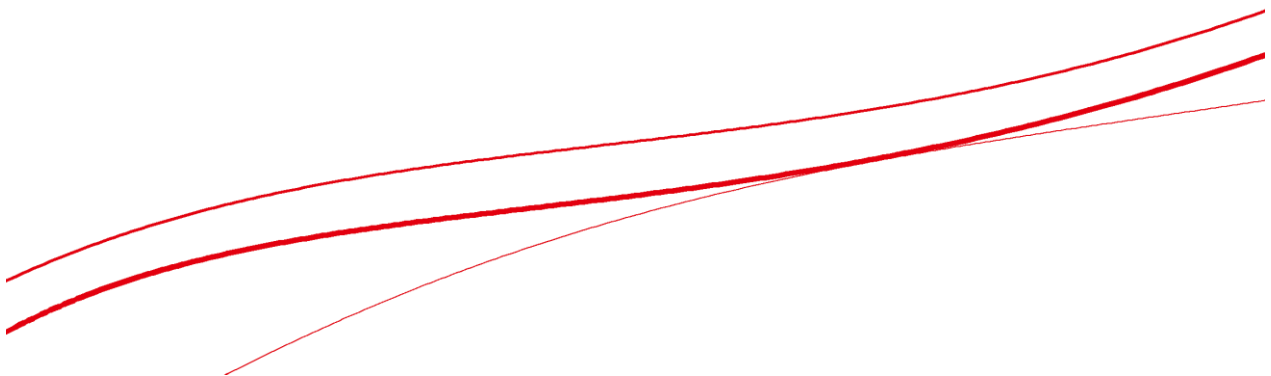




IMPULSPAPIER

Verlässlich, vorbeugend, vernetzt, vor Ort: Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein 2027.

Ein Impulspapier der ASG Schleswig-Holstein



Inhalt

Vorwort.....	ii
Impuls 1: Erreichbarkeit ist Daseinsvorsorge – Garantien für Schleswig-Holstein	1
Impuls 2: Versorgungslücken sichtbar machen – Versorgungsatlas und Regionaler Versorgungsindex für Schleswig-Holstein.....	5
Impuls 3: Erreichbarkeitsgarantien einhalten – Versorgungslücken schließen.....	9
Impuls 4: Qualität muss erreichbar bleiben – Soziale Kriterien für gute Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein	13
Impuls 5: Akademisierte Pflege in die Versorgung bringen	16
Impuls 6: Gesundes Lernen, Gesundheit lernen	18
Impuls 7: Investitionsprogramm Moderne Gesundheitsversorgung Schleswig-Holstein 2035	21
Impuls 8: Von der Warnung zur Hilfe – Eine sozial wirksame Hitzeschutzkette für Schleswig-Holstein	25
Impuls 9: Prävention nach Bedarf – Gesundheit dorthin bringen, wo sie gebraucht wird.....	29
Hinweise zur Nutzung von KI.....	31
Impressum.....	32

Vorwort

Unsere Sozialsysteme erleben unruhige Zeiten. Die schlechte wirtschaftliche Lage und der steigende Druck durch den demografischen Wandel werfen die Frage auf, wie wir unsere Daseinsvorsorge auch unter schwierigeren Bedingungen dauerhaft sichern können.

Unsere Antwort hierauf ist klar: Unsere Gesellschaft wird nur dann dauerhaft erfolgreich, demokratisch und sicher bleiben, wenn wir an den Grundfesten unseres solidarischen Fundamentes festhalten. Hierfür stellt der Gesundheitsbereich einen kritischen Baustein dar, denn Gesundheit ist zentral für die Teilhabe am Leben. Damit ist sie ein Schlüssel zur Chancengerechtigkeit und ein Kern sozialdemokratischer Politik. Häufig wird diese Frage als Verteilungsfrage behandelt, und das ist sie zu einem großen Teil auch: Wer über hohe Einkommen und Vermögen verfügt und in besonderem Maße von der Sicherheit, Produktivität und den Ressourcen unserer Gemeinschaft profitiert hat, kann in schwierigen Zeiten auch mehr Verantwortung dafür tragen, die Versorgung aufrechtzuerhalten.

Gleichzeitig müssen wir uns fragen, wie wir unsere Versorgung durch Innovation besser, effizienter und hochwertiger machen können. Dieses Impulspapier soll hierfür einige Antworten liefern. Es hat dabei nicht den Anspruch, alle Themen der Gesundheitsversorgung zu adressieren. Es baut auf einer umfangreichen Beschlusslage auf, insbesondere auf dem Leitantrag Gesundheit, den die SPD Schleswig-Holstein im Mai 2026 beschlossen hat, und dem Ideencamp in Rendsburg aus dem Juli 2026. Es soll daher einzelne Aspekte weiter ausarbeiten, neue Impulse setzen und damit zusätzlichen Schwung geben.

Besondere Aufmerksamkeit erhält hierbei die Erreichbarkeitsgarantie, welche wir als SPD den Menschen geben wollen. Die Sicherheit: Wenn ich Gesundheitsversorgung benötige, erhalte ich sie auch – jetzt und in Zukunft. Doch wie kann ein Staat dies tatsächlich sicherstellen? Erreichbarkeit muss definiert und gemessen werden. Wo Versorgungslücken entstehen oder drohen, muss gezielt gegengesteuert werden. Dabei kann der Staat gerade in einer zunehmend angespannten Versorgungssituation die Verantwortung nicht vollständig auf die Selbstverwaltung übertragen. Er muss selbst in der Lage sein, Versorgungslagen zu erkennen, politische Ziele zu setzen und dort steuernd tätig zu werden, wo bestehende Strukturen nicht ausreichen. Hiermit beschäftigen sich die Impulse 1 bis 4.

Aber auch einzelne wichtige Aspekte werden adressiert: Was kann Schleswig-Holstein in den Pflegeberufen und in der Pflegeversorgung besser machen (Impuls 5)? Wie können wir mit unserem Bildungssystem dafür sorgen, dass alle Menschen von klein auf eine gute Gesundheitskompetenz entwickeln können, statt auf das Gesundheitsbewusstsein ihrer Familien angewiesen zu sein (Impuls 6)? Wie kann Schleswig-Holstein seine Gesundheitsversorgung besser vernetzen, sodass nicht nur die Versorgung hochwertiger und effizienter wird, sondern daraus auch wirtschaftliche Chancen und Arbeitsplätze entstehen können (Impuls 7)? Wie können wir in einer immer heißer werdenden Welt den Hitzeschutz auf Landes- und Kreisebene durchsetzen (Impuls 8)? Und wie kann Präventionsarbeit die Menschen erreichen, die sich mit dem Thema wenig auseinandersetzen – noch bevor sie krank werden (Impuls 9)?

Auf diese Fragen versuchen wir Antworten zu geben.

Mit solidarischen Grüßen,

die ASG Schleswig-Holstein

Impuls 1: Erreichbarkeit ist Daseinsvorsorge – Garantien für Schleswig-Holstein

1. Kurzzusammenfassung

Wir wollen **Erreichbarkeitsgarantien für Schleswig-Holsteins Gesundheitsversorgung**. Sie stärken die Verantwortung des Landes, hinzuschauen, wo die Versorgungslücken sind. Und sie beantworten als überprüfbares Versprechen des Landes die Frage: Bekommen Menschen die benötigte Grund- und Notfallversorgung? Ein Standort innerhalb einer festgelegten Wegezeit reicht dafür nicht aus, wenn die Praxis keine neuen Patientinnen und Patienten aufnimmt, kein Pflegeplatz verfügbar oder das Angebot ohne Pkw nicht nutzbar ist. Deshalb verbinden wir Zielwerte für Wegezeiten mit Maßstäben für tatsächliche Verfügbarkeit, Wartezeiten, Nutzbarkeit und Qualität. Das Land definiert den Anspruch, prüft seine Einhaltung und legt öffentlich dar, welche Stelle mit welcher Rechtsgrundlage handeln muss. Die **Impulse 2 und 3** beschreiben die Messung und das Verfahren bei Versorgungslücken.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Eine stärkere Verantwortung des Landes für das Aufrechterhalten der Gesundheitsversorgung.
- Landesweit verbindliche Erreichbarkeitsgarantien für eine räumlich erreichbare und tatsächlich verfügbare Gesundheitsversorgung.
- Eine öffentliche Begründungs- und Handlungspflicht bei jeder festgestellten Lücke: messen, öffentlich machen, Versorgungssicherungsplan beschließen.

