



komba gewerkschaft sh e.V. | Wilhelminenstr. 51 | 24103 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Sozialausschuss/ Vorsitzende

Frau Katja Rathje-Hoffmann

Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

per E-Mail an:

sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Fachgewerkschaft für den
öffentlichen Dienst

Wilhelminenstr. 51
24103 Kiel

Telefon: 0431.535579-0
Fax: 0431.535579-20

Mail: info@komba-sh.de
Web: www.komba-sh.de

Vereinsregister: VR 7506 KI

28.09.2026

Ihr Anschreiben vom 11. September 2026, Bearbeiter Thomas Wagner

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung
und Änderungen des Krebsregistergesetzes, Drucksache 20/4697.
Stellungnahme der komba gewerkschaft sh**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

als Fachgewerkschaft für den öffentlichen Dienst danken wir für die erneute Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Auftrag unseres Spitzenverbandes dbb und tarifunion hatten wir bereits zum Kabinettsentwurf am 9. Juni 2026 ausführlich Stellung genommen. Nunmehr haben wir Kabinettsentwurf und Drucksache verglichen. Jeden Punkt bewerten wir als übernommen, verbessert, unverändert, verschlechtert oder neu. Neu sind Punkte, die der Kabinettsentwurf nicht enthielt oder die sich aus dem veränderten Kontext ergeben. Unsere offenen Forderungen fassen wir zunächst zusammen.

Vorab: Dieser Entwurf muss bedingungslos gemeinsam mit dem Entwurf des Rettungsdienstgesetzes (Drucksache 20/4419, SHRDG) gedacht werden. Beide wirken auf dieselbe Versorgungsinfrastruktur. Wo sie Lücken lassen, tragen Patient*innen sowie Beschäftigte die Folgen, unter Umständen sogar mit ihrem Leben. Wir verweisen daher auf unsere aktualisierte Stellungnahme zum SHRDG vom 31. August 2026.

Offene Kernforderungen

- **Erreichbarkeit:** Höchstens 30 Minuten mit dem Pkw zur nächsten Notaufnahme als gesetzliche Voraussetzung vor jedem Leistungsgruppenentzug. (§§ 3, 7)
- **Aufnahmepflicht:** „unabhängig vom Wohnort“ zurück in § 26 Abs. 1.
- **Schutzklausel GKV-BStabG:** Wirtschaftlichkeitsvermutung und Leistungsgruppenentzug aussetzen, wenn die GKV-Finanzierung wesentlich sinkt. Tariflöhne vollständig refinanzieren. (§§ 8, 12)
- **Förderung:** Klarstellen, dass kein Haushaltsvorbehalt gilt. (§ 12 Abs. 1)
- **Alarmplanung:** Refinanzierungspflicht des Landes. (§ 29 Abs. 4)

- **Finanzierung und Konnexität:** Ausgleich nach Art. 57 Abs. 2 LV für Kreise und kreisfreie Städte. Finanzierungsgarantie für alle Träger, Rechtsanspruch und Maßstab für die Ausgleichszahlung. (§§ 10, 13)
- **Rechtsschutz:** Aufhebende Wirkung von Rechtsbehelfen gegen Feststellungsbescheide. (§ 8 Abs. 6)
- **Gesundheitsversorgungsrat:** Gewerkschaften, Personal- und Betriebsräte, Pflege, Rettungsdienst und Hebammen stimmberechtigt aufnehmen. Stimmrecht der Rettungsdienstträger wiederherstellen. (§ 5)
- **Beschäftigtendatenschutz:** Keine Leistungs- und Verhaltenskontrolle über Patientendaten ohne Dienst- oder Betriebsvereinbarung. (§ 41 Abs. 1 Nr. 9)
- **Personalübergang:** Beteiligung der Personalvertretungen vor jeder Standortentscheidung, Überleitung unter Wahrung der Tarifbindung. (§§ 9, 21)
- **Geburtshilfe:** Folgenabschätzung vor Schließungen, eigener Schutzstatus. Im SHRDG eigene Einsatzkategorie und Hebammenkompetenz in der Telenotfallmedizin. (§§ 9, 26)
- **Rettungsdienst:** Verpflichtende Folgenabschätzung vor jeder Strukturentscheidung, Verweis auf das reformierte SHRDG. (§§ 9, 26 Abs. 4)
- **Demografie, Ausbildung, Psychiatrie, Evaluation:** Verbindlicher Planungshorizont von 10 bis 20 Jahren. Ausbildung als Gesetzesziel. Versorgungsstandards und Personalschlüssel in § 7a. Evaluation nach drei Jahren. (§§ 1, 2, 7, 7a, 38, 39)

1. Verfassungsrechtlicher Rahmen

[Unverändert]

Der Entwurf berührt das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) und das Gleichheitsgebot (Art. 3 GG). Die staatliche Schutzpflicht erfüllt er nicht. Das Recht auf Gesundheit darf nicht davon abhängen, in welchem Kreis jemand wohnt.

