An die Vorsitzende des Sozialausschusses

4. November 2026

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/7645

Vorlage für die Sitzung des Sozialausschusses
am 5. November 2026

Änderungsantrag

der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu Drucksache 20/4697

Der Landtag wolle beschließen:

Artikel 1 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 Nummer 7 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

   b) In Satz 1 Nummer 8 wird das Satzzeichen am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt.

   c) In Satz 1 werden nach Nummer 8 die folgenden Nummern 9 bis 13 eingefügt:

„9. die AOK Nordwest,
10. der BKK Landesverband Nordwest,
11. die IKK Nord,
12. die Knappschaft und
13. die Sozialversicherung der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse.“

Begründung:

Die Anpassung greift die Stellungnahmen, Anregungen und Rückmeldungen auf, die im Rahmen des schriftlichen und mündlichen Anhörungsverfahrens zum Gesetzentwurf vorgebracht wurden. Sie trägt damit den Hinweisen der beteiligten Institutionen

und Verbände Rechnung und überführt die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die gesetzliche Ausgestaltung der neuen Gremienstruktur. Ziel ist es, sowohl die unmittelbaren als auch die mittelbaren Beteiligten des Landeskrankenhausausschusses angemessen in die künftige Struktur zu integrieren und ihre fachlichen Perspektiven für die Krankenhausplanung nutzbar zu machen.

2. § 7a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird zwischen dem Worten „Januar“ und der Zahl „2028“ ein Leerzeichen eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 4 wird der zweite Punkt am Satzende gestrichen.

c) Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 erhält folgende Fassung:
„3. die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als drei Jahre zurückliegt.“

Begründung:
Zu 2 a) und b): Redaktionelle Berichtigung.

Zu 2 c): Eine erneute Beantragung der Leistungsgruppen, analog zur Somatik, nach erstmals zwei Jahren erscheint sehr kurz. In der psychiatrischen Versorgung soll das aktuell bestehende Versorgungsangebot möglichst aufrecht erhalten werden. Von großen Änderungen durch Einführung der neuen Planungssystematik wird zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgegangen. Durch Verlängerung der Zeiträume kann die Entbürokratisierung vorangetrieben werden. Ebenfalls kann jederzeit eine Bundesreform für die Psych-Fächer eingeführt werden, sodass dann ad hoc umgeplant werden müsste. Zur Kosteneinsparung (Beauftragung MD Nord ist landesseitig zu finanzieren) ist es ebenfalls sinnvoll, den nächsten Prüfzeitpunkt nach hinten zu schieben. Weiterhin führt ein nicht-analoger Prüfzeitraum zur Somatik zur Entlastung des MD Nord.

3. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
„Liegen die Voraussetzungen des Satzes 5 vor, entscheidet das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium nach pflichtgemäßem Ermessen über die Aufnahme in den Krankenhausplan.“

bb) Der neue Satz 5 wird wie folgt geändert:
aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 erhält Satz 5 folgende Fassung:
„Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist, dass“
bbb) Nummer 3 erhält die folgende Fassung:
„3. bei psychiatrischen Krankenhäusern dem jeweiligen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe nach § 7a zugewiesen ist,“
ccc) In Nummer 5 wird das Wort „den“ durch das Wort „die“ sowie das Wort „entspricht“ durch das Wort „erfüllt“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird nach der Angabe „§ 6a KHG“ die Angabe „oder § 7a“ eingefügt.

Begründung:

Zu 3 a) aa): Es erfolgt die Präzisierung, dass die Aufnahme in den Krankenhausplan im Ermessen der Behörde steht.
Zu 3 a) bb) aaa): Es erfolgt eine Präzisierung dahingehend, dass eine Trennung von Tatbestand und Rechtsfolge erfolgt.
Zu 3 a) bb) bbb): Es erfolgt die Präzisierung, dass Nr. 3 nur für psychiatrische Krankenhäuser gilt.
Zu 3 a) bb) ccc): Redaktionelle Anpassung.
Zu 3 b): Es wird ein Gleichlauf von Psychiatrie und Somatik hergestellt.

4. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 b) werden nach dem Wort „nicht“ die Wörter „oder nicht“ eingefügt.

b) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 a) werden nach dem Wort „nicht“ die Wörter „oder nicht“ eingefügt und die Angabe „§ 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V“ durch die Angabe „§ 135d Absatz 4a SGB V“ ersetzt.

Begründung:

Zu 4 a): Die Ergänzung der Wörter „nicht oder“ stellt klar, dass eine Herausnahme nach Nummer 3 nicht voraussetzt, dass die betreffende Leistungsgruppe oder Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe dem Krankenhausstandort zuvor bereits förmlich zugewiesen war. Dies ist insbesondere für die Überführung bestehender, nach bisherigem Planungsrecht insbesondere durch Fachabteilungen und Planbetten konkretisierter Krankenhausversorgungsaufträge in das neue Planungssystem von Bedeutung. Wird einem Krankenhausstandort eine für den bisherigen Versorgungsumfang maßgebliche Leistungsgruppe im Zuge der Überführung nicht zugewiesen, muss der bestehende Feststellungsbescheid erforderlichenfalls auch dann ganz oder teilweise aufgehoben werden können, wenn eine entsprechende Zuweisung nach neuem Recht zuvor noch nicht bestanden hat. Gleiches gilt insbesondere, wenn ein Krankenhausstandort künftig als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c KHG fortgeführt wird und deshalb sein bisheriger Planstatus an die besondere Versorgungsfunktion anzupassen ist. Die Formulierung „nicht oder nicht mehr zugewiesen ist“ erfasst damit sowohl die erstmalige Nichtzuweisung als auch den späteren Wegfall einer bereits bestehenden Zuweisung. Die Rechtsfolge tritt nicht automatisch ein; die Entscheidung über die vollständige oder teilweise Aufhebung des bisherigen Feststellungsbescheides steht weiterhin im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenhausplanungsbehörde.

Zu 4 b): Die Ergänzung der Wörter „nicht oder“ in Nummer 4 Buchstabe a stellt klar, dass die Vorschrift nicht voraussetzt, dass das Krankenhaus zuvor bereits nach § 135d Absatz 4a SGB V als Fachkrankenhaus ausgewiesen war. Die Regelung trägt damit insbesondere der Überführung bereits bestehender landesplanerischer

Fachkrankenhäuser in das neue bundesrechtliche System Rechnung. Wird ein bislang im Krankenhausplan als Fachkrankenhaus geführtes Krankenhaus nicht nach § 135d Absatz 4a SGB V als Fachkrankenhaus ausgewiesen, muss der bestehende Feststellungsbescheid erforderlichenfalls auch dann an die neue Rechtslage angepasst werden können, wenn eine entsprechende bundesrechtliche Ausweisung zuvor noch nicht bestanden hat. Die Formulierung „nicht oder nicht mehr“ erfasst daher sowohl die erstmalige Nichtausweisung im Zuge der Systemumstellung als auch den späteren Wegfall einer bereits bestehenden Ausweisung.

Einer entsprechenden Ergänzung in Buchstabe b bedarf es nicht. Der Status einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wird erstmals durch eine Bestimmung nach § 6c KHG begründet. Ein aus dem bisherigen Planungssystem überzuleitender Status als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung besteht daher nicht. Für die Anwendung des Buchstaben b ist allein der spätere Wegfall einer zuvor erfolgten Bestimmung nach § 6c KHG von Bedeutung.

5. In § 11 Absatz 2 wird nach Satz 4 der folgende Satz eingefügt:
„Neben dem neuen Krankenhausträger haftet der bisherige Krankenhausträger für die ordnungsgemäße Verwendung bereits verwendeter Fördermittel.“

Begründung:
Die Regelung entspricht § 10 Absatz 2 Satz 3 LKHG a.F. und dient der Absicherung der Fördermittel. Sie soll daher beibehalten werden.