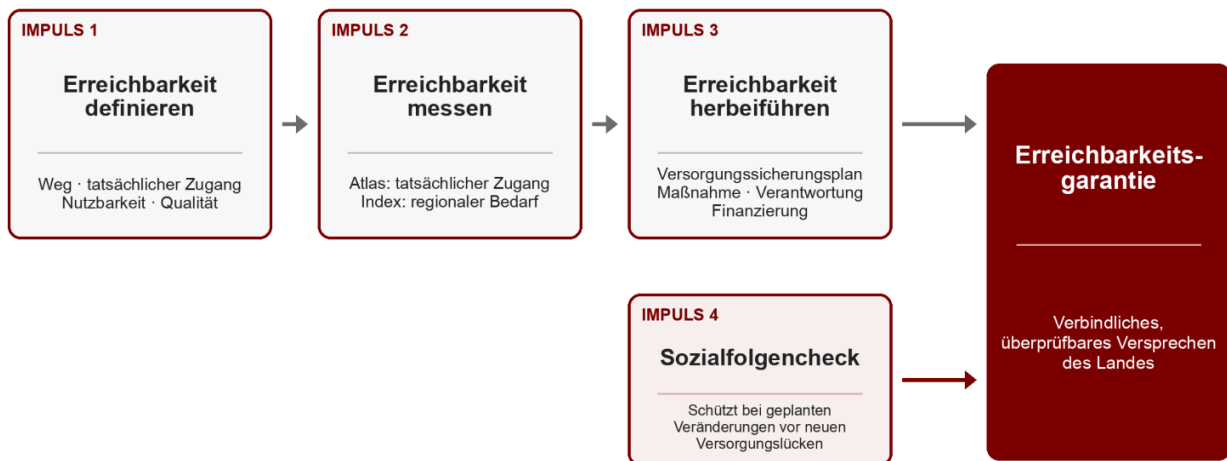


Abbildung. Die Impulse 1 bis 3 bauen die Erreichbarkeitsgarantie systematisch auf: Sie definieren den Anspruch, messen den tatsächlichen Zugang und schließen erkannte Lücken. Der Sozialfolgencheck (Impuls 4) greift bei geplanten Veränderungen ein. Er erkennt drohende soziale und regionale Versorgungslücken und verlangt, sie zu vermeiden oder auszugleichen.

3. Problembeschreibung

Die Menschen erleben tiefgreifende Veränderungen im Gesundheitssystem und sorgen sich um ihren Zugang zu guter Versorgung. Dabei sollten sie sich auf die staatliche Daseinsvorsorge verlassen können. Doch die Verantwortung verteilt sich aktuell auf Land, Kommunen, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und weitere Akteure. Für die Bevölkerung bleibt schwer erkennbar, wer handeln muss, wenn Versorgung fehlt. Dem Land fehlen zugleich sektorenübergreifende Instrumente, um Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und sichtbar zu machen. Es braucht eine Erreichbarkeitsgarantie und Verfahren, um sie zu überprüfen und durchzusetzen. Dafür machen dieser Impuls und die beiden folgenden Impulse Vorschläge.

Kern dieser Impulse ist eine Garantie für die angemessene Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung. Damit ist gemeint: Gibt es in meiner Nähe eine hausärztliche Praxis? Nimmt sie noch Patient*innen auf? Und wie weit muss ich fahren, wenn mein Angehöriger mit einer Lungenentzündung im Krankenhaus liegt, oder einmal wegen einer Pflegebedürftigkeit nicht mehr zu Hause leben kann?

Erreichbarkeit wird bisher nur in einzelnen Verfahren geprüft. Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflege werden getrennt geplant. Deshalb fehlt eine gemeinsame Sicht darauf, ob Menschen die benötigte Versorgung tatsächlich erreichen und rechtzeitig erhalten. [1–3]

Auch die ärztlichen Versorgungsgrade beantworten diese Frage nicht. Sie vergleichen rechnerisch vorhandene Arztkapazitäten mit der Bevölkerungszahl, zeigen aber weder den tatsächlichen Bedarf vor Ort noch, ob Praxen neue Patientinnen und Patienten aufnehmen und rechtzeitig Termine anbieten. In Geesthacht dokumentierte der Petitionsausschuss trotz eines hausärztlichen Versorgungsgrades von 95,6 Prozent Aufnahmestopps und erhebliche Schwierigkeiten bei der Neuaufnahme. Rechnerisch vorhandene Versorgung ist also nicht automatisch zugängliche Versorgung. [4–7]

Erreichbarkeit in der Gesundheitsversorgung braucht klare Ziele, die Land und Bevölkerung unabhängig überprüfen können, sowie Konsequenzen, wenn diese Ziele verfehlt werden.

4. Lösungsbeschreibung

Die Erreichbarkeitsgarantie folgt einer einfachen Kernlogik: Impuls 1 definiert den Anspruch, Impuls 2 misst seine Einhaltung und Impuls 3 sorgt bei einer Lücke dafür, dass Versorgung wiederhergestellt wird. Impuls 4 ergänzt dies vorbeugend: Geplante Veränderungen in der Gesundheitslandschaft (etwa die Streichung einer Krankenhausabteilung) werden künftig explizit vorab darauf geprüft, ob sie den Zugang für bestimmte soziale Gruppen oder Regionen verschlechtern.

Was als erreichbar gilt

Erreichbarkeit meint für uns nicht die Entfernung zu einem Standort, sondern den rechtzeitigen tatsächlichen Zugang zu einer geeigneten Versorgungsleistung. Drei Bedingungen müssen zusammenkommen:

- **Räumlich und zeitlich:** Das passende Angebot ist innerhalb der festgelegten Wegezeit erreichbar. Dabei zählen auch Wege mit Bus und Bahn, Fahren oder organisierten Fahrdiensten.
- **Tatsächlich verfügbar:** Das Angebot ist geöffnet, personell besetzt und aufnahmefähig; medizinisch notwendige Termine sind rechtzeitig verfügbar.
- **Praktisch nutzbar:** Menschen können das Angebot ohne vermeidbare Mobilitäts-, Zugangs- oder Kommunikationsbarrieren nutzen – auch ohne eigenen Pkw.

Wie Mindeststandards festgelegt werden

Dieses Impulspapier gibt nicht für jede Leistung schon eine feste Minuten- oder Wartezeit vor. Solche Mindeststandards müssen zur jeweiligen Leistung und Dringlichkeit passen. Das Land soll sie in einem transparenten Verfahren aus bestehenden rechtlichen Vorgaben, fachlichen Regeln und belastbaren Versorgungsdaten ableiten. Bereits geltende Orientierungswerte sind wichtige Ausgangspunkte: So berücksichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Prüfung eines zusätzlichen lokalen hausärztlichen Versorgungsbedarfs unter anderem, ob mehr als fünf Prozent der Bevölkerung die hausärztliche Versorgung erst nach durchschnittlich mehr als 20 Minuten Pkw-Fahrzeit erreichen. Wo sinnvolle Vorgaben fehlen, legt das Land nach fachlicher Beratung und Beteiligung der Betroffenen Standards fest und begründet sie öffentlich. Tabelle 1 zeigt, worauf diese Standards gestützt werden sollen.

Was geprüft wird	Leitfrage	Worauf der Standard gestützt wird
Weg zur Versorgung	Ist die benötigte Leistung innerhalb der festgelegten Wegezeit erreichbar?	Rechtliche Vorgaben: Regeln zur ambulanten Bedarfsplanung, zu Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser und zur Hilfsfrist im Rettungsdienst [1, 2, 8]. Versorgungsdaten: landesweite Analysen zu Wegezeiten und Mobilität, etwa in der Pflege [7].
Wartezeit und Dringlichkeit	Erfolgen Ersteinschätzung, Termin oder Behandlung innerhalb einer medizinisch vertretbaren Zeit?	Gesetzliche und fachliche Vorgaben: Fristen für die Terminvermittlung, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und medizinische Dringlichkeitsregeln, etwa in der Psychotherapie [9, 10].
Aufnahmefähigkeit und Kapazität	Ist das Angebot geöffnet, personell besetzt und tatsächlich aufnahmefähig?	Daten zur tatsächlichen Versorgung: Vermittlungsdaten des Patientenservice 116117; Praxis-, Betriebs- und Personaldaten; verfügbare Plätze, Anfragen und Ablehnungen; Patientenbefragungen und Beschwerden [4–7, 9].
Praktische Nutzbarkeit	Kann die Bevölkerung das Angebot ohne vermeidbare Mobilitäts-, Zugangs- oder Kommunikationsbarrieren nutzen?	Rechtliche Vorgabe: UN-Behindertenrechtskonvention [11]. Daten zur Nutzbarkeit: Fahrpläne für Bus, Bahn und Fähren, Patiententransport und Fahrdienste, Barrierefreiheit und Nutzerbefragungen [6].