§ 40 benennt den Eingriff, schützt aber nicht: Die Grundrechte aus Art. 2 Abs. 2, Art. 12 und Art. 13 GG nannte schon der Kabinettsentwurf. Neu ist, die Einschränkung erfolge „insbesondere durch die §§ 9, 10, 35, 37, 39“. Die Landesregierung räumt damit selbst ein, dass Herausnahme aus dem Plan und Versorgungsverpflichtung in das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit eingreifen. Einen Mindestschutzstandard setzt das Gesetz nicht.

Kein Erreichbarkeitsstandard: §§ 3 und 7 enthalten keine verbindliche Maximalfahrzeit zur nächsten Notaufnahme. Die Begründung verweist Erreichbarkeiten in den Krankenhausplan. **Schutzpflichten brauchen eine gesetzliche Grundlage. Über Grundrechte verhandeln wir nicht.**

Fehmarn zeigt, was das bedeutet: Ameos gibt das Akutkrankenhaus auf Fehmarn Ende 2026 auf (shz, 28. April 2026). Von Westermarkelsdorf im Nordwesten der Insel bis zur Notaufnahme in Oldenburg sind es laut Routenplaner rund 40 Minuten, allerdings ohne Stau. Die einzige Straßenverbindung, die Fehmarnsundbrücke, bleibt nach Angaben der Deutschen Bahn bis 2030 Baustelle mit Tempo 30. Im Berufsverkehr und an frequentierten Wochenenden mit viel Tagestourismus staut sich der Verkehr dort regelmäßig. Die Bahnverbindung auf die Insel ist seit 2022 unterbrochen. § 3 Abs. 1 verlangt ausdrücklich, die besondere Situation der Inseln zu berücksichtigen. **Eine Insel ohne Akutkrankenhaus und ohne verlässlichen Weg zur nächsten Notaufnahme erfüllt diesen Auftrag nicht.**

Planungshoheit verpflichtet: Im August 2025 hat Schleswig-Holstein mit Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt drei Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses verfassungsgerichtlich überprüfen lassen, darunter die Mindestmenge für unreif geborene Kinder unter 1.250 Gramm. Die Länder berufen sich auf ihre Hoheit bei der Krankenhausplanung (Krankenhaus-Report 2026, Kap. 19). Vor dem Bundesverfassungsgericht beansprucht die Landesregierung diese Verantwortung also ausdrücklich. Im eigenen Gesetz übt sie sie nicht

aus. Erreichbarkeit, Geburtshilfe und Versorgungskennzahlen verweist sie in einen Plan, den das Ministerium aufstellt und den der Landtag nicht beschließt. Wer die Planungshoheit verteidigt, muss sie auch nutzen, und zwar im Gesetz. Über die Mindestmengen selbst urteilen wir hier nicht.

Vertrauen: Nur noch 17 Prozent der Bürgerinnen und Bürger trauen dem Staat zu, seine Aufgaben zu erfüllen. Das ist ein neuer Tiefststand (dbb Bürgerbefragung öffentlicher Dienst 2026). Ein Gesetz, das Grundrechtseingriffe benennt, aber nicht absichert, vertieft diesen Vertrauensverlust.

Forderung: Höchstens 30 Minuten mit dem Pkw zur nächsten Notaufnahme, geregelt im Gesetz statt im Krankenhausplan. § 40 braucht einen Mindestschutzstandard.

2. Demografischer Planungshorizont

[Unverändert]

Der Krankenhaus-Report 2026 beschreibt eine beschleunigte Alterung der Gesellschaft ab Mitte der 2020er Jahre (Augurky/Pilny, Kap. 12). Die Gesetzesziele in § 1 Abs. 1 nennen den Mehrbedarf einer älteren, häufiger mehrfach erkrankten und weniger mobilen Bevölkerung nicht. Die Begründung meint, das Ziel der sektorenübergreifenden Versorgung trage dem demografischen Wandel Rechnung. Ein Kooperationsziel ersetzt aber keine Bedarfsprognose. § 7 Abs. 2 spricht von der „vorgesehenen Entwicklung“, § 6 Abs. 1 von der Anpassung an den Versorgungsbedarf. Wie weit diese Entwicklung reicht und woran sie sich misst, lässt das Gesetz offen.

