

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KOMMUNALEN LANDESVERBÄNDE



(federführend 2026)



Städtebund Schleswig-Holstein | Reventlouallee 6 | 24105 Kiel

Sozialausschuss
des Schleswig-Holsteinischen Landtags
Vorsitzende
Frau Katja Rathje-Hoffmann
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Telefon: 0431 570050-30
Telefax: 0431 570050-35
E-Mail: info@staedteverband-sh.de

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/7423

Per Mail: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Unser Zeichen: 54.20.21 / 53.40.00 ps-ka
(bei Antwort bitte angeben)

2. Oktober 2026

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 20/4697

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

für die Möglichkeit, zu dem Gesetzentwurf zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes Stellung zu nehmen, danken wir.

Mit dem Gesetzentwurf schafft das Land die landesrechtlichen Grundlagen für die Umsetzung der bundesrechtlichen Krankenhausreform. Die Kommunalen Landesverbände erkennen an, dass das Land angesichts der bundesgesetzlichen Vorgaben und des für die Umsetzung zur Verfügung stehenden engen Zeitrahmens vor erheblichen Herausforderungen steht. Ebenso begrüßen wir, dass das Ministerium den Dialog mit den Akteuren vor Ort gesucht hat, insbesondere durch die angebotenen Regionalkonferenzen.

Gleichzeitig handelt es sich um einen gesundheitspolitisch, kommunalpolitisch und finanziell außerordentlich bedeutsamen Reformprozess. Die absehbaren Veränderungen der stationären Versorgungsstrukturen berühren die Menschen unmittelbar und führen bereits jetzt zu erheblichen Fragen und Sorgen vor Ort. Sie betreffen nicht allein die Kreise und kreisfreien Städte als Mitverantwortliche des Sicherstellungsauftrags und Mitfinanzierende der Investitionsförderung. Auch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden sind betroffen, da die kommunalpolitischen Mandatsträgerinnen und Mandatsträger vor Ort regelmäßig erste Ansprechpartner für die Erwartungen und Sorgen der Bevölkerung hinsichtlich der Erreichbarkeit und Zukunft ihrer Krankenhausversorgung sind.

Das Gesundheitsministerium hat uns zwar über die einzelnen Verfahrensschritte zur Umsetzung des neuen Landeskrankenhausplans informiert, diesen aber in eigener Regie mit gutachterlicher Unterstützung erarbeitet und mit den Krankenhäusern in den bekannten Regionalgesprächen

Städteverband Schleswig-Holstein
Tel.: 0431 570050-30
Fax: 0431 570050-35
E-Mail: info@staedteverband-sh.de
<http://www.staedteverband-sh.de>

Schleswig-Holsteinischer Landkreistag
Tel.: 0431 570050-10
Fax: 0431 570050-20
E-Mail: info@sh-landkreistag.de
<http://www.sh-landkreistag.de>

Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag
Tel.: 0431 570050-50
Fax: 0431 570050-54
E-Mail: info@shgt.de
<http://www.shgt.de>

rückgekoppelt. Vor diesem Hintergrund wird das Land auch die Reformergebnisse verantworten müssen. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf ist erst bei künftigen Änderungen und Fortschreibungen des Landeskrankenhausplans eine Einbindung weiterer Akteure vorgesehen.

Bereits zum Kabinettsentwurf haben wir im Rahmen des Beteiligungsverfahrens ausführlich Stellung genommen, allerdings ohne eine angemessene Würdigung unserer Eingaben. Auch nach dem vorliegenden Gesetzentwurf werden aus unserer Sicht kommunale Belange nicht ausreichend berücksichtigt. Insoweit betonen wir nochmals, dass gerade die Kreise und kreisfreien Städte mit dem Land in einer gemeinsamen Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung stehen. Daran wird sich auch nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nichts ändern. Auch vor diesem Hintergrund weisen wir auf die nachfolgenden Punkte besonders hin.

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Die Krankenhausreform steht nicht für sich allein. Sie fällt zeitlich mit weiteren Reformvorhaben im Gesundheitswesen (z.B. GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) zusammen, deren Wechselwirkungen noch nicht vollständig absehbar sind. Hinzu kommen äußere Faktoren wie der demografische Wandel, eine zunehmende Zahl chronischer Erkrankungen, Fachkräfteengpässe, die Weiterentwicklung ambulanter und sektorenübergreifender Versorgungsformen sowie der medizinisch-technische Fortschritt.