Tabelle. Sachliche Grundlagen für die Mindeststandards der Erreichbarkeitsgarantie.

Für jede Leistung legt das Prüfverfahren fest, was gemessen wird, für welche Bevölkerungsgruppe und Dringlichkeit der Standard gilt und wann eine begründete Ausnahme zulässig ist. Zunächst wird dieses Verfahren auf Rettungsdienst, ambulante Grundversorgung, Grund- und Notfallversorgung im Krankenhaus, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Pflege sowie psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung angewendet. Ein Angebot gilt nur dann als erreichbar, wenn alle dafür geltenden Standards erfüllt sind. [12]

Verbindlich, ohne Strukturen einzufrieren

Die Garantie darf nicht durch Landes- oder Kreisdurchschnitte schöngerechnet werden. Orte und Bevölkerungsgruppen, bei denen Wegezeiten oder Zugangsstandards verfehlt werden, müssen kleinräumig sichtbar sein. Wird ein Standard verfehlt oder ist dies absehbar, leitet das Land unverzüglich ein öffentliches Prüf- und Reaktionsverfahren ein. Die Landesstelle für Versorgungsmonitoring legt offen, wer auf welcher Rechtsgrundlage handeln muss. Das Land setzt seine eigenen Planungs-, Aufsichts- und Förderinstrumente ein und legt spätestens nach sechs Monaten einen regionalen Versorgungssicherungsplan mit Maßnahmen, Verantwortlichen, Finanzierung und Fristen vor. So bleibt keine festgestellte Versorgungslücke ohne öffentliche Bewertung, benannte Verantwortung und konkrete Reaktion.

Der Versorgungsatlas zeigt den tatsächlichen Zugang: Wo gibt es Angebote, wie lange sind die Wege und erhalten Menschen dort rechtzeitig Versorgung? Der Regionale Versorgungsindex zeigt, wie hoch der Bedarf ist: Wo erfordern Krankheitslast, Pflegebedarf und soziale Lage mehr Versorgung? Erst der Abgleich zeigt, wo Versorgung fehlt (**Impuls 2**). Die möglichen Maßnahmen reichen von Krankenhausfinanzierung bis zu kommunalen und mobilen Angeboten (**Impuls 3**).

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Erreichbarkeitsgarantien machen politische Verantwortung überprüfbar. Für die Bevölkerung wird sichtbar, welche Grundversorgung das Land zusagt und wo sie nicht erreicht wird. Land, Kommunen und Selbstverwaltung erhalten einen gemeinsamen Maßstab für Planung und Investitionen. Ein Standort oder rechnerischer Versorgungsgrad genügt nicht mehr als Erfolgsnachweis; entscheidend ist, ob Menschen die Versorgung tatsächlich rechtzeitig erhalten. Versorgungslücken werden früher erkannt und müssen öffentlich bearbeitet werden.

6. Referenzen

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2026): Bedarfsplanungs-Richtlinie, Stand 19.02.2026, insbesondere § 35. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2020): Regelung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen), Stand 09.12.2020, insbesondere §§ 3 und 5. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [3] Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (2026): Ministerin von der Decken: Land und Kliniken arbeiten gemeinsam an Umsetzung der Krankenhausreform – erste Runde der Regionalgespräche erfolgreich abgeschlossen. Pressemitteilung vom 01.07.2026. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [4] Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2026): Stellungnahme zum Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und SSW „Ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein für die Zukunft sichern“, Drs. 20/3438 (neu), 2. Fassung, 16.01.2026, S. 4. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [5] Schleswig-Holsteinischer Landtag, Petitionsausschuss (2024): Bericht des Petitionsausschusses. Tätigkeit des Petitionsausschusses in der Zeit vom 01.10.2023 bis 31.12.2023, Drs. 20/1871 vom 14.02.2024, S. 8–9. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [6] Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein (2025): Tätigkeitsbericht 2024, S. 38–40. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [7] Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2025): Regionalisierte Analyse pflegerischer Versorgungsstrukturen und -kapazitäten in Schleswig-Holstein 2025. Schwerpunkt Fachkräftemonitoring Pflege, insbesondere S. 4–5 und 33–34. [Online](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [8] Ministerium für Justiz und Gesundheit Schleswig-Holstein (2023): *Landesverordnung zur Durchführung des Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetzes (SHRDG-DVO)* vom 27. November 2023, § 2. Landesrecht Schleswig-Holstein.
- [9] Bundesministerium der Justiz (2026): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), § 75, insbesondere Abs. 1a. [Gesetze im Internet](#) (abgerufen am 24.07.2026).
- [10] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2026): Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), zuletzt geändert am 19.03.2026, in Kraft seit 17.06.2026. [Online](#) (abgerufen am 24.07.2026).
- [11] Vereinte Nationen (2006): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, insbesondere Art. 9 und 25. [Online](#) (abgerufen am 24.07.2026).
- [12] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2026): Qualitätssicherung. Überblick über Vorgaben zu Strukturqualität, Mindestmengen und Qualitätsmessung. [Online](#) (abgerufen am 24.07.2026).

Impuls 2: Versorgungslücken sichtbar machen – Versorgungsatlas und Regionaler Versorgungsindex für Schleswig-Holstein

1. Kurzzusammenfassung

Eine Erreichbarkeitsgarantie bedeutet: Zentrale medizinische Angebote müssen innerhalb festgelegter Zeiten erreichbar und verfügbar sein. Ob dies landesweit gelingt, muss regelmäßig öffentlich geprüft werden. Dafür fehlen zusammengeführte Daten; denn ein Angebot auf dem Papier belegt keine zeitnahe Versorgung.

Wir schlagen eine Landesstelle für Versorgungsmonitoring, einen jährlich fortgeschriebenen Versorgungsatlas und einen Regionalen Versorgungsindex (RVI) vor. Der Atlas zeigt kleinräumig, wo die Erreichbarkeitsziele aus Impuls 1 verfehlt werden. Der RVI bündelt medizinische, pflegerische, demografische und soziale Daten. Er zeigt, wo hoher Bedarf auf geringe Ausweichmöglichkeiten trifft und deshalb vorrangig gehandelt und investiert werden muss.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Eine Landesstelle für Versorgungsmonitoring beim Gesundheitsministerium, die Daten aus den unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung zusammenführt.
- Einen öffentlichen Versorgungsatlas, der prüft, ob die Erreichbarkeitsgarantien eingehalten werden und ob Angebote ausreichend verfügbar sind.
- Einen transparenten Regionalen Versorgungsindex, der medizinische, pflegerische, demografische und soziale Kriterien abbildet.
- Die verbindliche Nutzung der Ergebnisse für Krankenhausplanung, Investitionen, regionale Versorgungsvereinbarungen und Pflegeplanung.



Abbildung. Versorgungsatlas und Regionaler Versorgungsindex erfüllen unter dem Dach der Landesstelle ergänzende Aufgaben.

3. Problembeschreibung

Die zentrale Frage aus Impuls 1 wird bislang von der bestehenden Planung nicht ausreichend beantwortet: Erreichen Menschen die benötigte Versorgung rechtzeitig – und ist sie dann tatsächlich verfügbar?

Praxen, Krankenhäuser und Pflegeangebote werden getrennt geplant, mit jeweils eigenen Zuständigkeiten und Kennzahlen. Die ambulante Bedarfsplanung kann regionale Unterschiede bei

Altersstruktur, Krankheitslast, sozialer Lage und Infrastruktur berücksichtigen. [1] Ihr Versorgungsgrad beschreibt jedoch vor allem das rechnerische Verhältnis von ärztlicher Kapazität und Bedarf innerhalb eines Planungsbereichs. Er zeigt nicht, wie lange Menschen bis zur nächsten Praxis brauchen, ob diese neue Patient*innen aufnimmt oder zeitnah Termine anbietet. Zudem werden die ambulanten Planungsdaten nicht mit Krankenhaus- und Pflegedaten zu einem landesweiten Garantie-Check verbunden. Örtliche Engpässe sind daher oft bekannt, aber nicht nach einheitlichen Kriterien belegt.