Forderung: Eine verpflichtende Folgenabschätzung zur demografischen Bedarfsentwicklung der nächsten 10 bis 20 Jahre in §§ 1 und 7.

3. Resilienz und Alarmplanung

[Unverändert]

Alarmübungspflicht (§ 29 Abs. 3) und Kostenpflicht der Träger (§ 29 Abs. 4) stehen wortgleich schon im Kabinettsentwurf. Das gilt auch für die Verordnungsermächtigung zur Kostentragung in § 39 Abs. 1 Nr. 10. Sie eröffnet eine Möglichkeit, verpflichtet das Land aber zu nichts. Die Alarmplanung dient der staatlichen Resilienz, nicht dem Betrieb. Weder die DRG-Vergütung noch die Investitionsförderung decken sie ab. Wer Pflichtaufgaben im Allgemeininteresse anordnet, muss sie finanzieren. Zugleich prüft der Entwurf nicht, ob die Strukturreform die Kapazitäten für Großschadenslagen, Pandemien und Verteidigungslagen erhält. Weniger Standorte bedeuten weniger Resilienz.

Forderung: Eine Refinanzierungspflicht des Landes in § 29 Abs. 4 und die Aufnahme der Alarmplanung in die Fördertatbestände der §§ 12 ff. Eine Resilienzbewertung vor jeder wesentlichen Strukturentscheidung.

4. Bundesfinanzrahmen und Investitionsförderung

[Neu]

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) gilt seit dem 30. Juli 2026. Die Drucksache nennt es in ihrer Problembeschreibung. Konsequenzen zieht sie daraus nicht. Nach Berechnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft verlieren die Krankenhäuser von 2027 bis 2030 rund 30 Milliarden Euro an Erlösen (DKG, nach Deutscher Bundestag, Juli 2026). Diese Kürzungen treffen dieselben Häuser, die das Landesgesetz neu ordnen will.

Tariflöhne: Von 2027 bis 2029 darf der Kostenanstieg der Krankenhäuser die Grundlohnrate minus einen Prozentpunkt nicht übersteigen. Tarifsteigerungen oberhalb dieser Grenze werden nur noch zur Hälfte refinanziert (BMG, 10. Juli 2026). Wer tarifliche Entwicklungen und damit Tariflöhne unterläuft und nicht refinanziert, treibt Fachkräfte aus dem Beruf und macht Qualitätsvorgaben unerfüllbar. **Dagegen protestieren wir ausdrücklich.**

Personalbemessung: Das GKV-BStabG schafft die Pflegepersonalbemessungsverordnung und die Kommission für die Personalbemessung ab. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind kein Pflichtkriterium aller Leistungsgruppen mehr (BMG, 10. Juli 2026). Wer Qualität verspricht und die Personalbemessung aufgibt, verliert das wichtigste Instrument zum Schutz von Beschäftigten und Patientinnen und Patienten.

Haushaltsvorbehalt: Die Drucksache hat den Satz gestrichen, wonach Investitionen nur „im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel“ gefördert werden. Das begrüßen wir. Die Begründung geht an anderer Stelle aber weiter davon aus, der Vorbehalt sei „bereits in § 12 Absatz 1 normiert“. Diesen Widerspruch sollte der Ausschuss ausräumen.

Investitionsbedarf: Für eine moderate Zentralisierung sind bundesweit mindestens 60 Milliarden Euro nötig, der Transformationsfonds bietet 50 Milliarden, davon rund 1,7 Milliarden für Schleswig-Holstein. Die Investitionsmittel der Länder sind seit 1991 real um fast 27 Prozent gesunken (Augurzký/Pilny, Krankenhaus-Report 2026, Kap. 12). Für die Garantien der HSH Nordbank hat Schleswig-Holstein 2018 per Nachtragshaushalt knapp drei Milliarden Euro kurzfristig aufgebracht. **Die Garantie der Daseinsvorsorge verdient dieselbe Entschlossenheit und denselben politischen Willen.**

Forderung: Es braucht eine Schutzklausel. Sinkt die GKV-Krankenhausfinanzierung, setzt das Land Wirtschaftlichkeitsvermutung und Leistungsgruppenentzug aus, bis eine angepasste Landesfinanzierung gesichert ist. Tariflöhne sind vollständig zu refinanzieren. § 12 Abs. 1 stellt klar, dass kein Haushaltsvorbehalt gilt.