6. § 14 Absatz 1 erhält folgende Fassung:
„(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt ein mehrjähriges Investitionsprogramm zur Förderung von Krankenhausinvestitionen nach § 15 Absatz 1 auf der Grundlage des Krankenhausplans und des Landeshaushalts auf und passt es der Entwicklung an.“

Begründung:

Die bisherige Formulierung bezog sich lediglich auf § 9 Absatz 1 Nummer 1 KHG (entspricht § 15 Absatz 1 Nummer 1). Vor dem Hintergrund einer Anpassung von § 15 Absatz 1, dass alle dort genannten Krankenhausinvestitionen als Voraussetzung in ein Investitionsprogramm aufzunehmen sind, ist der Wortlaut an dieser Stelle anzupassen.

7. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach Nummer 3 die folgende Nummer 4 eingefügt:
„4. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung und Wiederherstellung eines Anlagegutes, ausgenommen Gebrauchsgüter, wenn es in seiner Substanz wesentlich vermehrt, in seinem Wesen erheblich verändert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus deutlich verbessert oder seine Nutzungsdauer dadurch wesentlich verlängert wird (Verbesserung).“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Zudem muss das Vorhaben nach Satz 1 in das Investitionsprogramm ge-

mäß § 14 aufgenommen sein.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze 4 und 5 eingefügt:
„Im vereinfachten Verfahren nach Satz 3 kommen Kostenminderungen durch mehr Sparsamkeit grundsätzlich dem Krankenhaus zugute. Einsparungen sind ausschließlich für Investitionen im Sinne dieses Gesetzes einzusetzen.“

bb) Der neue Satz 6 wird wie folgt gefasst:
„Über den Festbetrag hinausgehende Kostenerhöhungen, mit Ausnahme der in Absatz 3 beschriebenen nachträglichen Fördermittel, sind grundsätzlich vom Krankenhausträger zu tragen.“

cc) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Näheres wird im Bescheid geregelt.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Zusätzliche Fördermittel können nachträglich nur bewilligt werden, soweit diese nicht bereits bei Antragstellung hätten geltend gemacht werden können und soweit Mehrkosten, insbesondere durch Preisentwicklungen, vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium genehmigte Planänderungen, nachträgliche behördliche Anordnungen oder eine Änderung der Rechtslage für den Krankenhausträger unabweisbar sind und dieser das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium unverzüglich über die entstehenden Mehrkosten unterrichtet hat.“

bb) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Wurden die Fördermittel im Rahmen des vereinfachten Verfahrens nach Absatz 2 Satz 3 bewilligt, können zusätzliche Fördermittel nachträglich nur bewilligt werden, wenn sie zusätzlich zu den Voraussetzungen in Satz 1 infolge höherer Gewalt, insbesondere Pandemien, Naturkatastrophen, Krieg oder vergleichbaren Ereignissen entstanden sind.“

<u>Begründung:</u>

Zu 7 a) aa): Die Aufnahme dieser Investitionsmaßnahme ergänzt die Vorigen und trägt dem Zustand der Krankenhauslandschaft, dargestellt etwa in den Infrastrukturberichten des Landes Schleswig-Holstein, Rechnung.

Zu 7 a) bb): Dass ausschließlich Maßnahmen nach Nummer 1 als Voraussetzung zuvor in ein Investitionsprogramm aufgenommen werden müssen, ist vor dem Hintergrund, dass auch die Übrigen in Satz 1 benannten Fördermaßnahmen erhebliche Kosten auslösen können und dadurch den ohnehin angespannten Landeshaushalt überfordern könnten, nicht sachgerecht. § 8 Absatz 1 Satz 1 KHG sieht vor, dass Krankenhäuser nach Maßgabe des KHG Anspruch auf Förderung haben, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG (dies entspricht Errichtungsmaßnahmen im Sinne der hiesigen Nummer 1) in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Damit legt das KHG

fest, dass Errichtungsmaßnahmen (Nummer 1) aufgrund ihrer hohen Kosten und der dadurch bestehenden Gefahr den Landeshaushalt zu überfordern, zunächst in ein Investitionsprogramm aufzunehmen sind. Daraus folgt ein Gebot zur Aufnahme in ein Investitionsprogramm für Errichtungsmaßnahmen, jedoch nicht zugleich auch ein Verbot auch andere kostenintensive Maßnahme als Fördervoraussetzung zunächst in ein Investitionsprogramm aufzunehmen. Dies entspricht auch der bisherigen Verwaltungspraxis. Ohne eine solche Voraussetzung bestünde mangels weiterer Voraussetzungen ein zu weitgehender Zugang zu Fördermitteln, wodurch der Landeshaushalt überfordert würde.