Der vorliegende Gesetzentwurf und die Krankenhausplanung müssen daher neben der gegenwärtigen Versorgungslage auch die mittel- und langfristig zu erwartenden Bedarfsentwicklungen in den Blick nehmen. Eine Krankenhausplanung, die im Wesentlichen auf den aktuellen Bestand und die derzeitige Leistungsfähigkeit einzelner Standorte abstellt, greift zu kurz. Erforderlich ist vielmehr eine vorausschauende, belastbare und ausreichend flexible Planung, die auch auf kurzfristig steigende Versorgungsbedarfe, regionale Besonderheiten und Krisenlagen reagieren kann.

Veränderungen der Krankenhausstrukturen, insbesondere bei Standorten, Leistungsgruppen, Notaufnahmen und Fachabteilungen, können im Rettungsdienst zu längeren Transportwegen und zusätzlichen Sekundärverlegungen führen und damit erhebliche Auswirkungen auf den von den Kreisen und kreisfreien Städten sicherzustellenden Rettungsdienst sowie dessen Personal- und Ressourcenbedarf haben. Daher sind die Auswirkungen auf den Rettungsdienst bei Entscheidungen der Krankenhausplanung angemessen zu berücksichtigen, zumal der Rettungsdienst infolge weiterer Reformvorhaben auf Bundesebene absehbar einem zunehmenden finanziellen Druck ausgesetzt sein wird.

2. Beteiligung der Kommunen und Gremien

Zu § 3 – Sicherstellung der Krankenhausversorgung

Die in § 3 Abs. 1 vorgesehene regelmäßige Abstimmung zwischen Land, Kreisen und kreisfreien Städten ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie muss jedoch in einem verbindlichen und transparenten Verfahren ausgestaltet werden. Dabei sollte auch das Verhältnis dieser Abstimmung zu den in § 5 vorgesehenen Gremien eindeutig geregelt werden.

Soweit das Land Dritte mit der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags beauftragen kann, ist aufgrund der gemeinsamen Aufgabenverantwortung zumindest das Benehmen mit dem jeweils zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt herzustellen. Entscheidungen über die Erfüllung eines Krankenhausversorgungsauftrags haben regelmäßig unmittelbare Auswirkungen auf die örtliche und regionale Versorgungsstruktur sowie auf die kommunalen Haushalte. Eine rein nachträgliche Information der zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft wäre daher nicht ausreichend.

Zu § 5 – Gremien und Ausschüsse

Die vorgesehene Einbindung der Kommunalen Landesverbände in den Gesundheitsversorgungsrat wird begrüßt. Dieser wird nach § 5 Abs. 5 als Beirat für intersektorale Fragestellungen eingerichtet. Die kommunale Beteiligung ist insbesondere angesichts seiner Befassung mit regionalen und landesweiten Notlagen sowie sektorenübergreifenden Versorgungsfragen folgerichtig.

Die Regelung sollte allerdings – entsprechend den Bestimmungen zum Ausschuss Krankenhausplanung – die kommunalen Landesverbände ausdrücklich einzeln benennen. Damit wird transparent, dass der Schleswig-Holsteinische Landkreistag, der Städtetag Schleswig-Holstein, der Städtebund Schleswig-Holstein und der Schleswig-Holsteinische Gemeindetag vertreten sind.

Die Trennung zwischen einem Ausschuss Krankenhausplanung und einem Ausschuss Krankenhausfinanzierung überzeugt nicht vollständig. Krankenhausplanerische Entscheidungen haben regelmäßig unmittelbare finanzielle Konsequenzen. Umgekehrt schaffen Finanzierungsentscheidungen faktische Voraussetzungen für Kapazitäten, Leistungsangebote und Standorte. Beide Themenbereiche sind daher inhaltlich eng miteinander verbunden und müssen zumindest verbindlich verzahnt beraten werden.