An Daten fehlt es nicht grundsätzlich. Das Sozial- und Gesundheitsmonitoring des Landes und Pflege-Monitor+ liefern Kennzahlen. [2, 3] Sie sagen aber nicht, ob eine Familie eine Kinderarztpraxis findet, die neue Patientinnen und Patienten aufnimmt, ob die benötigte Krankenhausabteilung tatsächlich einsatzbereit ist oder ob ein Pflegeangebot rechtzeitig verfügbar ist. Dafür fehlt ein gemeinsames Lagebild.

Besonders deutlich werden dabei zwei Schwächen der ambulanten Bedarfsplanung. Erstens bildet ihr Sollwert nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf ab, es handelt sich eher um eine Angebotsplanung. Sie schreibt historisch gewachsene Arzt-Einwohner-Verhältnisse fort und passt sie unter anderem an Demografie und Morbidität an. Zweitens werden Arztkapazitäten in teils großen Planungsbereichen zusammengezählt. Bei Facharztgruppen, die auf Kreisebene geplant werden, kann ein zusätzlicher Sitz in Norderstedt den Versorgungsgrad des Kreises Segeberg erhöhen, ohne den Menschen im Norden zu helfen. Bei mehr als 110 Prozent gilt ein Bereich als überversorgt; ein Anhalt für Unterversorgung besteht bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzt*innen erst unter 75 Prozent, bei anderen Facharztgruppen unter 50 Prozent. [1, 4] Für den einzelnen Menschen zählt ohnehin nicht die Quote, sondern ob die Praxis erreichbar ist, ihn aufnimmt und rechtzeitig einen Termin anbietet. Gleiches gilt für Krankenhausabteilungen.

Auch gleich lange Wege können unterschiedlich schwer wiegen: 30 Minuten sind für einen mobilen Menschen mit Auto etwas anderes als für eine pflegebedürftige Person ohne Busverbindung. Kommen hohe Krankheits- oder Pflegebedarfe und wenige Ausweichmöglichkeiten hinzu, ist Handeln besonders dringend. Der Versorgungsatlas muss deshalb zeigen, wo die Garantie verfehlt wird; der RVI, wo die Folgen besonders schwer wiegen und zuerst gehandelt werden muss. Indikatoren, Berechnung und Gewichtung müssen vollständig veröffentlicht werden.

4. Lösungsbeschreibung

Landesstelle und öffentlicher Versorgungsatlas

Die Landesstelle für Versorgungsmonitoring, angesiedelt am Gesundheitsministerium, erstellt ein gemeinsames Lagebild. Für jede in Impuls 1 definierte Versorgungsleistung berechnet sie die Fahrzeit vom Wohnort zum nächsten tatsächlich einsatzbereiten Angebot. Ausgewiesen werden Gemeinden und Bevölkerungsanteile außerhalb der Zielzeiten. Neben der Pkw-Fahrt werden, wo versorgungsrelevant, ÖPNV und besondere regionale Mobilitätsbedingungen gesondert dargestellt.

Zur räumlichen Erreichbarkeit kommt die tatsächliche Verfügbarkeit. Im ambulanten Bereich gehören dazu besetzte Arztsitze, Öffnungszeiten, Aufnahmestopps und Terminwartezeiten; im Krankenhaus einsatzbereite Leistungsgruppen und Fachabteilungen; in der Pflege verfügbare ambulante, stationäre und kurzfristige Angebote. Wo Routinedaten fehlen, werden wenige Angaben jährlich nach einem einheitlichen Landesstandard bei Leistungserbringern und Kommunen erhoben.

Genutzt werden sollen unter anderem Daten der Kassenärztlichen Vereinigung, Krankenhaus- und DRG-Daten, Pflegestatistik und kommunale Pflegebedarfspläne, Bevölkerungs- und Geodaten sowie aggregierte Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit. Patientenströme zeigen, welche Wege Menschen tatsächlich nehmen. [4-7]

Instrument	Aufgabe
Versorgungsatlas	Zeigt öffentlich, wo Zielzeiten eingehalten werden, wie viele Menschen betroffen sind und ob das nächste Angebot tatsächlich verfügbar ist.

Instrument	Aufgabe
Regionaler Versorgungsindex (RVI)	Bewertet, wo eine Lücke angesichts von medizinischem und pflegerischem Bedarf, Demografie, sozialer Lage, Mobilität und regionalen Besonderheiten besonders dringlich ist.

Tabelle. Versorgungsatlas und Regionaler Versorgungsindex ergänzen sich gegenseitig.

Der Regionale Versorgungsindex

Der RVI zeigt auf Gemeindeebene, wo der Handlungsdruck besonders hoch ist. Dafür bündelt er vier Komponenten: erstens medizinische Erreichbarkeit und Verfügbarkeit, etwa Bevölkerungsanteile außerhalb der Zielzeit, Aufnahmestopps, Wartezeiten und Patientenströme; zweitens pflegerischen Bedarf und verfügbare ambulante, stationäre und kurzfristige Kapazitäten; drittens Demografie und Morbidität, etwa Altersstruktur und altersstandardisierte Krankheitslast; viertens soziale Lage und Mobilität, darunter Bildung, Beschäftigung und Einkommen nach dem GISD, Pkw-Verfügbarkeit, ÖPNV-Erreichbarkeit und Barrierefreiheit. [8] Die Auswahl der Indikatoren, ihre Gewichtung und die Form der Zusammenführung werden in der Pilotphase transparent entwickelt und geprüft.

Vom Messergebnis zur politischen Konsequenz

Regelmäßig veröffentlicht die Landesstelle einen verständlichen Garantie-Check mit Karten, regionalen Kennzahlen und Zeitverläufen. Krankenhausplanung, Förderentscheidungen, Pflegeplanung und regionale Vereinbarungen müssen sich auf diese Ergebnisse beziehen. Wird eine Garantie verfehlt oder ist eine Verschlechterung absehbar, wird ein regionaler Versorgungssicherungsplan nach Impuls 3 eingeleitet.

Aufbau und Ressourcen

Der Aufbau sollte in zwei bis drei unterschiedlichen Regionen erprobt und wissenschaftlich begleitet werden. Kommunen, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflege, öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialplanung und Patient*innenvertretung sind zu beteiligen.

Das Vorhaben ist nicht kostenneutral. Erforderlich sind dauerhaft Personal für Datenanalyse und Koordination sowie Mittel für Datenmanagement, Geoinformationssystem, Datenschutz, Veröffentlichung und Evaluation. Das Pilotprojekt muss daraus einen nachvollziehbaren Stellen- und Kostenplan für Aufbau und laufenden Betrieb ableiten. Zusätzliche kommunale Aufgaben sind vom Land auszugleichen.

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Versorgungsatlas und RVI machen aus der Erreichbarkeitsgarantie ein überprüfbares politisches Versprechen: Das Land macht Versorgungslücken sichtbar und entwickelt mit den zuständigen Akteuren Maßnahmen zu ihrer Schließung. Zugleich richtet es seine Förder- und Investitionsentscheidungen stärker danach aus, wo medizinischer und pflegerischer Bedarf, Krankheitslast und soziale Barrieren den größten Handlungsdruck erzeugen – und nicht danach, wo bereits viele Einrichtungen stehen oder Interessen besonders laut vertreten werden. Das schafft Transparenz, gibt den Kommunen eine verlässliche Planungsgrundlage und ermöglicht einen bedarfsgerechteren Einsatz öffentlicher Mittel.