5. Leistungsgruppen und Wirtschaftlichkeitsvermutung

[Im Kern unverändert]

Die Wirtschaftlichkeitsvermutung in § 8 Abs. 2 Satz 2 knüpft jetzt nur noch an fehlende Leistungsgruppen nach § 6a KHG an. Der Mechanismus bleibt: Häuser ohne Zuweisung gelten per Gesetz als unwirtschaftlich, ohne Prüfung des Einzelfalls. 2023 schrieben 43 Prozent der Kliniken Verluste, 16 Prozent lagen im Bereich erhöhter Insolvenzgefahr (Krankenhaus Rating Report 2025). Schließt ein Haus im Insolvenzverfahren, gibt es nach § 21 Abs. 4 keine Schließungsförderung. Der häufigste Schließungsweg bleibt damit ohne Förderung.

Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen: Dort sank die Zahl der Standorte in der Spezialversorgung **um bis zu 70 Prozent**. Bei der Revision von Knie-Endoprothesen stieg die Fahrzeit, in der 75 Prozent der Patientinnen und Patienten das Krankenhaus erreichen, von 30 auf 40 Minuten (Krüll et al., Krankenhaus-Report 2026, Kap. 4). Für planbare Eingriffe mag das hinnehmbar sein. Für Notfälle, Geburten und psychische Krisen ist es das nicht. In einem Flächenland wie Schleswig-Holstein wiegen solche Wege schwerer.

Forderung: Die Maximalwegzeit von 30 Minuten als Voraussetzung vor jedem Leistungsgruppenentzug. Keine Wirtschaftlichkeitsvermutung ohne Transformationsfinanzierungsgarantie des Landes.

6. Rechtsschutz

[Unverändert]

Rechtsbehelfe gegen Feststellungsbescheide haben weiterhin keine aufschiebende Wirkung (§ 8 Abs. 6). Verliert ein Haus eine Leistungsgruppe, gilt sofort das Leistungsverbot. Personal und Infrastruktur werden abgebaut, bevor ein Gericht entscheidet. **Art. 19 Abs. 4 GG verlangt aber Rechtsschutz, der vollendete Tatsachen verhindert.**

Der Rückbau der Daseinsvorsorge hat zudem politische Folgen. Etwa in Italien führten Krankenhausschließungen zu höheren Stimmanteilen rechter Parteien, in England stärkten Schließungen von Hausarztpraxen die „UKIP“. Für Deutschland zeigt das IW Köln: Entschei-

dend ist das Gefühl, der Staat ziehe sich zurück. Das IW nennt die Krankenhausreform **ausdrücklich** als Faktor, der politisches Kapital aufs Spiel setzen kann (IW Köln 2026, S. 42). **Ein Staat, der verlässlich schützt, ist das wirksamste Mittel gegen Extremismus.**

Forderung: Aufschiebende Wirkung für Rechtsbehelfe gegen Feststellungsbescheide.

7. Gesundheitsversorgungsrat

[Verschlechtert]

Der Kabinettsentwurf sah eine Vollversammlung mit stimmberechtigten Mitgliedern vor, die Empfehlungen aussprechen konnte. Die Drucksache bildet zwei Ausschüsse und einen Beirat mit „ausschließlich beratender Funktion“ (§ 5 Abs. 5).

Der Rettungsdienst verliert sein Stimmrecht: Im Kabinettsentwurf waren die Träger des Rettungsdienstes und der Luftrettung stimmberechtigte Mitglieder (§ 5 Abs. 3 Nr. 4). In der Drucksache kommen sie nicht mehr vor. Das Ministerium kann sie allenfalls nach § 5 Abs. 6 mit beratender Stimme hinzuziehen. **Aus einem Stimmrecht wird eine Einladung nach Ermessen, obwohl LKHG und SHRDG ineinandergreifen.**

Erweitert, allerdings nicht um das Fachpersonal: Neu dabei sind Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung. Gewerkschaften, Personal- und Betriebsräte sowie Vertretungen von Pflege, Rettungsdienst und Hebammen fehlen jedoch weiterhin. **Das Fachpersonal, das die Versorgung täglich erbringt, bleibt außen vor. Jedoch ist die Mitbestimmung demokratische Pflicht.**

Planung vor Gesetz: Der neue Krankenhausplan soll am 1. Januar 2027 in Kraft treten. Welche Klinik welche Aufgaben übernimmt, klären Land und Kliniken bis Jahresende in sechs Regionalkonferenzen (NDR, 21. September 2026). Beschäftigtenvertretungen sind daran nicht beteiligt. Der Landtag berät das Gesetz, das diese Planung steuern soll, noch. So entstehen Fakten, bevor der Gesetzgeber entschieden hat.