Es sollte geprüft werden, ob die Ausschüsse zusammengeführt oder jedenfalls durch verbindliche gemeinsame Beratungen und abgestimmte Verfahren enger miteinander verknüpft werden können. Dabei muss geklärt werden, wie mit planerischen Entscheidungen und ihren finanziellen Folgen in den beiden Ausschüssen umzugehen ist. Auch im Bereich der Krankenhausplanung sollte mit Blick auf den gemeinsamen Sicherstellungsauftrag dem Städtetag Schleswig-Holstein und dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag eine exponiertere Stellung eingeräumt werden. Gleichwohl erwarten alle kommunalen Landesverbände, dass die Interessen aller kommunalen Ebenen bei der Krankenhausplanung angemessen berücksichtigt werden. Zugleich ist bei Fragen der Investitionsfinanzierung zu berücksichtigen, dass Land, Kreise und kreisfreie Städte die Finanzierung tragen. Dem trägt die vorgesehene Besetzung des Ausschusses für Krankenhausfinanzierung entsprechend Rechnung.

Kritisch gesehen wird weiterhin, dass das zuständige Ministerium die Geschäftsordnung für die Gremien allein festlegen kann. Die Geschäftsordnung bestimmt wesentliche Fragen der Zusammenarbeit, der Zusammensetzung, der Vertretung und Stellvertretung, der Einberufung, der Tagesordnung sowie der Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung. Sie darf daher nicht ohne verbindliche Beteiligung der betroffenen Akteure erlassen oder geändert werden. Insbesondere die mitfinanzierenden Kreise und kreisfreien Städte müssen über die Kommunalen Landesverbände angemessen beteiligt werden.

Nicht hinreichend geregelt ist zudem, ob und in welcher Form Einzelanträge von Krankenhäusern auf Aufnahme in den Krankenhausplan, Änderungen von Feststellungsbescheiden oder andere standortbezogene Entscheidungen im Ausschuss Krankenhausplanung beraten werden. Der Gesetzentwurf hebt für diesen Ausschuss insbesondere Änderungen des Allgemeinen Teils des Krankenhausplans sowie planerische und strukturelle Grundsatzentscheidungen hervor. Auch wenn eine Verschlankung der Verfahren nachvollziehbar ist, sollte bei Einzelentscheidungen mit regionalen oder überörtlichen Auswirkungen ein fachlicher Austausch mit den Beteiligten gewährleistet sein. Das Letztentscheidungsrecht des Ministeriums kann ein zügiges Verfahren sicherstellen, ersetzt aber nicht die notwendige Beteiligung der kommunalen und sonstigen Akteure.

Zum Letztentscheidungsrecht des Landes

Das vorgesehene Letztentscheidungsrecht des Landes ist insbesondere im Bereich der Krankenhausfinanzierung fragwürdig. Hier werden der Landeshaushalt und die kommunalen Haushalte gleichermaßen belastet. Zwar ersetzt eine Entscheidung des Ministeriums nicht die haushaltsrechtliche Bereitstellung kommunaler Mittel. Sie kann jedoch im Zusammenwirken mit der hälftigen

Finanzierungsbeteiligung nach § 13 zu erheblichen Belastungen der kommunalen Haushalte führen. Es bestehen daher erhebliche Bedenken, ob ein einseitiges Letztentscheidungsrecht des Landes nicht einen Eingriff in das kommunale Budgetrecht darstellt. Jedenfalls kommt darin die gemeinsame Finanzierungsverantwortung nicht zum Ausdruck.

Der Gesetzentwurf verpflichtet in § 1 Abs. 2 dazu, bei der Umsetzung des Gesetzes unter anderem die mittelfristige Ergebnis- und Finanzplanung der Kreise und kreisfreien Städte zu berücksichtigen. Es sollte klargestellt werden, wie das Land diesem Rücksichtsgebot bei Entscheidungen über Investitionsprogramme, Fördervolumina und sonstige finanzwirksame Maßnahmen tatsächlich Rechnung tragen wird.

3. Krankenhausplanung und Versorgungsauftrag

Zu §§ 6 und 7 – Krankenhausplan

Die Krankenhausplanung muss stärker als bisher auf die künftige Versorgungsentwicklung ausgerichtet werden. Zwar soll der Krankenhausplan nach § 7 Abs. 2 den Stand und die vorgesehene Entwicklung der erforderlichen Krankenhäuser festlegen. Zugleich weist er die bedarfsgerechten Krankenhäuser ausdrücklich nach gegenwärtiger Aufgabenstellung aus. Über diese Bestandsbeschreibung hinaus sollte der Krankenhausplan eine nachvollziehbare Perspektive der künftig erforderlichen Versorgungsstruktur enthalten.