6. Referenzen

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (2026): Bedarfsplanungs-Richtlinie, Stand 19.02.2026, insbesondere §§ 2, 24, 29 und 35. URL: [Bedarfsplanungs-Richtlinie \(PDF\)](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [2] Landesregierung Schleswig-Holstein (2026): Sozial- und Gesundheitsmonitoring Schleswig-Holstein. URL: [Sozial- und Gesundheitsmonitoring](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [3] Landesregierung Schleswig-Holstein (2026): Pflege-Prognose+ und Pflege-Monitor+, 22.01.2026. URL: [Informationen zu Pflege-Monitor+](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [4] Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2026): Fortschreibung der Planungsblätter, Anlage zum Beschluss des Landesausschusses vom 16.04.2026. URL: [Planungsblätter \(PDF\)](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [5] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Forschungsdatenzentrum Gesundheit. URL: [FDZ Gesundheit](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [6] Statistisches Bundesamt: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). URL: [Methodenbeschreibung DRG-Statistik](#) (abgerufen am 23.07.2026).
- [7] Gesundheitsdienst-Gesetz Schleswig-Holstein, § 6 Gesundheitsberichterstattung; Landespflegegesetz Schleswig-Holstein, § 3 Bedarfsplanung. URL: [Gesundheitsdienst-Gesetz](#); [Landespflegegesetz](#) (abgerufen am 23.07.2026).

- [8] Michalski, N. et al. (2022): German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. Journal of Health Monitoring 7(S5), 2-24. URL: [GISD-Publikation](#) (abgerufen am 23.07.2026).

Impuls 3: Erreichbarkeitsgarantien einhalten – Versorgungslücken schließen

1. Kurzzusammenfassung

Eine Garantie ohne Folgen ist keine Garantie. Fehlen rechtzeitige Erreichbarkeit oder tatsächliche Verfügbarkeit, muss das Land reagieren und die zuständigen Akteure in die Pflicht nehmen. Ein regionaler Versorgungssicherungsplan bündelt Maßnahmen, Verantwortung und Finanzierung. Je nach Ursache können bedarfsnotwendige Krankenhausleistungen gesichert, kommunale MVZ unterstützt, Angebote in Gesundheits-Hubs gebündelt oder mobile, digitale und pflegerische Lösungen ermöglicht werden. Geschützt wird nicht jede heutige Struktur, wohl aber die notwendige Versorgungsfunktion für die Menschen im Land.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Einen regionalen Versorgungssicherungsplan, sobald der Versorgungsatlas eine Zielverfehlung oder eine absehbare Verschlechterung ausweist
- Die verlässliche Finanzierung nachweislich bedarfsnotwendiger Versorgungsfunktionen, auch wenn einzelne Krankenhausleistungen strukturell defizitär sind.
- Den Versorgungssicherungsfonds wieder mehrjährig mit Landesmitteln ausstatten und an regionale Versorgungssicherungspläne koppeln

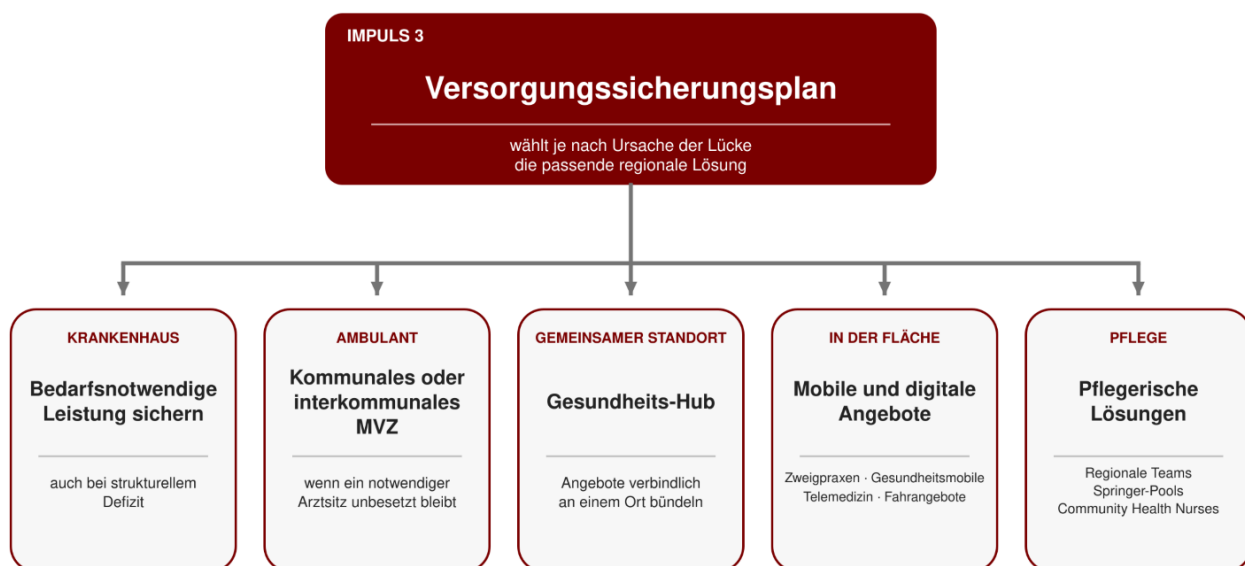


Abbildung. Der Versorgungssicherungsplan führt je nach festgestellter Versorgungslücke zu unterschiedlichen, bei Bedarf kombinierbaren Lösungen.

3. Problembeschreibung

Versorgungslücken entstehen selten nur, weil ein Gebäude fehlt. Häufig fehlen Fachkräfte, Praxisnachfolge, Aufnahmefähigkeit oder wirtschaftlich tragfähige Fallzahlen. Gleichzeitig werden ambulante Versorgung, Krankenhäuser, Pflege, Rettungsdienst und Mobilität getrennt geplant und finanziert. Für die betroffene Region gibt es deshalb oft keinen gemeinsamen Mechanismus, der aus einer erkannten Lücke eine abgestimmte und finanzierte Lösung macht.

Das zeigt sich besonders bei kleinen Krankenhäusern. Eine Leistung kann für die regionale Grundversorgung unverzichtbar und wegen geringer Fallzahlen trotzdem dauerhaft defizitär sein. Sicherstellungszuschläge sollen solche strukturell bedingten Defizite ausgleichen. Sie greifen aber nur unter bestimmten Voraussetzungen und ersetzen weder eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung noch notwendige Investitionen oder einen regionalen Entwicklungsplan. Für Betriebskosten sind grundsätzlich die Krankenkassen, für Investitionen und die Sicherstellung der Krankenhausversorgung die Länder verantwortlich. [1, 2]

Im ambulanten Bereich scheitert Versorgung häufig an fehlender Nachfolge. Kommunen dürfen Medizinische Versorgungszentren gründen, und Strukturfondsmittel können unter anderem Eigeneinrichtungen und lokale Gesundheitszentren unterstützen. Aufbau und dauerhafter Betrieb bleiben jedoch anspruchsvoll. Mobile Angebote oder Telemedizin können Wege verkürzen, ersetzen aber weder Geburtshilfe und Notfallversorgung noch eine kontinuierliche hausärztliche Betreuung. Auch pflegerische Lücken lassen sich nicht durch zusätzliche Arztkontakte lösen. [3]

4. Lösungsbeschreibung

Vom Befund zum verbindlichen Plan

Zeigt der Versorgungsatlas eine Versorgungslücke oder eine absehbare Verschlechterung, leitet das Land einen regionalen Versorgungssicherungsplan ein. Darin werden Ursache, benötigte Versorgungsfunktion, Maßnahmen, Verantwortliche und Finanzierung benannt. Bei einer akuten Gefährdung werden Übergangslösungen organisiert. Das Land führt das Verfahren und bringt die jeweils betroffenen Kommunen, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Krankenhausträger, Pflege, Rettungsdienst und Patientenvertretungen zusammen. Fortschritt und Zielerreichung werden jährlich im Versorgungsatlas veröffentlicht.

Bei ambulanten Versorgungslücken beispielsweise beantragt das Land im Landesausschuss eine förmliche Prüfung der Versorgungslage. Zugleich bringt der Versorgungssicherungsplan KVSH, Krankenkassen und Kommunen für eine passgenaue Lösung zusammen. Bleibt eine Lösung aus, legt das Land öffentlich offen, woran sie scheitert und wer handeln muss.