Forderung: Gewerkschaften, Personal- und Betriebsräte, Pflegefachpersonen, Rettungsdienstbeschäftigte und Hebammen als stimmberechtigte Mitglieder. Das Stimmrecht der Rettungsdienstträger gehört zurück in den Gesundheitsversorgungsrat.

8. Versorgungsverpflichtung und Konnexität

[Unverändert]

Träger können den Versorgungsauftrag nicht zurückgeben (§ 10). Lehnt das Ministerium einen Rückgabeantrag ab, muss es eine angemessene Ausgleichszahlung für übermäßige Belastungen festsetzen (§ 10 Abs. 2 Satz 3). Das erkennen wir an. Die Regelung greift aber erst nach einem Ablehnungsbescheid und nur bei „übermäßigen“ Belastungen. Einen Maßstab bleibt das Gesetz schuldig. **Für die laufende Versorgungspflicht gibt es daher keine Finanzierungsgarantie.**

Konnexität: Kreise und kreisfreie Städte tragen den Sicherstellungsauftrag mit (§ 3 Abs. 1) und bringen die Hälfte der Fördermittel auf (§ 13 Abs. 1). Für jede Mehrbelastung, die das Gesetz ihnen auferlegt, verlangt Art. 57 Abs. 2 der Landesverfassung einen finanziellen Ausgleich. Für freigemeinnützige und private Träger ist eine Versorgungspflicht ohne Finanzierungsgarantie ein Eingriff in Art. 12 und 14 GG.

Geesthacht zeigt, dass eine Pflicht ohne Finanzierung ins Leere läuft: Das Krankenhaus durchlief zwei Insolvenzen. Im März 2026 stellte es Geburtshilfe, Notaufnahme, Intensivstation, Chirurgie und Kardiologie mit sofortiger Wirkung ein und begründete das mit der Personalsituation. Das Ministerium bestand auf dem Versorgungsauftrag bis zum 31. März und prüfte rechtliche Schritte. Die Versorgung sicherte das nicht. Rund 250 Stellen fielen weg (kma-online, April und September 2026).

Der Investitionsrückstand der Kommunen liegt bundesweit bei 231,2 Milliarden Euro (KfW-Kommunalpanel 2026). Auch das IW Köln stellt fest, dass die Verletzung des Konnexitätsprinzips die kommunale Handlungsfähigkeit beschneidet. **Die Übergangszeit von höchstens einem Jahr ist unrealistisch.** Ein Zentralklinikum, das 2026 in die Planung geht, ist kaum vor 2035 fertig (Augurzky/Pilny, Krankenhaus-Report 2026, Kap. 12).

Forderung: Eine Finanzierungsgarantie für auferlegte Versorgungspflichten. Ein Rechtsanspruch und ein nachvollziehbarer Maßstab für die Ausgleichszahlung. Übergangsfristen, die sich an realen Transformationszeiten orientieren.

9. Psychiatrie

[Verbessert]

Der neue § 7a schafft eine eigene Grundlage für psychiatrische Leistungsgruppen ab dem 1. Januar 2028, mit Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst und Schutz vor Unterversorgung. Das erfüllt unsere Forderung nach einem Regelungsrahmen.

Offen bleibt die Versorgung im ländlichen Raum: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Heide erhält jede Woche 30 Anfragen von komplex erkrankten Kindern und Jugendlichen, sechsmal mehr, als sie eigentlich bewältigen kann. Im Kreis Dithmarschen gibt es nicht eine einzige niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. Trotzdem gilt der Bedarf nach der Planung der Kassenärztlichen Vereinigung landesweit als zu mehr als 100 Prozent gedeckt (NDR, 18. Juni 2025). Bundesweit warten Kinder und Jugendliche im Schnitt **32,5 Wochen** auf den Beginn einer Psychotherapie (BiPsy-Versorgungsmonitor 2026). **Wer sie nicht ambulant versorgt, schickt sie automatisch in die Klinik oder den Rettungsdienst.**

Personalvorgaben: Die Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht, die das Land 2025 angestoßen hat, richtet sich auch gegen die Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Psychiatrie (Krankenhaus-Report 2026, Kap. 19). **Wer Personalvorgaben des Bundes angreift, muss im eigenen Gesetz eigene Personalschlüssel setzen. § 7a enthält keine.**

Forderung: Versorgungsstandards und Personalschlüssel in ländlichen Räumen in § 7a. Rettungsdienst-Folgenabschätzung für psychiatrische Strukturentscheidungen.

