



Kommunale Spitzenverbände Sachsen-Anhalt



Kommunale Spitzenverbände Sachsen-Anhalt

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
des Landes Sachsen-Anhalt
Frau Abteilungsleiterin
Karen Müller
Turmschanzenstr. 25
39114 Magdeburg

Städte- und Gemeindebund
Sternstraße 3
39104 Magdeburg
☎ 0391/ 5924-300
Fax: 0391/ 5924-444
post@sgsa.info

Landkreistag
Albrechtstraße 7
✉ Postfach 3663
39011 Magdeburg
☎ 0391/ 56531-0
Fax: 0391/ 56531-90
verband@landkreistag-st.de

Gemeinsame Website
<https://www.kommunales-st.de>

Magdeburg, 17.04.2026

Novellierung des Krankenhausgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt

Ihr Schreiben vom 2. April 2026

Sehr geehrte Frau Müller,

vielen Dank für den uns übersandten Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Krankenhausgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (KHG LSA) und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Der Gesetzentwurf, der ausweislich der Gesetzesbegründung der Anpassung des Landesrechts an das neue Bundesrecht im Zuge der Krankenhausreform (KHVG und KHAG) dienen soll, enthält mehrere Regelungen, die wir äußerst kritisch bewerten und die über den eigentlichen Regelungszweck des vorliegenden Gesetzes deutlich hinausgehen. Sowohl die Regelungszusammenhänge im Landeskrankenhausgesetz als auch die Entscheidungsprozesse der Krankenhausplanung werden grundlegend verändert.

Um die Auswirkungen der neuen Regelungen umfassend bewerten zu können, hätten wir uns insbesondere vor dem Hintergrund der im Jahr 2021 geschlossenen Konsultationsvereinbarung eine deutlich längere Anhörungsfrist gewünscht, zumal diese durch die Osterfeiertage verkürzt wurde.

Da absehbar auch das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren unter einem großen Zeitdruck stehen wird, sollte sich die Gesetzesnovelle auf die tatsächlich notwendigen Änderungen beschränken.

Nachstehend nehmen wir zu einzelnen Regelungen der Entwurfsfassung wie folgt Stellung:

Zu § 3 Sicherstellungsauftrag und zuständige Behörde

Der vorliegende Gesetzentwurf gestaltet den kreislichen Sicherstellungsauftrag neu aus und verschärft diesen:

§ 3 Abs. 1 Entwurf:

Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplans durch den Betrieb eigener Krankenhäuser sicherzustellen, soweit nicht ein Krankenhaus von freigemeinnützigen, privaten oder anderen geeigneten Trägern nach Maßgabe des Krankenhausplans betrieben wird. Ist in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet, so kann die für die Kommunalaufsicht zuständige Behörde die nach Satz 1 erforderlichen Anordnungen treffen.

Das geltende KHG LSA enthält zum kreislichen Sicherstellungsauftrag in § 2 Abs. 1 dagegen nur folgende Regelung:

§ 2 Abs. 1 KHG LSA a. F.:

Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplanes sicherzustellen. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten, dabei ist öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern ausreichend Raum zu geben.

Die beabsichtigte Neuregelung verstehen wir so, dass Landkreise und kreisfreie Städte ein Krankenhaus in eigener Trägerschaft zur Sicherstellung der Versorgung betreiben müssen, soweit sich kein freigemeinnütziger, privater oder anderer geeigneter Träger findet. Das schränkt die kommunalen Handlungsmöglichkeiten ein, da andere Lösungen damit ausgeschlossen sind. Die Kommunen entscheiden im eigenen Wirkungskreis allein nach Recht und Gesetz. Dies gilt auch mit Blick auf den Sicherstellungsauftrag, d. h. auch hinsichtlich dessen Ausgestaltung. Außerdem verschlechtert die beabsichtigte Neuregelung die Verhandlungsposition der Landkreise und kreisfreien Städte bei etwaigen Schließungen drastisch.

Der Hinweis auf die Möglichkeit der kommunalaufsichtlichen Anordnung zur Durchsetzung des Sicherstellungsauftrages geht fehl und ist darüber hinaus auch nicht erforderlich. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben ein großes Interesse am Erhalt von Krankenhausstandorten, um die Bevölkerung flächendeckend und wohnortnah mit hochwertigen medizinischen Leistungen zu versorgen. Das haben zuletzt alle Handelnden (Landrat, Kreistag, Verwaltung) im Landkreis Anhalt-Bitterfeld bewiesen.