Länderübergreifende Planung wird grundsätzlich begrüßt. Die nach § 6 Abs. 5 vorgesehenen Staatsverträge oder sonstigen rechtsverbindlichen Vereinbarungen dürfen jedoch nicht allein auf planbare Versorgungslagen ausgerichtet sein. Sie müssen auch für Zeiten hoher Auslastung, außergewöhnlicher Schadenslagen und sonstiger Versorgungsengpässe tragfähige Regelungen über die Verfügbarkeit erforderlicher Behandlungskapazitäten enthalten.

Zu § 8 – Aufnahme in den Krankenhausplan

Die Voraussetzung einer „wirtschaftlichen“ Arbeitsweise für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist auslegungsbedürftig. Es bedarf einer klaren Definition, nach welchen Kriterien und anhand welcher Unterlagen die Wirtschaftlichkeit geprüft werden soll. Die derzeitige Lage vieler Krankenhäuser zeigt, dass die wirtschaftliche Situation einzelner Standorte häufig nicht allein auf unternehmerische Entscheidungen zurückzuführen ist, sondern insbesondere auch auf strukturelle Unterfinanzierung, unzureichende Investitionsförderung, Tarifsteigerungen und steigende Vorhaltekosten.

Die Bestimmung eines Standorts als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung wird in § 8 Abs. 4 bereits als möglicher Inhalt des Feststellungsbescheids aufgegriffen. Offen bleibt jedoch, nach welchen Kriterien und in welchem Verfahren über eine solche Bestimmung entschieden wird. Die Rolle sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen in der regionalen Versorgung, ihr Verhältnis zu Leistungsgruppenzuweisungen und die Folgen für den Krankenhausversorgungsauftrag sollten deshalb im Gesetz oder zumindest im Krankenhausplan und in transparenten Verfahrensvorgaben näher bestimmt werden. Insbesondere sollte klargestellt werden, auf welcher Grundlage und unter welchen Voraussetzungen Begrenzungen der Bettenzahl oder sonstiger Kapazitäten erfolgen.

Zu §§ 9 und 10 – Herausnahme und Versorgungsverpflichtung

Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan kann im Zuge der notwendigen Strukturveränderungen erforderlich sein. Sie muss jedoch mit angemessenen Übergangszeiträumen und einer verlässlichen Finanzierung unvermeidbarer Umstellungs- oder Schließungskosten verbunden werden.

Die in § 10 vorgesehene Versorgungsverpflichtung wird in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kritisch gesehen. Es ist nicht sachgerecht, Krankenhausträger auch dann zur Aufrechterhaltung eines

Versorgungsauftrags zu verpflichten, wenn dessen Erfüllung dauerhaft wirtschaftlich oder personell nicht mehr möglich ist. Dies gilt besonders für kommunale Krankenhausträger, bei denen wirtschaftliche Fehlbeträge letztlich zulasten der kommunalen Haushalte gehen. Gerade in Insolvenz-situationen oder bei dauerhaftem Fachkräftemangel kann eine Verpflichtung zur Fortsetzung des Krankenhausbetriebs weder praktisch noch rechtlich tragfähig sein.

Ein Krankenhausträger darf einen übernommenen Versorgungsauftrag allerdings nicht allein deshalb kurzfristig aufgeben können, weil einzelne Leistungen weniger wirtschaftlich attraktiv geworden sind. Andernfalls entstünden Versorgungslücken, deren Bewältigung auf das Land und die Kreise und kreisfreien Städte zurückfiele.

4. Investitionsfinanzierung und Förderung

Zu § 13 – Aufbringung der Mittel

Die Kreise und kreisfreien Städte tragen die bisherige hälftige Beteiligung an der Investitionsfinanzierung grundsätzlich weiterhin mit. Diese Beteiligung entspricht der langjährigen Finanzierungsstruktur im Land Schleswig-Holstein.

Einzelne Kommunalgruppen befinden sich aktuell in der schwersten Finanzkrise der letzten Jahrzehnte. Daher muss die finanzielle Leistungs- und Handlungsfähigkeit der Kommunen bei allen zukünftigen Entscheidungen über die Krankenhausfinanzierung besonders berücksichtigt werden. Die bestehende hälftige Lastenverteilung darf nicht als unveränderlicher Maßstab für eine Ausweitung der Investitionsförderung oder zusätzliche Fördertatbestände verstanden werden.