10. Geburtshilfe

[Unverändert]

Die Begründung verweist die Geburtshilfe in den Krankenhausplan. Dabei kennt die Landesregierung das Risiko: § 10 soll nach der Begründung verhindern, dass Träger die Rückgabe des Versorgungsauftrags „z. B. für die Geburtshilfe“ als Druckmittel einsetzen. **Das Land verpflichtet also die Träger, schafft aber keine eigene Schutzregel.**

Rund die Hälfte der Kreißsäle in Schleswig-Holstein sind in den letzten 25 Jahren geschlossen worden. Der Hebammenverband zählte 2025 nur noch 15 Standorte. Die Leistungsgruppensystematik wird die Konzentration noch weiter verschärfen. Weder LKHG noch SHRDG sehen eine Folgenabschätzung, einen Schutzstatus oder eine geburtshilfliche Einsatzkategorie vor. Kein junges Paar zieht in eine Region, in der Frauen nicht sicher entbinden können. **Geburtshilfe bedeutet Infrastruktur wie Strom, Straßen und Glasfaser. „Das darf so nicht weitergehen“, so die Verbandsvorsitzende des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein Anke Bertram.**

Versorgung über die Landesgrenze: Wer in Geesthacht entbinden muss, oder einen Notfall hat, fährt heute nach Reinbek oder nach Hamburg. Rund 30 Prozent der Patientinnen und Patienten in Hamburger Kliniken kommen schon jetzt aus dem Umland (Handelskammer Hamburg, Dezember 2025). 2024 ließen sich rund 90.000 Menschen aus Schleswig-Holstein stationär in Hamburg behandeln. Hamburg verlangt dafür eine stärkere Kostenbeteiligung.

Schon 2024 forderte die Hamburger Gesundheitssenatorin eine größere finanzielle Beteiligung Schleswig-Holsteins (shz, Dezember 2025). Das Land verlagert damit einen Teil seines Sicherstellungsauftrags über die Landesgrenze, ohne dass Kapazität und Finanzierung dort gesichert sind.

Forderung: Geburtshilfe als eigene Versorgungskategorie mit Schutzstatus. Eine Rettungsdienst-Folgenabschätzung vor jeder Schließung. Hebammenkompetenz in der Telenotfallmedizin.

11. Ausbildung und Weiterbildung

[Unverändert]

§ 4 Abs. 5 Nr. 6 erlaubt Nebenbestimmungen zur Aus- und Weiterbildung, wie schon der Kabinettsentwurf. **Ein Gesetzesziel ist Ausbildung weiterhin nicht.** § 2 Abs. 1 erfasst nur Ausbildungsstätten, die mit Plankrankenhäusern oder dem UKSH verbunden sind. Außeruniversitäre Schulen für Pflege, Therapieberufe, Hebammen und medizinisch-technische Berufe fallen heraus.

Dem öffentlichen Dienst fehlen bundesweit 600.000 Beschäftigte. Knapp die Hälfte der Belegschaft scheidet in den nächsten 20 Jahren aus. In der Kranken- und Altenpflege fehlen schon heute 120.600 Fachkräfte (dbb Monitor öffentlicher Dienst 2026). Schrumpfende oder schließende Standorte verlieren zugleich ihre Weiterbildungsermächtigung. **Wer jetzt ausbildende Standorte schließt, dem fehlt morgen nicht nur Personal, sondern auch Qualität.**

Forderung: Ausbildung als Gesetzesziel in § 1. Außeruniversitäre Ausbildungsstätten in § 2. Weiterbildungsermächtigungen als Schutzkriterium bei der Zuweisung von Leistungsgruppen § 8.

12. Rettungsdienst

[Unverändert / Verschlechtert]

Jede Schließung erfordert vorher angepasste Bedarfspläne, Stellenpläne und Entgeltvereinbarungen im Rettungsdienst. Das Gesetz verlangt dazu keine Prüfung. Weniger Standorte bedeuten längere Transporte, während parallel das SHRDG die Hilfsfrist relativiert. Beides trifft dieselbe Bevölkerung zur Unzeit. Denn eine alternde Bevölkerung benötigt eine bessere Versorgung, keine schlechtere.

Das Land prüft selbst, was der eigene Gesetzentwurf nicht verlangt: Für die Verlagerung stationärer Kapazitäten von Fehmarn nach Oldenburg lässt das Ministerium prüfen, ob Oldenburg die Notfallversorgung langfristig allein leisten kann oder ob die Luftrettung ausgebaut werden muss (shz, 2. Juli 2026). Genau diese Prüfung fordern wir. **Sie gehört aber verbindlich ins Gesetz, für jede Strukturentscheidung und nicht nach Kassenlage.**

Veralteter Verweis (verschlechtert): Der Kabinettsentwurf verwies in § 26 Abs. 4 bereits auf das neue SHRDG. Die Drucksache verweist dagegen wieder auf das SHRDG vom 28. März 2017. Tritt das reformierte SHRDG vor oder mit dem LKHG in Kraft, entsteht Rechtsunsicherheit für alle, die im Rettungsdienst und in den Notaufnahmen arbeiten.