Bedarfsnotwendige Krankenhausleistungen sichern

Würde der Wegfall eines Standorts oder einer Leistungsgruppe die Erreichbarkeitsgarantie verletzen, gilt die betroffene Funktion politisch als bedarfsnotwendig. Ein strukturelles Defizit wegen geringer Fallzahlen darf dann nicht automatisch zur Schließung führen. Das Land muss darauf hinwirken, dass Sicherstellungszuschläge und die künftige Vorhaltefinanzierung konsequent genutzt werden; zugleich muss es die Leistung im Krankenhausplan absichern und seine Investitionsverantwortung erfüllen. Regionale Besonderheiten wie Inseln und dünn besiedelte Räume sind bei den landesrechtlichen Entscheidungen ausdrücklich zu berücksichtigen. [1, 2]

Die Zuständigkeitsgrenzen der dualen Krankenhausfinanzierung dürfen nicht zur Versorgungslücke werden. Wo die Regelfinanzierung nicht rechtzeitig trägt, finanziert ein Landesfonds Investitionen, notwendige Umbauten und rechtlich zulässige befristete Übergänge; zugleich muss das Land auf eine auskömmliche Finanzierung der Behandlungskosten hinwirken. Eine Förderung setzt ein tragfähiges medizinisches Konzept und regelmäßige Überprüfung voraus. Wo sinnvoll, wird ein Standort zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung weiterentwickelt. [2, 4]

Kommunale MVZ und Gesundheits-Hubs entwickeln

Kann ein bedarfsnotwendiger Arztsitz trotz nachweislicher Bemühungen nicht besetzt werden, soll ein kommunales MVZ eine verlässliche Alternative sein. Das Land bietet zentrale Beratung, Anschubfinanzierung und Risikoabsicherung in den Aufbaujahren; Instrumente der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen werden systematisch einbezogen. Kleine Kommunen sollen Trägerschaft, Verwaltung und Personalgewinnung gemeinsam organisieren können. [3]

Ein Gesundheits-Hub ist kein MVZ unter anderem Namen. Während ein MVZ selbst ambulante ärztliche Versorgung erbringt, führt ein Hub mehrere eigenständige Angebote an einem gut erreichbaren Ort verbindlich zusammen; ein MVZ kann Teil davon sein. Wo ein Versorgungssicherungsplan einen solchen Hub vorsieht, finanziert das Land aus dem Versorgungssicherungsfonds den notwendigen Umbau, gemeinsame Infrastruktur und die Koordination in der Aufbauphase. Die Förderung setzt verbindliche Vereinbarungen der beteiligten Träger voraus; die einzelnen Leistungen werden weiterhin über ihre Regelsysteme finanziert. Je nach regionalem Bedarf können so ärztliche Sprechstunden, Pflege, Telekonsile und Sozialberatung an bestehenden Krankenhausstandorten, in kommunalen Gebäuden oder Pflegeeinrichtungen zusammengeführt werden.

Mobile, digitale und pflegerische Lösungen

Vor allem in ländlichen Regionen können Gesundheitsmobile, Zweigpraxen, Hausbesuchsdienste und verlässliche Fahrangebote die Versorgung ergänzen. Solche Angebote brauchen feste Zuständigkeiten und bekannte Zeiten; mobile medizinische Angebote müssen an eine Praxis, ein MVZ oder einen Gesundheits-Hub angebunden sein. Telemedizin unterstützt die persönliche Versorgung und kann zum Beispiel den Zugang zu spezialisierter fachärztlicher Versorgung erleichtern.

Auch in der Pflege muss die Lösung zum Problem passen. Trägerübergreifende regionale Teams und gemeinsame Springer-Pools können kurzfristige Ausfälle abfangen. Wo chronisch oder mehrfach erkrankte Menschen eine kontinuierliche Begleitung zu Hause benötigen, können Community Health Nurses eingesetzt werden. Diese hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen ersetzen keinen Pflegedienst. Sie erkennen Risiken früh und koordinieren die Versorgung zwischen Arztpraxis, Krankenhaus, Pflegedienst und sozialen Hilfen. Wo der Versorgungssicherungsplan einen Bedarf feststellt, finanziert das Land über den Versorgungssicherungsfonds die Aufbau- und Übergangsphase. [5]

Finanzierung und öffentliche Rechenschaft

Der Versorgungssicherungsfonds wird mehrjährig ausgestattet und an die regionalen Versorgungssicherungspläne gekoppelt. Der Landtag legt auf Grundlage des Versorgungsatlas einen mehrjährigen Finanzrahmen fest. Gefördert werden Maßnahmen, die eine nachgewiesene Versorgungslücke schließen und deren Dauerbetrieb geklärt ist. Das Land berichtet jährlich über Mitteleinsatz und Zielerreichung. Zusätzliche kommunale Aufgaben sind vom Land auszugleichen.

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Damit erhält die Erreichbarkeitsgarantie eine praktische Konsequenz. Versorgungslücken werden mit Verantwortlichen, Fristen und Finanzierung bearbeitet. Öffentliche Mittel fließen gezielt in nachgewiesene Bedarfe; Kommunen gewinnen Handlungsmöglichkeiten, wenn der Markt die Versorgung nicht sicherstellt. So kann Grundversorgung in ländlichen Räumen erhalten werden, ohne jede bestehende Struktur festzuschreiben oder Qualitätsstandards abzusenken.

6. Referenzen

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss: Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser; Voraussetzungen, Erreichbarkeitsschwellen und Aufgaben der Länder. URL: [G-BA: Sicherstellungszuschläge](#) (abgerufen am 22.07.2026).
- [2] Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausfinanzierung; Investitionsverantwortung der Länder, Betriebskostenfinanzierung und Sicherstellungsauftrag. URL: [BMG: Krankenhausfinanzierung](#) (abgerufen am 22.07.2026).
- [3] Sozialgesetzbuch V, §§ 95 und 105: kommunale Medizinische Versorgungszentren, Strukturfonds, Eigeneinrichtungen und lokale Gesundheitszentren. URLs: [§ 95 SGB V](#); [§ 105 SGB V](#) (abgerufen am 22.07.2026).
- [4] Sozialgesetzbuch V, § 115g, und Krankenhausfinanzierungsgesetz, § 12b: sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und Transformationsfonds. URLs: [§ 115g SGB V](#); [§ 12b KHG](#) (abgerufen am 22.07.2026).

[5] Bundesministerium für Gesundheit (2025): Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. URL: [BMG: Befugnisweiterung in der Pflege](#) (abgerufen am 22.07.2026).

Impuls 4: Qualität muss erreichbar bleiben – Soziale Kriterien für gute Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein

1. Kurzzusammenfassung

Krankenhausreform kann Qualität und Patient*innensicherheit stärken. Sozial tragfähig ist sie nur, wenn Versorgung für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen tatsächlich nutzbar bleibt, regionale Funktionen gesichert und Anschlussversorgung verlässlich organisiert wird. Die Impulse 1 bis 3 schaffen dafür den Rahmen aus Erreichbarkeitsgarantie, Versorgungsatlas mit Regionalem Versorgungsindex und Versorgungssicherungsplan. Impuls 4 überträgt diesen Rahmen auf konkrete Krankenhausentscheidungen: Ein gestufter Sozialfolgencheck soll deren soziale und funktionale Folgen im Voraus prüfen. Qualität muss erreichbar bleiben.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- **Sozialfolgencheck vor planbaren Krankenhausentscheidungen einführen.** Der Check bewertet die sozialen und funktionalen Folgen geplanter Leistungsgruppenentscheidungen, Standortverlagerungen, Umwandlungen und erheblicher Kapazitätsänderungen.
- **Folgen transparent und gruppenspezifisch bewerten.** Der Sozialfolgencheck soll erwartete Folgen, besonders betroffene Bevölkerungsgruppen, Datenlücken, Unsicherheiten und festgestellten Handlungsbedarf nachvollziehbar dokumentieren.
- **Versorgungsfunktionen und Anschlussversorgung verlässlich absichern.** Gefährdet eine planbare Entscheidung notwendige Funktionen, müssen vor ihrer Umsetzung Übergangsmaßnahmen oder ein erreichbarer, ausreichend dimensionierter und betriebsbereiter Funktionsersatz gesichert sein. Bei Insolvenz oder kurzfristiger trägerseitiger Betriebseinstellung soll Impuls 3 unverzüglich greifen.
- **Sozialfolgencheck landesbeauftragt erproben.** Das Land soll das Verfahren in unterschiedlichen Regionstypen wissenschaftlich begleitet erproben. Es nutzt die Datengrundlage aus Impuls 2 und schafft kein paralleles Monitoring.