Ein Einschreiten der Kommunalaufsicht kommt nur als ultima ratio bei Rechtswidrigkeit des kommunalen Tuns oder Unterlassens in Betracht. Eigene Vorstellungen oder fachliche Einschätzungen der Planungsbehörde zur Sicherstellung der stationären Versorgung kann die Kommunalaufsicht nicht durchsetzen.

Die Neuformulierung des § 3 Abs. 1 lässt zugleich die Interpretation zu, dass eine kommunale Krankenhausträgerschaft nur subsidiär zulässig ist, soweit keine

gemeinnützigen, privaten oder anderen geeigneten Träger vorhanden sind. Auch eine solche Einschränkung kommunaler Gestaltungsrechte lehnen wir ab. Wir fordern deshalb, § 2 Abs. 1 des geltenden Gesetzes unverändert als § 3 Abs. 1 in das neue Gesetz zu übernehmen.

Zu § 10 Folgen der Aufnahme in den Krankenhausplan

Der neu formulierte § 10 Abs. 2 stellt eine weitere Ausformung des Sicherstellungsauftrages bei beabsichtigter Einstellung des Krankenhausbetriebes dar.

§ 10 Abs. 2 Entwurf:

*Der Krankenhausträger ist verpflichtet, dem oder der Sicherstellungsverpflichteten die beabsichtigte Einstellung des Betriebs unverzüglich anzuzeigen. **Der oder die Sicherstellungsverpflichtete prüft unter Beteiligung des Krankenhausträgers, welche Alternativen, gegebenenfalls unter Einbeziehung weiterer Träger der Krankenhausversorgung, zur Erhaltung des Standortes gegeben sind.** Ist nach dem Ergebnis der Prüfung eine Alternative zu der beabsichtigten Einstellung des Betriebs nicht gegeben, hat der Krankenhausträger dies dem für Krankenhausplanung und Finanzierung zuständigen Ministerium anzuzeigen. Dieses stellt gegenüber dem Krankenhausträger nach Anhörung und Beratung zu den möglichen Folgen einer Abweichung von den Festlegungen des Feststellungsbescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan fest, ob krankenhauplanerische Bedenken gegen die Änderung bestehen. Zu Anhörung und Beratung im Sinne des Satzes 4 ist der Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in dem oder der das Krankenhaus oder der Krankenhausstandort gelegen ist, hinzuzuziehen. Die Maßnahme nach Satz 1 darf nur umgesetzt werden, wenn innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Anhörung und Beratung Bedenken nicht festgestellt wurden. Anderenfalls ist der Versorgungsauftrag entsprechend den Festlegungen nach § 9 Absatz 1 in Verbindung mit § 6 Absatz 3 umzusetzen.*

Für die beabsichtigte Neuregelung findet sich im geltenden Gesetz keine Vorgängerregelung. Grundsätzlich sollte es eine Selbstverständlichkeit darstellen, dass vor der beabsichtigten Einstellung des Krankenhausbetriebes eine frühzeitige Abstimmung mit der kommunalen Gebietskörperschaft erfolgt.

Wir befürchten, dass die in § 10 Abs. 2 Satz 2 Entwurf formulierte Verpflichtung zur Prüfung möglicher Alternativen von „notleidenden“ Krankenhausträgern als Ermutigung verstanden wird, den Weiterbetrieb von finanziellen Leistungen der kommunalen Gebietskörperschaft abhängig machen zu können.

Zudem wird den kommunalen Gebietskörperschaften über die beabsichtigte Neuregelung die Verantwortung für Schließungsentscheidungen zugewiesen, selbst wenn diese auf Landesebene oder auf unternehmerischer Ebene der jeweiligen Krankenhausträger getroffen wurden.

Zu den §§ 4 und 5 Mitwirkung im Krankenhausplanungsausschuss

Wir lehnen die Neuregelung in § 4 Abs. 1 Entwurf ab, wonach die Kommunalen Spitzenverbände nicht mehr als unmittelbar Beteiligte dem Krankenhausplanungsausschuss nach § 5 des Gesetzentwurfs angehören sollen.