Gewalt gegen Beschäftigte: Jeder zweite Beschäftigte im öffentlichen Dienst hat im Dienst bereits Gewalt erlebt, besonders bei Polizei und Rettungskräften (dbb Bürgerbefragung 2025). Mehr Einsätze und längere Wege verschärfen diese Belastung. Das ist leider die Arbeitsrealität unserer Mitglieder.

Forderung: Eine verpflichtende, veröffentlichte Rettungsdienst-Folgenabschätzung vor jeder wesentlichen Strukturentscheidung, mit angepassten Bedarfs- und Stellenplänen. Ein Verweis in § 26 Abs. 4 auf das reformierte SHRDG.

13. Aufnahmepflicht unabhängig vom Wohnort

[Verschlechtert]

Im Kabinettsentwurf mussten Krankenhäuser alle Personen „unabhängig vom Wohnort“ versorgen. In § 26 Abs. 1 der Drucksache fehlen diese wichtigen Worte. **Die Begründung behauptet, die Neufassung erfolge „ohne inhaltliche Veränderungen“. Doch das trifft nicht zu.** Gerade wenn Leistungen konzentriert werden, darf die Aufnahme nicht vom Wohnort abhängen. Das folgt konkret aus Art. 3 GG.

Forderung: „unabhängig vom Wohnort“ gehört zurück in § 26 Abs. 1 Satz 1.

14. Beschäftigtenschutz

[Neu]

§ 41 Abs. 1 Nr. 9 erlaubt, Patientendaten „zur Überprüfung der Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ zu verarbeiten. Die Vorschrift nennt weder Zweckgrenzen noch Verfahren. Sie öffnet den Weg zur Leistungs- und Verhaltenskontrolle der Beschäftigten über Patientendaten. Solche Maßnahmen unterliegen der Mitbestimmung. Das Gesetz erwähnt das nicht.

Forderung: § 41 Abs. 1 Nr. 9 auf konkrete Anlässe wie Qualitätssicherung und die Aufklärung von Behandlungsfehlern begrenzen. Leistungs- und Verhaltenskontrolle nur auf Grundlage einer Dienst- oder Betriebsvereinbarung. Die Rechte nach Mitbestimmungsgesetz Schleswig-Holstein und Betriebsverfassungsgesetz bleiben davon unberührt.

Personalübergang: Umstrukturierungen treffen die Beschäftigten unmittelbar. Ameos verlagert in Ostholstein Leistungen von Fehmarn und Middelburg nach Oldenburg und Eutin. Rund 2.000 Beschäftigte sind betroffen. Der Träger erklärt selbst, er sei darauf angewiesen, dass das gesamte Personal mitgeht, und räumt längere Arbeitswege ein (shz, 28. April 2026). Zu welchen Bedingungen das geschieht, regelt das Gesetz nicht.

Forderung: Vor jeder Standortentscheidung sind die Personalvertretungen zu beteiligen. Überleitung unter Wahrung von Tarifbindung und Besitzständen, Ausgleich zusätzlicher Wegekosten. Die Schließungsförderung nach § 21 ist an diese Standards zu knüpfen.

15. Evaluation

[Unverändert]

Einzelne Entlastungen erkennen wir an, etwa den Wegfall der Kürzung der Jahrespauschale bei verspätetem Verwendungsnachweis. Zugleich entstehen neue Dokumentations- und Prüfpflichten. Der Krankenhaus-Report 2026 empfiehlt ein Kennzahlensystem, das Zielwerte fortlaufend mit den Ist-Werten vergleicht (Malzahn et al., Kap. 5). Die Autoren sehen dafür Planungsbehörden, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen in der Verantwortung. Die Beschäftigten gehören dazu.

Forderung: Eine verbindliche Evaluation nach drei Jahren, mit Beteiligung der Beschäftigten und transparenten Zielwerten.

16. Fazit

§ 7a ist für die Psychiatrie ein Fortschritt, den Wegfall des Haushaltsvorbehalts begrüßen wir. An den Kernproblemen hat sich aber nichts geändert: Wirtschaftlichkeitsvermutung ohne Sicherheitsnetz, Leistungsverbot ohne Rechtsschutz, Alarmplanung ohne Refinanzierung. Es gibt keine Erreichbarkeitsstandards, keinen Schutz für Gebärende und keinen demografischen Planungshorizont.