Zu 7 b) aa): Mit der Festbetragsförderung im vereinfachten Verfahren wird die Verantwortung für die wirtschaftliche und sparsame Durchführung der geförderten Maßnahme durch den Krankenhausträger gestärkt. Kostenminderungen, die sich bei der Umsetzung der Maßnahme durch eine wirtschaftliche und sparsame Mittelverwendung ergeben, kommen dem Krankenhausträger zugute. Hierdurch wird ein Anreiz geschaffen, Einsparpotenziale zu erschließen und die Baumaßnahme möglichst wirtschaftlich durchzuführen. Zugleich trägt der Krankenhausträger grundsätzlich das Risiko, dass die tatsächlichen Kosten den bewilligten Festbetrag überschreiten. Eine nachträgliche Erhöhung der Förderung wegen gewöhnlicher Kostensteigerungen ist damit ausgeschlossen, soweit nicht die Voraussetzungen des Absatzes 3 vorliegen (Ereignis höherer Gewalt im Falle des vereinfachten Verfahrens). Dadurch wird der Krankenhausträger zwar beschränkt, es trägt aber zugleich dem Umstand Rechnung, dass er von Beginn an über die avsisierten Baukostensteigerungen verfügt. Die Regelung schafft auf diese Weise einen klaren Rahmen für die Verteilung des Kostenrisikos zwischen Fördermittelgeber und Krankenhausträger und begrenzt den nachträglichen Finanzierungsbedarf aus öffentlichen Mitteln. Zugleich schafft sie eine Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens hinsichtlich etwaiger Nachträge und des Verwendungsnachweisverfahrens und trägt damit zur Entbürokratisierung bei. Mit der neuen Regelung in Absatz 3 Satz 2 wird der Krankenhausträger insoweit vom Kostenrisiko entlastet, als es sich um Ereignisse höherer Gewalt handelt. Die Ausnahmeregelung trägt dem Umstand Rechnung, dass außergewöhnliche, vom Krankenhausträger nicht zu vertretende Ereignisse zu erheblichen Kostensteigerungen führen können, die bei der Festsetzung des Festbetrags nicht verlässlich vorhersehbar waren und außerhalb des gewöhnlichen Kostenrisikos liegen. Zugleich bleibt der Grundsatz der Festbetragsförderung gewahrt, wonach der Krankenhausträger die Verantwortung für die Einhaltung des bewilligten Finanzierungsrahmens trägt. Die Beschränkung auf Fälle höherer Gewalt verhindert, dass gewöhnliche Baukostensteigerungen oder vom Krankenhausträger zu vertretende Kostenüberschreitungen regelmäßig zu einer nachträglichen Erhöhung der Förderung führen. Die Entscheidung über die Bewilligung zusätzlicher Fördermittel bleibt eine Ermessensentscheidung. Damit wird ein angemessener Ausgleich zwischen der erforderlichen finanziellen Verlässlichkeit der Förderung, dem Interesse an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung und der Bewältigung außergewöhnlicher, nicht kalkulierbarer Belastungen geschaffen.

Zu 7 b) bb): Redaktionelle Anpassung.

Zu 7 b) cc): Die Aufnahme dient einer Klarstellungsfunktion (deklaratorisch), denn insbesondere in Folge der Aufnahme des vereinfachten Verfahrens in Absatz 2 und 3 gilt es, derzeit nicht absehbare, aber notwendige Umstände hinreichend durch weitere Regelungen im Bescheid zu berücksichtigen.