3. Problembeschreibung

Krankenhausversorgung ist Teil öffentlicher Daseinsvorsorge; ihre Sicherstellung ist Kernaufgabe der Krankenhausplanung. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet die Länder, Pläne für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung aufzustellen. Leistungsgruppen und Qualitätsanforderungen sollen medizinisch sinnvolle Spezialisierung und stärkere Qualitätsorientierung fördern. Deshalb geht es nicht um eine pauschale Bestandsgarantie für Standorte. Entscheidend ist, ob Strukturveränderungen die medizinische Qualität verbessern und zugleich regional verantwortbar gestaltet werden. [1–3]

Das zentrale soziale Risiko ist eine Nutzbarkeitslücke: Eine Leistung kann formal vorgesehen und räumlich erreichbar sein, unter realen Lebensbedingungen aber dennoch schwer nutzbar bleiben. In Anlehnung an Levesque et al. bezeichnet soziale Nutzbarkeit die reale Möglichkeit, geeignete Versorgung rechtzeitig zu erreichen, Informationen zu verstehen, die Inanspruchnahme zu organisieren, Wege und Kosten zu bewältigen und Behandlung tatsächlich wahrzunehmen. Sie ist Teil der in Impuls 1 beschriebenen Erreichbarkeit. [4]

Veränderungen treffen Menschen unterschiedlich. Geringes Einkommen, eingeschränkte Mobilität oder Selbstständigkeit, Pflegebedarf, Sprach- und Verständnishürden sowie schwache Unterstützungsnetze können zusätzliche Hürden erzeugen. Hinzu kommen Fahrt- und Parkkosten, Verdienstausschlag, Begleitung, Kinderbetreuung sowie die Organisation von Terminen, Anträgen und Nachsorge. Solche

Belastungen können sich kumulieren und bleiben in Standort- oder Fahrzeitdaten teilweise unsichtbar. [4–5]

Krankenhausplan und Reformverfahren berücksichtigen regionale Versorgungsstrukturen, tatsächliche Patient*innenströme und räumliche Erreichbarkeit. KHG, LKHG und Krankenhausplan 2017 enthalten jedoch keinen ausdrücklich geregelten, einheitlichen und öffentlich zu dokumentierenden Prüfraum, der Folgen konkreter Krankenhausentscheidungen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen systematisch bewertet. [1,3,8–9] Krankenhausentscheidungen verändern zudem mehr als einzelne Leistungen: Betroffen sein können Notfallversorgung und Stabilisierung, Pflege, Geriatrie, Psychiatrie, Sozialdienst, Rettungswege sowie die Koordination mit ambulanten, pflegerischen, rehabilitativen und kommunalen Angeboten.

Krankenhausversorgung endet nicht an der Klinikpforte. Entlassmanagement, Pflegeüberleitung, ambulante Pflege, Kurzzeit- und Übergangspflege, Rehabilitation, Hilfsmittel, ärztliche Weiterbehandlung, Sozialleistungen und häusliche Unterstützung entscheiden mit über den Behandlungserfolg im Alltag. Im multiprofessionellen Entlassmanagement werden Pflegebedarf, Risiken und Weiterversorgung beurteilt. Pflege und Soziale Arbeit bringen ihre Fachperspektiven ein; Soziale Arbeit insbesondere zu Lebenslage, Leistungsansprüchen, Wohnen, Teilhabe, psychosozialen Belastungen und Übergängen in den Alltag. [2,6–7]

4. Lösungsbeschreibung

Der Sozialfolgencheck ist ein entscheidungsbezogener, gestufter Prüfraum. Eine standardisierte Vorprüfung klärt, ob erhebliche soziale oder funktionale Risiken bestehen oder die Folgen mangels belastbarer Daten unklar bleiben. Nur dann folgt eine vertiefte Prüfung. Der Check nutzt Versorgungsatlas und Regionalen Versorgungsindex und wiederholt keine allgemeine Bestandsaufnahme. Er ergänzt die rechtlich vorgesehenen Prüfungen. Kriterien, Verfahrensregeln und Aufwand müssen erprobt und evaluiert werden.

Der Sozialfolgencheck beantwortet drei Leitfragen:

1. **Was verändert die konkrete Krankenhausentscheidung gegenüber der bereits erfassten Versorgungslage?** Dabei ist zu klären, welche medizinischen, pflegerischen, sozialen und regionalen Funktionen verändert werden oder entfallen könnten.
2. **Welche Bevölkerungsgruppen sind besonders betroffen?** Geprüft wird, ob die tatsächliche Nutzbarkeit erschwert und bestehende soziale oder gesundheitliche Benachteiligungen durch Wege, Kosten, Begleitung, Betreuung oder organisatorische Anforderungen verstärkt werden.
3. **Ist für beeinträchtigte Versorgungsfunktionen rechtzeitig ein geeigneter Ersatz gesichert?** Im vorgeschlagenen Sozialfolgencheck bedeutet Funktionsäquivalenz nicht dieselbe Institution, sondern einen erreichbaren, ausreichend dimensionierten und betriebsbereiten Ersatz. Zu prüfen sind Auftrag, qualifiziertes Personal, Kapazität, Finanzierung, Betriebszeiten, Krisenfähigkeit, verbindliche Kooperations- und Überleitungswege sowie die Anschlussversorgung nach Behandlung, Verlegung oder Entlassung. Ersatz kann auch durch geeignete ambulante, pflegerische, soziale oder sektorenübergreifende Strukturen entstehen.

Der Sozialfolgencheck soll vor planbaren Entscheidungen über Leistungsgruppen sowie vor erheblichen Standort-, Struktur- oder Kapazitätsänderungen stattfinden. Sein Ergebnis soll im Rahmen des geltenden Rechts in Abwägung und Umsetzung einfließen. Sind notwendige Funktionen gefährdet, soll die Umsetzung angepasst oder an Übergangsmaßnahmen beziehungsweise einen rechtzeitig betriebsbereiten Funktionsersatz gebunden werden. [1–3]

Bei Insolvenz oder kurzfristiger trägerseitiger Betriebseinstellung ist eine vorgelagerte Prüfung häufig nicht möglich. Krankenhausplanung allein ermöglicht es dem Land grundsätzlich nicht, einen rechtlich selbstständigen Träger ohne Weiteres zur dauerhaften Fortführung eines Standorts zu verpflichten. Deshalb soll es verfügbare Planungs-, Förder- und Sicherungsinstrumente unverzüglich einsetzen. Nach Impuls 3 sollen eine Übergangslösung und ein Versorgungssicherungsplan folgen. [1,3,9]

Die landesbeauftragte und wissenschaftlich begleitete Erprobung soll die Datengrundlage aus Impuls 2 fallbezogen ergänzen und unterschiedliche Regionstypen einbeziehen. Erprobt werden ein Prüfbogen und Regeln für Daten, Beteiligung und Dokumentation. Kommunen, Betroffenenvertretungen und Fachkräfte aus Versorgung und Sozialer Arbeit wirken mit.

Das Land soll Prüfergebnisse unter Wahrung von Datenschutz sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen veröffentlichen: erwartete Folgen, Risiken, Datenlücken, Unsicherheiten und Handlungsbedarf. Droht eine Erreichbarkeits- oder Versorgungslücke, soll der Versorgungssicherungsplan nach Impuls 3 eingeleitet werden; dort werden Maßnahmen, Zuständigkeiten und Finanzierung geklärt. Die wissenschaftliche Begleitung prüft Belastbarkeit, Praxistauglichkeit, Datenverfügbarkeit, Verwaltungsaufwand, Beteiligung, Fehlanreize und Übertragbarkeit. Reformkosten dürfen nicht verdeckt auf Patient*innen, Angehörige, Kommunen oder nachgelagerte Dienste verlagert werden.

Nicht jedes Gebäude muss bleiben, aber jede notwendige Versorgungsfunktion muss real erreichbar bleiben.

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Der Sozialfolgencheck macht Krankenhausentscheidungen nachvollziehbarer. Er hilft, ungleich verteilte Belastungen früh zu erkennen, soziale und gesundheitliche Benachteiligungen zu vermeiden oder zu begrenzen und notwendige Versorgungsfunktionen verlässlicher abzusichern. Damit soll er dazu beitragen, spätere Notlösungen, Versorgungslücken und verdeckte Folgekosten zu verringern. Vor allem verbindet er medizinische Qualität mit sozialer Nutzbarkeit, statt beide gegeneinander auszuspielen.