An mehreren Stellen fällt der Entwurf sogar hinter den Kabinettsentwurf zurück. Der Rettungsdienst verliert sein Stimmrecht. Die Aufnahmepflicht gilt nicht mehr ausdrücklich unabhängig vom Wohnort. Der Verweis auf das SHRDG ist veraltet. Neu ist eine Vorschrift, die Patientendaten für die Kontrolle der Beschäftigten öffnet. Und das GKV-BStabG nennt die Drucksache, ohne Konsequenzen zu ziehen.

Wer Krankenhäuser konzentriert und zugleich Hilfsfristen relativiert, lässt ältere Menschen, kranke Menschen, Schwangere und Menschen ohne Auto im ländlichen Raum das Überlebensrisiko tragen. **Gesundheit ist aber keine betriebswirtschaftliche Ware.** Wir bitten den Ausschuss, unsere Anmerkungen aufzugreifen, und stehen für die mündliche Anhörung gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Christian Sehleier

Landesvorsitzender und Leiter der Geschäftsstelle

Quellen

Drucksache 20/4697 vom 18.08.2026; Kabinettsentwurf vom 21.04.2026; Krankenhaus-Report 2026, Springer (Open Access): <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-73132-1>

dbb Bürgerbefragung 2026: <https://www.dbb.de/artikel/dbb-buergerbefragung-oeffentlicher-dienst-2026.html>

dbb/forsa, Gewalt gegen Beschäftigte 2025: [https://www.dbb.de/fileadmin/user_upload/globale elemente/pdfs/2025/250903_forsa_Gewalt_gegen_oeffentlich_beschaeftigte.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/user_upload/globale_elemente/pdfs/2025/250903_forsa_Gewalt_gegen_oeffentlich_beschaeftigte.pdf)

dbb Monitor 2026: [https://www.dbb.de/fileadmin/user_upload/globale elemente/pdfs/2026/Monitor_oeffentlicher_Dienst-2026_5.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/user_upload/globale_elemente/pdfs/2026/Monitor_oeffentlicher_Dienst-2026_5.pdf)

BMG, 10.07.2026: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-pm-10-07-2026>

Deutscher Bundestag (DKG-Angaben): <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw28-de-gkv-1184352>

RWI, Rating Report 2025: <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2025-deutsche-krankenhaeuser-stehen-unter-druck-mehr-als-die-haelfte-schreibt-verluste>

KfW-Kommunalpanel 2026: https://www.kfw.de/%C3%9Cber-die-KfW/Newsroom/Aktuelles/Pressemitteilungen-Details_897920.html

IW Köln 2026: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Gutachten/PDF/2026/IW_Gutachten_PMI_Daseinsvorsorge.pdf

Landtag SH, HSH Nordbank 2018: https://www.landtag.ltsh.de/nachrichten/18_04_hsh_nordbank_nachtrags-haushalt/

NDR, 18.06.2025: <https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/meldungen/Hilfen-fuer-psychisch-erkrankte-Kinder-und-Jugendliche-fehlen,kinderpsychiatrie110.html>

BiPsy-Versorgungsmonitor 2026: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/media/687/download/Wartezeiten%20Kinder%20und%20Jugend.pdf>

Hebammenverband SH 2022: <https://hebammen-sh.de/preetz-der-kreisssaal-ist-voruebergehend-geschlossen/>

Presse: shz vom 28.04.2026 („Ameos konkretisiert Klinik-Umbau in Ostholstein“), vom 02.07.2026 („So verändern sich die Kliniken im Land“) und vom Dezember 2025 („Ins Krankenhaus nach Hamburg“); NDR vom 21.09.2026 („Krankenhausreform in SH: Welche Klinik übernimmt welche Aufgaben?“)

kma-online, Krankenhaus Geesthacht: <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/neuer-fokus-krankenhaus-geesthacht-meldet-positive-ergebnisse-56260>

Handelskammer Hamburg, Gesundheitsstandort Hamburg 2040: <https://www.handelskammer-hamburg.de/blueprint/servlet/resource/blob/6817400/bf460c0e31578c59e44c4c80f404add9/25-hk-strategiepapiere-gesundheitsstandort-hh-data.pdf>

Fehmarnsundbrücke, Sanierung bis 2030: <https://nordish.news/artikel/mehr-zeit-und-geld-fuer-die-fehmarnsundbruecke>