Zu 7 c) aa): Die in der geltenden Fassung als Regelbeispiel aufgeführten „genehmigte Planänderungen“ sorgten bisher mangels Konkretisierung zu Unsicherheiten, weshalb auf dessen Aufführung im bisherigen Entwurf verzichtet wurde. Von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium genehmigte Planänderungen stellen jedoch einen der üblichen Fälle dar und sollten daher als Regelbeispiel beibehalten und durch den Zusatz „vom für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium“ konkretisiert werden.

Zu 7 c) bb): Siehe Begründung zu 7 b) aa).

8. In § 21 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „aus,“ die Worte „weil es für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist“ eingefügt.

Begründung:

Es handelt sich dabei um eine derzeit geltende Voraussetzung, die unbedingt beibehalten werden sollte, um dem Risiko zu begegnen, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser eine Schließungsförderung nicht als Anreiz zur Schließung sehen. Es besteht kein Interesse daran, das bedarfsgerechte Krankenhäuser schließen. Sie korrespondiert zudem ihrem Sinngehalt nach mit der Versorgungsverpflichtung aus § 10, welcher ausschließen möchte, dass bedarfsgerechte Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag ohne weiteres an das Land zurück geben und dadurch eine Unterversorgung auslösen.

9. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „soll“ durch das Wort „ist“ und die Wörter „zurückgenommen oder widerrufen werden“ durch das Wort „aufzuheben“ ersetzt.
bbb) Nummer 3 erhält folgende Fassung:
„3. die Fördermittel nicht oder nicht mehr für den im Fördermittelbescheid bestimmten Zweck oder entgegen den Nebenbestimmungen des Fördermittelbescheides verwendet werden,“

bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Im Übrigen gelten die Regelungen des Landesverwaltungsgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten entsprechend.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 6 wird der abschließende Punkt durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) In Satz 1 wird folgende Nummer 7 angefügt:
„7. eine Zweckverfehlung im Sinne von Absatz 1 Nummer 3 vorliegt, die geförderte Maßnahme aber weiterhin stationären Zwecken im Sinne dieses Gesetzes dient.“

Begründung:

Zu 9 a) aa) aaa): Eine grundsätzlich gebundene Entscheidung trägt den haushaltsrechtlichen Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit Rechnung und stellt überdies den restriktiven Charakter des Ausnahmekataloges in Absatz 2 heraus. Auch in der derzeit geltenden Fassung des LKHG handelt es sich bei der Rückforderung von Fördermitteln um eine gebundene Entscheidung. Gründe für eine Aufweichung, gerade vor dem Hintergrund der Implementierung von Ausnahmetatbeständen in Absatz 2, bestehen nicht.

Zu 9 a) aa) bbb): Dem Grunde nach wäre dieser Fall über § 117 Abs. 3 Nr.1 LVwG erfasst, zu welchem der Zugang über Absatz 1 Satz 2 erfolgt. Im Gegensatz zu § 117 LVwG handelt es sich hier jedoch um eine gebundene Entscheidung, sodass nicht mehr auf Ermessenserwägungen oder im Falle eines intendierten Ermessens auf die Atypik des Falles abzustellen ist, sondern nur die Ausnahmetatbestände in Absatz 2 greifen. Aus diesem Grund wird Absatz 2 um die Nummer 7 ergänzt, welche zum Gegenstand hat, dass auch im Falle einer Zweckverfehlung, also wenn die Fördermittel nicht mehr für den im Fördermittelbescheid bestimmten Zweck verwendet werden, von einer Rückforderung abgesehen werden kann, wenn die geförderte Infrastruktur weiterhin stationären Zwecken im Sinne dieses Gesetzes dient.

Zu 9 a) bb): Ein statischer Verweis könnte bei Gesetzesänderungen zu Regelungslücken führen.

Zu 9 b) aa): Redaktionelle Anpassung.

Zu 9 b) bb): Der Ausnahmetatbestand berücksichtigt den Umstand, dass eine geförderte stationäre Infrastruktur zwar nicht mehr konkret für den im Fördermittelbescheid bestimmten Zweck genutzt wird, jedoch generell weiterhin stationären Zwecken und für die Leistungserbringung des Krankenhausträgers erforderlich ist. Solange die geförderte Infrastruktur den Förderzwecken dieses Gesetzes entspricht (stationäre Versorgung) sollte die Möglichkeit bestehen, von einer Aufhebung abzusehen.