Soweit das Land künftig eine erhebliche Ausweitung der Investitions- oder Fördermittel beabsichtigt, kann eine entsprechende Mehrbelastung der kommunalen Ebene nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden. Jede Veränderung des Finanzierungsumfangs bedarf vielmehr einer erneuten Bewertung der Auswirkungen auf die kommunalen Haushalte und einer angemessenen Verteilung der Finanzierungslasten zwischen Land und Kommunen. Die Kommunen benötigen zwingend eine Planungssicherheit.

Eine Vereinbarung über abweichende Einwohnerbeträge oder andere finanzielle Verpflichtungen muss mit den Kreisen und kreisfreien Städten einvernehmlich getroffen werden. Die in § 13 Abs. 3 vorgesehenen Zustimmungserfordernisse und Einvernehmensregelungen müssen auch bei der weiteren Ausgestaltung der Verfahren uneingeschränkt gewahrt bleiben.

Zu §§ 14 und 15 – Investitionsprogramm und Einzelförderung

Das mehrjährige Investitionsprogramm sollte im Einvernehmen mit dem Städtetag Schleswig-Holstein und dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag aufgestellt werden. Es sollte zudem verpflichtend veröffentlicht werden, um Transparenz über priorisierte Vorhaben, voraussichtliche Gesamtfördervolumina und den Stand der Umsetzung herzustellen.

Bei der Festbetragsförderung bedarf es einer klaren Abgrenzung zwischen dem regulären und dem vereinfachten Verfahren. Zwar berücksichtigt § 15 Abs. 2 im vereinfachten Verfahren kalkulierbare Baukostenveränderungen während der voraussichtlichen Bauphase. Unklar bleibt jedoch, nach welchen Maßstäben diese ermittelt werden und in welchem Umfang danach eintretende Kostensteigerungen als vom Krankenhausträger zu tragendes Risiko anzusehen sind.

Die Regelungen zu nachträglichen Mehrkosten müssen so ausgestaltet werden, dass unabwiesbare, nicht vom Krankenhausträger zu vertretende Kostensteigerungen förderfähig bleiben. Dies gilt insbesondere bei Preisentwicklungen, nachträglichen behördlichen Anforderungen, Änderungen der Rechtslage sowie notwendigen, mit dem Ministerium abgestimmten Umplanungen. Die Voraussetzungen für zusätzliche Fördermittel nach § 15 Abs. 3 und das Verhältnis zum

vereinfachten Verfahren sollten klarer gefasst werden. Auch die Begriffe „unverzüglich“, „unabweisbar“ und „grundsätzlich“ bedürfen einer hinreichend vorhersehbaren Anwendung, um Rechtsunsicherheiten und Förderlücken zu vermeiden.

Die Fristen für die Einreichung prüffähiger Unterlagen und für den Beginn geförderter Maßnahmen müssen realistisch ausgestaltet sein. Bauplanungs-, Genehmigungs- und Vergabeverfahren können länger als zwei Jahre dauern. Fristversäumnisse dürfen nicht dazu führen, dass notwendige Investitionen scheitern, wenn Verzögerungen nicht vom Krankenhausträger zu vertreten sind. Die Voraussetzungen für eine Fristverlängerung in begründeten Ausnahmefällen sollten deshalb näher beschrieben werden.

Zu §§ 21 bis 25 – Schließung, Sicherung und Nachweis

Die Förderung bei Schließung oder Umstellung sollte ausdrücklich auch Investitionen zur Umwandlung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umfassen. Dies würde den Strukturwandel unterstützen und kann insbesondere in ländlichen Regionen eine bedarfsgerechte Alternative zur vollständigen Aufgabe eines Standortes darstellen.

Nicht akzeptabel ist, dass Krankenhausträger bei einer durch die Krankenhausplanung veranlassenen Schließung oder Umstellung in erheblichem Umfang eigene Mittel einsetzen oder weitere Finanzierungsmöglichkeiten ausschöpfen sollen. Soweit der Träger die Maßnahme nicht selbst veranlasst hat, muss eine auskömmliche öffentliche Finanzierung der unvermeidbaren Umstellungs- und Schließungskosten gewährleistet werden.

Die vorgesehenen Anforderungen an Sicherheiten für Fördermittel, insbesondere die Bestellung von Grundpfandrechten nach § 23 Abs. 1, müssen so ausgestaltet werden, dass sie wirtschaftlich tragfähig bleiben. Viele Krankenhäuser sind bereits wegen unzureichender Investitionsfinanzierung mit Krediten und Sicherheiten belastet. Zusätzliche Anforderungen dürfen nicht dazu führen, dass die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser weiter eingeschränkt oder Insolvenzen begünstigt werden.