Die Begründung zu § 4 Abs. 1 Entwurf rechtfertigt die Streichung der Kommunalen Spitzenverbände weder rechtlich noch politisch:

Begründung zu § 4 Abs. 1 Entwurf:

*Die Vorschrift bestimmt Krankenhausträger und Träger der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung als unmittelbar Beteiligte der Krankenhausversorgung entsprechend der bisherigen Regelung des § 9 Absatz 1 des KHG LSA und weitgehend in Übereinstimmung mit den Vorstellungen des Bundesgesetzgebers (vgl. BT-Drs. 10/2565, S. 28). **Abweichend von der bisherigen Regelung des § 9 Absatz 1 KHG LSA sind die Kommunalen Spitzenverbände jedoch nicht mehr als unmittelbar Beteiligte ausgewiesen. Sie selbst und ihre Mitglieder können in ihrer Eigenschaft als Einrichtungsträger jedoch unverändert als Mitglieder der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt mitwirken.***

Soweit auf die Vorstellungen des Bundesgesetzgebers (BT-Drs. 10/2565, S. 28) abgestellt wird, ist darauf hinzuweisen, dass die zitierte Fundstelle vom 5. Dezember 1984 datiert (!) und in ihrer Aussage gerade nicht den Ausschluss der Kommunalen Spitzenverbände rechtfertigt.

Die Kommunalen Spitzenverbände in Sachsen-Anhalt sind seit dem Jahr 1992 als stimmberechtigte Mitglieder im Planungsausschuss vertreten. Auch teilen sich in allen anderen Flächenländern die Kommunalen Spitzenverbände und die jeweiligen Krankenhausgesellschaften die Plätze auf der Krankenhausseite, oft zu gleichen Teilen.

Die Streichung der Kommunalen Spitzenverbände als unmittelbar Beteiligte verwundet umso mehr auch angesichts der ebenfalls beabsichtigten gesetzlichen Konkretisierungen zum kreislichen Sicherstellungsauftrag (§ 3 Abs. 1 Entwurf i. V. m. § 10 Abs. 2 Entwurf). Einerseits soll damit die Sicherstellungsverpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte „verschärft“ werden, andererseits soll den sicherstellungspflichtigen Gebietskörperschaften jedoch die Möglichkeit genommen werden, über ihre politischen Vertretungen, die Kommunalen Spitzenverbände, selbst an der Krankenhausplanung mitzuwirken.

Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund der bundesgesetzlich vorgegebenen Leistungsgruppen. Gegenwärtig ist völlig offen, ob Krankenhäuser die beantragten Leistungsgruppen erhalten und wie sich das neue Verfahren mit Blick auf die Krankenhauslandschaft, besonders bezogen auf die einzelnen Regionen, darstellt. Die Auswirkungen sind im Planungsausschuss zu beraten. Die Kreisebene, die den Sicherstellungsauftrag wahrnehmen soll und die am Ende auch die politische Verantwortung für ihre Bevölkerung trägt, hiervon ausschließen zu wollen, ist offenkundig falsch.

Auch haben die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes ein berechtigtes Interesse, an allen Entwicklungen mitzuwirken, die Auswirkungen auf die Strukturen der Notfallversorgung im Bereich der Krankenhäuser haben können. Dies gilt zugleich mit Blick auf die Resilienzstrukturen („Resilienzstab“), die das Land zurzeit aufbaut. Es ist auch deshalb nicht nachvollziehbar, wenn einerseits die Landkreise und kreisfreien Städte mehr Verantwortung übernehmen sollen und andererseits von relevanten Entscheidungsprozessen ausgeschlossen werden.

Die Landeskrankenhausgesellschaft und die Kommunalen Spitzenverbände haben überdies grundlegend unterschiedliche Rollen. Die Krankenhausgesellschaft vertritt im

Planungsausschuss die privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen/kommunalen Krankenhausträger als wirtschaftliche Unternehmen, die Kommunalen Spitzenverbände demgegenüber die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger des öffentlichen Sicherstellungsauftrages, auch im Interesse einer bedarfsgerechten, gleichwertigen Versorgung aller Landesteile. Die Interessen der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kommunalen Spitzenverbände sind deshalb gerade nicht deckungsgleich. Es wird der Stellung und Rolle der Kommunalen Spitzenverbände in Sachsen-Anhalt nicht gerecht, sie auf die Möglichkeit einer Mitgliedschaft in der Landeskrankenhausgesellschaft verweisen zu wollen.

Wir bitten deshalb, von der beabsichtigten Streichung der Kommunalen Spitzenverbände aus dem Kreis der unmittelbar Beteiligten Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Bernward Küper
Landesgeschäftsführer
Städte- und Gemeindebund
Sachsen-Anhalt



Prof. Dr. Ariane Berger
Geschäftsführendes
Präsidialmitglied
Landkreistag Sachsen-Anhalt