10. In § 28 wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an einer vom Land bestimmten, der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung dienenden landes- oder länderübergreifenden telemedizinischen Netzwerkstruktur anzubinden und im Rahmen ihrer Aufgabenstellung an deren Versorgungsangeboten teilzunehmen. Sie haben die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen und an der telemedizinischen Zusammenarbeit mitzuwirken. Aus

den Sätzen 1 bis 3 folgt keine Verpflichtung des Landes zur Übernahme der Kosten des laufenden Betriebs der telemedizinischen Netzwerkstruktur. Das Nähere, insbesondere zur Bestimmung der Netzwerkstruktur, zum Umfang der Teilnahme und zu den technischen und organisatorischen Anforderungen, wird im Krankenhausplan festgelegt. Die Vorschriften über den Datenschutz und die Informationssicherheit sowie sonstige bundesrechtliche Anforderungen bleiben unberührt."

Begründung:

Mit dem neuen Absatz 3 wird die verbindliche Einbindung der Krankenhäuser in eine vom Land bestimmte telemedizinische Netzwerkstruktur geregelt. Ziel ist es, telemedizinische Anwendungen als Bestandteil einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und zukunftsfähigen Krankenhausversorgung zu etablieren und die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern durch eine gemeinsame digitale Infrastruktur zu stärken. Telemedizin ermöglicht insbesondere, medizinische Expertise ortsunabhängig verfügbar zu machen, vorhandene personelle und fachliche Ressourcen effizienter einzusetzen und die Versorgung auch in ländlich geprägten Regionen dauerhaft sicherzustellen. Der Aufbau entsprechender Strukturen unterstützt zugleich die mit der Krankenhausreform verbundene stärkere Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringer. Diese Zielsetzung entspricht dem vorgesehenen Aufbau einer gemeinsamen telemedizinischen Infrastruktur für Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern.

Die Verpflichtung zur Anbindung gewährleistet, dass eine landes- oder länderübergreifende Netzwerkstruktur flächendeckend zur Verfügung steht und ihre Versorgungswirkung entfalten kann. Eine möglichst umfassende Einbindung der Krankenhäuser ist erforderlich, um parallele Strukturen und isolierte Einzellösungen zu vermeiden, vorhandene Kompetenzen zu bündeln und Synergieeffekte zu erschließen. Für das geplante Telemedizin-Netz Nord-Ost ist dementsprechend vorgesehen, alle Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern anzubinden und die bestehenden telemedizinischen Aktivitäten schrittweise in eine skalierbare und interoperable Struktur zu überführen.

Die Pflicht zur Teilnahme an den Versorgungsangeboten besteht im Rahmen der jeweiligen Aufgabenstellung des Krankenhauses. Damit wird berücksichtigt, dass Art und Umfang der telemedizinischen Mitwirkung von dem jeweiligen Versorgungsauftrag sowie den vorgehaltenen medizinischen Leistungen abhängen. Nicht jedes telemedizinische Versorgungsangebot ist für jedes Krankenhaus gleichermaßen relevant. Die Regelung ermöglicht daher eine bedarfsgerechte Einbindung der Krankenhäuser und trägt zugleich dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung. Die Netzwerkstruktur kann unterschiedliche telemedizinische Anwendungsfälle umfassen und schrittweise weiterentwickelt werden. Als erste Anwendungsbereiche kommen nach der zugrunde liegenden Konzeption insbesondere Telekonsile und Televisiten sowie Anwendungen in der Pädiatrie und der Not- und Unfallversorgung in Betracht.

