch folgende Nachbesserungen erforderlich:

1. verbindliche vollständige Fortschreibung des Krankenhausplans mindestens alle fünf Jahre
2. zusätzliche Veröffentlichung des Krankenhausplans auf der Internetseite des Ministeriums
3. ausdrückliche Ausweisung der Kapazitäten im Feststellungsbescheid
4. ständige stimmberechtigte Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen im Ausschuss Krankenhausfinanzierung
5. verbindliche Beteiligung beziehungsweise Einvernehmen bei Restfinanzierungen
6. verlässliche Ausgestaltung der Investitionsförderung unabhängig von einer rein kurzfristigen Haushaltslage
7. gesetzliche Kriterien für die Priorisierung unabdingbarer Investitionsmaßnahmen
8. ausdrückliche Verankerung regionaler, überregionaler und telemedizinischer Kooperationen
9. Berücksichtigung und rechtliche Flankierung des geplanten länderübergreifenden Telemedizin-Netzes Nord-Ost

Die BARMER bittet den Schleswig-Holsteinischen Landtag, diese Punkte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Anneke Riehl