Auch die Anforderungen an gesonderte Fördermittelkonten nach § 23 Abs. 2 müssen praxistauglich und eindeutig sein. Es sollte klargestellt werden, ob für jedes Förderprojekt oder jeden Förderbescheid ein gesondertes Konto erforderlich ist, welche Anforderungen an dessen Ausgestaltung als Treuhandkonto gelten und wie die vorgesehene Aussonderung im Insolvenzfall rechtlich abgesichert werden soll.

Bei Verwendungsnachweisen und Prüfungen sind angemessene Fristen für die Prüfung durch das Ministerium vorzusehen. Krankenhäuser benötigen Rechtssicherheit hinsichtlich möglicher Rückforderungsrisiken. Eine Prüfung sollte grundsätzlich innerhalb einer bestimmten Frist nach Vorlage des Verwendungsnachweises erfolgen.

Die jährliche Attestierung der Verwendung pauschaler Fördermittel durch eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer nach § 25 Abs. 2 bindet Ressourcen und verursacht Kosten. Umfang, Form und Prüfmaßstab der Nachweise müssen deshalb einheitlich, verhältnismäßig und frühzeitig bekannt sein. Auch die Pflicht, Prüfungsfeststellungen mitzuteilen und Unterlagen auf Verlangen unverzüglich herauszugeben, muss mit angemessenen und praktikablen Verfahrensvorgaben ausgestaltet werden.

5. Weitere Regelungen

Zu §§ 26 und 29 – Notfallversorgung, Rettungsdienst und Alarmplanung

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsdienst ist von zentraler Bedeutung. Es wird begrüßt, dass der Behandlungskapazitätenachweis verbindlicher ausgestaltet werden

soll. Krankenhäuser müssen verpflichtet sein, Behandlungskapazitäten zeitaktuell und zuverlässig zu melden. Für einen verlässlichen Einsatz des künftigen BKN-MANV-Tools bedarf es einer Regelung, die auch eine regelmäßige – mindestens jährliche – Aktualisierung der zugrunde liegenden MANV-Kapazitätsdaten der Krankenhäuser sicherstellt. Hierfür kommt gegebenenfalls eine ergänzende Regelung zum Behandlungskapazitätennachweis in § 26 oder eine entsprechende Meldepflicht gegenüber dem Ministerium in Betracht. Zugleich sollten klare Regelungen sicherstellen, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten, die entsprechend der gemeldeten Kapazitäten durch den Rettungsdienst zugeführt werden, unverzüglich übernehmen und versorgen. Warteschlangen von Rettungsmitteln vor Krankenhäusern müssen vermieden werden, da sie die schnelle Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft des Rettungsdienstes gefährden.

Für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung sollte zudem eine verbindliche Rückmeldung klinischer Behandlungsdaten zu einem konkreten Rettungsdiensteinsatz in das Gesetz aufgenommen werden. Damit könnte sichergestellt werden, dass die gesamte Versorgungskette betrachtet wird, z. B. auch hinsichtlich der Wirksamkeit rettungsdienstlicher Maßnahmen.

Der Begriff der Notfallpatientin oder des Notfallpatienten sollte hinreichend bestimmt werden. Dies ist erforderlich, um die Pflichten der Krankenhäuser rechtssicher abzugrenzen, praktische Konflikte in den Notaufnahmen zu vermeiden und eine Übereinstimmung mit den Regelungen des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes sicherzustellen.

Die Verpflichtungen zur Krankenhausalarmplanung, zu Alarmübungen, Pandemieplänen und zur Vorhaltung persönlicher Schutzausrüstung dürfen nicht ohne gesicherte Finanzierung auf die Krankenhausträger übertragen werden. Diese Aufgaben dienen der allgemeinen Gefahrenabwehr, der Krisenvorsorge und der Versorgungssicherheit. Das Land muss deshalb eine angemessene und auskömmliche Finanzierung sicherstellen, die sich an Größe, Versorgungsauftrag und besonderen Anforderungen des jeweiligen Krankenhauses orientiert.