Die Verpflichtung, die erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen und an der telemedizinischen Zusammenarbeit mitzuwirken, stellt sicher, dass sich die Beteiligung nicht auf eine lediglich formale Anbindung beschränkt. Die Krankenhäuser haben vielmehr diejenigen Voraussetzungen zu gewährleisten, die für eine funktionsfähige Einbindung in die Netzwerkstruktur und die tatsächliche Nutzung der für sie einschlägigen Versorgungsangebote erforderlich

sind. Dies dient insbesondere der Interoperabilität und der verlässlichen Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen. Die zugrunde liegende Konzeption misst der technischen Interoperabilität und Systemintegration sowie einer tragfähigen Governance besondere Bedeutung bei.

Die wesentlichen Teilnahmeverpflichtungen werden unmittelbar gesetzlich festgelegt. Die nähere Ausgestaltung wird dem Krankenhausplan überlassen. Dies ermöglicht es, insbesondere die maßgebliche Netzwerkstruktur, den Umfang der Teilnahme sowie die technischen und organisatorischen Anforderungen entsprechend den versorgungsstrukturellen Erfordernissen und der technischen Entwicklung zu konkretisieren und fortzuschreiben, ohne dass hierfür jeweils eine Änderung des Landeskrankenhausgesetzes erforderlich ist. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die telemedizinischen Anwendungsfälle schrittweise entwickelt, erprobt und skaliert und die zugrunde liegenden Strukturen im weiteren Projektverlauf fortentwickelt werden sollen.

Die Regelung ist technologieoffen ausgestaltet und nicht auf eine bestimmte technische Plattform oder einen bestimmten Betreiber beschränkt. Sie ermöglicht damit sowohl landesweite als auch länderübergreifende Netzwerkstrukturen und gewährleistet die notwendige Anpassungsfähigkeit an die weitere Entwicklung der telemedizinischen Versorgung. Zugleich trägt sie der Zielsetzung Rechnung, die Netzwerkstruktur perspektivisch für weitere Versorgungsbereiche zu öffnen und insbesondere eine Vernetzung mit ambulanten Angeboten, dem Rettungsdienst sowie weiteren Gesundheitsdiensten zu ermöglichen.

Satz 3 dient der Klarstellung, dass die Betriebskosten als investitionsfremde Kosten, auch infolge der Verpflichtung, nicht vom Land getragen werden. Die Finanzierung der Anschaffung der telemedizinischen Netzwerkstruktur soll in den nächsten 10 Jahren über den Krankenhaustransformationsfonds gewährleistet werden.

Satz 5 stellt klar, dass die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz und zur Informationssicherheit sowie sonstige bundesrechtliche Anforderungen durch die landesrechtliche Regelung unberührt bleiben. Die Anbindung und Nutzung der Netzwerkstruktur haben daher unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutz-, informationssicherheits- und sonstigen bundesrechtlichen Vorgaben zu erfolgen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Verarbeitung und Übermittlung besonders schutzbedürftiger Gesundheitsdaten sowie der erforderlichen sicheren und interoperablen digitalen Infrastruktur von Bedeutung. Datenschutz, Datensicherheit und IT-Sicherheit werden dementsprechend auch in der Konzeption des länderübergreifenden Telemedizin-Netzes als wesentliche Anforderungen hervorgehoben.

11. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 12 wird der abschließende Punkt gestrichen und durch ein Komma ersetzt.

c) In Absatz 1 Satz 1 wird nach Nummer 12 folgende Nummer 13 eingefügt:
„13. abweichende Regelungen zur Genehmigungsfiktion im Sinne von § 14 Absatz 1 Satz 4 KHEntgG sowie“

d) In Absatz 1 Satz 1 wird folgende Nummer 14 angefügt:
„14. welche Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten

sowie sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben, welche besonderen Ausbildungsaufgaben ihnen jeweils obliegen und nach welchen Maßstäben die ihnen dadurch entstehenden zusätzlichen Sach- und Personalkosten zu ermitteln und wie ihre Finanzierung zu gewährleisten ist.“

Begründung:

Zu 11 a) und b): Redaktionell erforderliche Anpassung auf Grund nachfolgender Änderungen.

Zu 11 c): Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) v. 9.4.2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) führte in § 14 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 für die Genehmigung des Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG, der Entgelte nach § 6 KHEntgG, des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG und der krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge durch die zuständige Landesbehörde eine Frist von acht Wochen ein. Darüber hinaus wurde in § 14 Abs. 1 S. 4 KHEntgG eine Genehmigungsfiktion eingeführt. Diese besagt: Sofern die jeweilige Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von acht Wochen entscheidet, gilt die Genehmigung als erteilt, soweit landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist. Beide Regelungen sollen flankierend zu den gesetzlich bereits vorgesehenen Maßnahmen betreffend die Verhandlungen durch die Vertragsparteien auf der Ortsebene dazu beitragen, zeitnah und entsprechend der gesetzgeberischen Intention prospektiv genehmigte Vereinbarungen zu erreichen. Von der Genehmigungsfiktion können die Länder abweichende Regelungen treffen (BT-Drs. 21/4527, 264).

Durch eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für eine Verordnung soll von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden.

Zu 11 d): Die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl qualifizierter Fachkräfte im Gesundheitswesen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung. Krankenhäuser nehmen bereits heute eine zentrale Rolle bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens ein. Angesichts des zunehmenden Fachkräftebedarfs kommt der Sicherung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Ausbildungskapazitäten besondere Bedeutung zu.
§ 11 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eröffnet den Ländern die Möglichkeit, zu regeln, dass Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben. Von dieser Regelungsmöglichkeit soll durch eine entsprechende Ermächtigung im Landesrecht Gebrauch gemacht werden.

Die nähere Festlegung der besonderen Ausbildungsaufgaben soll einer Rechtsverordnung vorbehalten bleiben. Dies ermöglicht es, die Verpflichtung einzelner Krankenhäuser zur Übernahme besonderer Ausbildungsaufgaben flexibel an den jeweiligen Ausbildungsbedarf, die regionalen Versorgungsstrukturen sowie die vorhandenen Ausbildungskapazitäten anzupassen. Zugleich können auf diese Weise Art und Umfang der zu übernehmenden Aufgaben bedarfsgerecht konkretisiert werden, ohne

dass hierfür bei Änderungen der Ausbildungsstrukturen jeweils eine Änderung des Gesetzes erforderlich wird.

Die Ermächtigung trägt damit zu einer bedarfsgerechten Nutzung der Ausbildungskapazitäten der Krankenhäuser und zur langfristigen Sicherung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen bei. Die Finanzierung der durch die Übernahme besonderer Ausbildungsaufgaben entstehenden zusätzlichen Sach- und Personalkosten richtet sich nach den hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Ein eigenständiges Finanzierungsverfahren wird durch die Ermächtigungsnorm nicht geschaffen.

12. § 42 Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

Begründung:

Eine gesonderte Rechtsverordnung zur Konkretisierung der notwendigen organisatorischen und technischen Voraussetzungen erscheint nicht erforderlich, da die maßgeblichen datenschutzrechtlichen Anforderungen insbesondere bereits durch die §§ 25, 32 und 89 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und – soweit anwendbar - § 27 BDSG geregelt werden. Die genannten Bestimmungen bilden bereits einen verbindlichen rechtlichen Rahmen für die Beurteilung, ob die beteiligten Forschungseinrichtungen über ausreichende organisatorische und technische Schutzmaßnahmen verfügen. Welche konkreten Maßnahmen erforderlich sind, ist ohnehin von den Umständen der jeweiligen Verarbeitung abhängig.

Eine zusätzliche Rechtsverordnung, die lediglich die bereits bestehenden Anforderungen wiederholt oder einen pauschalen Maßnahmenkatalog vorgibt, würde keinen hinreichenden eigenständigen Regelungsmehrwert schaffen und könnte zu unnötigen Doppelregelungen sowie zusätzlichem Umsetzungsaufwand führen. Es erscheint daher sachgerecht, auf eine zusätzliche Verordnung zur Konkretisierung der technischen und organisatorischen Voraussetzungen zu verzichten, sofern kein spezifischer, über die bestehenden datenschutzrechtlichen Vorgaben hinausgehender Regelungsbedarf festgestellt wird.

gez. Hauke Hansen
Jasper Balke

und Fraktion
und Fraktion