Zu § 30 – Sozialdienst, Krankenhausseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

Die vorgesehene Abstimmungspflicht im Entlassmanagement sollte präzisiert und auf die jeweils zuständigen Leistungsträger und Leistungserbringer bezogen werden, da die alleinige Benennung des Rettungsdienstes fälschlich den Eindruck erwecken kann, Entlassfahrten seien grundsätzlich mit diesem abzustimmen oder durch ihn zu erbringen.

Zu § 31 – Sonstige Pflichten

In § 31 Abs. 2 des Landeskrankenhausgesetzes sollte klargestellt werden, dass ausschließlich ärztlich begleitete Sekundärtransporte über die KOLST anzufordern sind, um die Regelung an § 23 Abs. 11 SHRDG anzugleichen und Missverständnisse bei der Zuständigkeitsabgrenzung zu vermeiden.

Zu § 37 – Ordnungswidrigkeiten

Der Katalog der Ordnungswidrigkeiten ist erheblich ausgeweitet worden. Einzelne Pflichten, etwa Informations- oder Berichtspflichten im Zusammenhang mit Alarmübungen, rechtfertigen nicht ohne Weiteres die Möglichkeit von Bußgeldern bis zu 500.000 Euro.

Die Regelungen müssen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Bei der Anwendung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob und in welchem Umfang ein Verstoß vom Krankenhaus zu vertreten ist. Krankenhäuser dürfen nicht mit erheblichen Bußgeldern belastet werden, wenn sie Verpflichtungen aufgrund von Umständen nicht erfüllen können, die außerhalb ihres Einflussbereichs liegen.

Zu §§ 38 und 39 – Modellvorhaben und Verordnungen

Abweichende Regelungen zur Krankenhausversorgung und insbesondere zur Investitionsfinanzierung müssen im Einvernehmen mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten erfolgen. Eine bloße Benehmensregelung reicht nicht aus, wenn kommunale Haushalte belastet oder die kommunale Aufgabenwahrnehmung berührt werden.

Dies gilt auch für Verordnungsermächtigungen mit finanziellen Auswirkungen. Soweit Regelungen die Bemessung von Fördermitteln, die Finanzierung von Krisenvorsorge oder die Kostenverteilung betreffen, müssen die Kreise und kreisfreien Städte verbindlich beteiligt werden. Insbesondere dürfen die in § 13 Abs. 3 vorgesehenen Zustimmungserfordernisse und Einvernehmensregelungen für abweichende Einwohnerbeträge und die Einbringung nicht verausgabter Mittel in ein Sondervermögen durch Verfahrensregelungen auf Verordnungsebene nicht relativiert werden.

6. Artikel 2 – Krebsregistergesetz

Zu den Änderungen des Krebsregistergesetzes haben wir keine Anmerkungen vorzutragen.

7. Zusammenfassung

Die Kommunalen Landesverbände erkennen die Notwendigkeit an, die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein weiterzuentwickeln und die bundesrechtlichen Vorgaben landesrechtlich umzusetzen. Die Reform kann jedoch nur dann nachhaltig gelingen, wenn sie die gemeinsame Verantwortung von Land sowie Kreisen und kreisfreien Städten für Sicherstellung, Planung und Investitionsfinanzierung tatsächlich abbildet.

Erforderlich sind insbesondere:

- eine verbindliche und frühzeitige Beteiligung der Kommunalen Landesverbände bei Krankenhausplanung, Gremienarbeit, Geschäftsordnungen und finanzwirksamen Entscheidungen,
- ein Benehmen mit den zuständigen Kreisen und kreisfreien Städten bei der Übertragung oder Veränderung von Krankenhausversorgungsaufträgen,
- eine stärkere Verzahnung von Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung,
- eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung, die demografische, personelle, rettungsdienstliche und krisenbezogene Entwicklungen berücksichtigt,
- eine rechtssichere und finanziell tragfähige Regelung der Versorgungsverpflichtung,
- eine auskömmliche Finanzierung von Investitionen, Umstrukturierungen, Schließungen, Krisenvorsorge und zusätzlichen gesetzlichen Verpflichtungen, ohne jedoch dabei die kommunalen Haushalte zu überfordern, sowie
- der Schutz der kommunalen Haushalts- und Finanzautonomie bei allen Entscheidungen mit finanziellen Folgen.

Die Kommunalen Landesverbände bitten, die vorstehenden Hinweise im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Für weitere Auskünfte stehen wir im Rahmen der mündlichen Anhörung gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Philip Schüller
Dezernent