6. Referenzen

- [1] Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98), insbesondere § 1 Abs. 1, § 6 Abs. 1 und 3, § 6a, § 6c, § 7 und § 8. <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/>
- [2] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), in der geltenden Fassung, insbesondere § 39 Abs. 1a, § 39e, § 112 Abs. 2 Nr. 4–5, § 115g, § 135e und Anlage 1. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- [3] Schleswig-Holstein. Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein – Landeskrankenhausgesetz (LKHG) vom 10. Dezember 2020 (GVObI. Schl.-H. S. 1004), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Juni 2024 (GVObI. Schl.-H. S. 458), insbesondere §§ 5 und 7–9. <https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-NNLSH00002D4E>
- [4] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Artikel 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- [5] Tran, V.-T., Barnes, C., Montori, V. M., Falissard, B., & Ravaud, P. (2015). Taxonomy of the burden of treatment: A multi-country web-based qualitative study of patients with chronic conditions. *BMC Medicine*, 13, Artikel 115. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0356-x>
- [6] GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Deutsche Krankenhausgesellschaft (2025). Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V, Lesefassung in der Fassung der 14. Änderungsvereinbarung vom 19. November 2025; Änderungen zur Anschlussrehabilitation in Kraft seit 1. April 2026. <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/entlassmanagement/>
- [7] Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2022). Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken (Positionspapier, 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassmanagement-2022-05.pdf
- [8] Schleswig-Holstein, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (2017). Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, Teil A, insbesondere Kap. 5.1.1, 5.1.4 und 5.2. https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_Teil_A.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- [9] Schleswig-Holstein, Ministerium für Justiz und Gesundheit (2026). Krankenhäuser: Umsetzung der Krankenhausreform / Krankenhäuser, Stand Juli 2026. [Online](#)

Impuls 5: Akademisierte Pflege in die Versorgung bringen

1. Kurzzusammenfassung

Gesundheitsversorgung wird anspruchsvoller, Fachkräfte werden knapper. Mit wissenschaftlicher Qualifikation und klar geregelten Kompetenzen bzw. Befugnissen können akademische Pflegefachpersonen ohne ärztliche Delegation mehr Verantwortung übernehmen. Das kann die Versorgung verlässlicher machen und ärztliche Zeit freihalten, weshalb wir die Strukturen für den Einsatz von *Advanced Practice Nurses* und *Community Health Nurses* schrittweise in Schleswig-Holstein ausbauen wollen. Zugleich wird der Beruf attraktiver, wenn fachlicher Aufstieg in der direkten Versorgung möglich ist. Schleswig-Holstein soll deshalb die hochschulische Pflegeausbildung sichern, die Pflegewissenschaft an den Standorten in Lübeck, Kiel und Flensburg stärken und neue klinische Rollen landesweit erproben.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Die dualen Bachelorangebote in der Pflege sichern und ausbauen.
- Die pflegebezogenen Studien- und Forschungsstrukturen in Lübeck, Kiel und Flensburg ausbauen und langfristig sichern.
- Ein Landesprogramm für klinische Modellstellen von masterqualifizierten Pflegefachpersonen auflegen.

3. Problembeschreibung

Eine moderne Versorgung braucht akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die wissenschaftliche Erkenntnisse anwenden und eigenständige pflegerische Entscheidungen treffen können. Pflegefachpersonen arbeiten nah an den Patient*innen und erkennen Veränderungen oft früh. Im Studium lernen sie, Forschungsergebnisse im Sinne evidenzbasierter Pflege zu bewerten und für Versorgungsentscheidungen zu nutzen. Als *Advanced Practice Nurses* können sie mit einer klar geregelten Befugnis anspruchsvolle Aufgaben autonom ohne eine ärztliche Delegation übernehmen, sobald bundesgesetzliche Regelungen dies zulassen. Das schafft Kontinuität und kann ärztliche Zeit für Aufgaben freihalten, die ärztliche Qualifikation erfordern. [1-3]

Schleswig-Holstein nutzt dieses Potenzial bislang nur punktuell. Das UKSH schreibt bereits Stellen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in der direkten Versorgung aus. Einen landesweiten Karriereweg gibt es aber nicht. Zugleich sind die dualen Bachelorangebote klein und verletzlich. Ohne einen stabilen Unterbau fehlen später Bewerber*innen für klinische Masterabschlüsse – und auch an dieser Stelle mangelt es an Angeboten für Masterstudiengänge. [1,4]

Wer sich akademisch weiterqualifiziert, braucht danach eine passende Stelle. Sonst bleibt Wissen ungenutzt oder der berufliche Aufstieg führt aus der unmittelbaren Versorgung heraus. Klare klinische Rollen machen den Pflegeberuf attraktiver, weil Entwicklung ohne Abschied von Patient*innen möglich wird. [1]

Advanced Nursing Practice bezeichnet eine erweiterte Pflegepraxis, die durch eine solche akademische Weiterqualifikation ermöglicht wird. Die dort tätige Pflegefachperson heißt *Advanced Practice Nurse* (APN). Sie verfügt über einen klinisch ausgerichteten Masterabschluss und Berufserfahrung. Sie trägt selbst Fallverantwortung und entwickelt auf Grundlage neuer Forschung das Vorgehen in ihrem Fachbereich weiter.

4. Lösungsbeschreibung

Hochschulische Pflege stärken

Das Land soll gemeinsam mit Hochschulen und Versorgungsträgern die dualen Bachelorangebote verlässlich sichern. Die bestehenden pflegewissenschaftlichen Strukturen in Lübeck, Kiel und Flensburg

sollen ausgebaut und enger mit der Versorgung verbunden werden. Langfristig soll an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel ein eigenes Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften neu gegründet werden. Es soll landesweit wirken und die Entwicklung neuer Aufgaben in der Praxis wissenschaftlich begleiten. [5]

Klinische Rollen aufbauen

Darauf soll ein fünfjähriges Landesprogramm für klinische Rollen aufbauen. Krankenhäuser, Gesundheitshäuser und ambulante Träger sollen sich mit einem konkreten Modell bewerben können. Jede Stelle braucht einen klaren Versorgungsauftrag, geregelte Befugnisse und eine angemessene Vergütung. Bestehende Masterangebote werden genutzt und bei Bedarf um klinische Inhalte ergänzt. Die Träger legen die neuen Aufgaben gemeinsam mit erfahrenen Pflegefachpersonen fest und planen dafür Zeit im Team ein. In Teamgesprächen sollen Bedenken besprochen und die Aufgabenverteilung bei Bedarf angepasst werden.

Mögliche Einsatzfelder

Ein mögliches Vorbild für den Versorgungsort ist das Gesundheitshaus Hamburg-Billstedt. Dort arbeiten Pflegefachpersonen in einem niedrigschwelligen, quartiersbezogenen Angebot als *Community Health Nurses*. Das Beispiel zeigt, wie Pflege Menschen wohnortnah erreichen und in passende Hilfen vermitteln kann. [6] Vergleichbare Rollen wären auch in Schleswig-Holstein möglich. Im Quartier könnte eine Pflegefachperson Menschen mit chronischen Erkrankungen begleiten. In der Psychiatrie könnte eine APN die pflegerische Verantwortung für Menschen mit instabilen Verläufen übernehmen. In der Kinderheilkunde könnte sie ein schwer erkranktes Kind nach der Entlassung weiter begleiten und der Familie als feste Ansprechpartnerin bleiben. Zugleich sollte sich Schleswig-Holstein auf Bundesebene dafür einsetzen, dass akademische Pflegefachpersonen in spezialisierten Bereichen wie der Wund- und Schmerztherapie sowie bei chronischen Erkrankungen mehr eigenständige therapeutische Verantwortung übernehmen können.

Finanzierung und Auswertung

Das Land soll Aufbau, zusätzliche Qualifizierung und wissenschaftliche Begleitung finanzieren. Leistungen der Regelversorgung bezahlen weiter die zuständigen Kostenträger. Die Auswertung prüft, ob Patient*innen verlässlicher betreut und Ärzt*innen von Aufgaben entlastet werden, die qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen können. Sie soll auch zeigen, welchen eigenen Beitrag die neue Rolle leistet. Bewährte Stellen sollen dauerhaft finanziert werden.

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Akademische Pflege bringt wissenschaftliches Wissen direkt in die Versorgung. Patient*innen mit hohem Unterstützungsbedarf erhalten eine feste pflegerische Verantwortung. Ärztliche und pflegerische Kompetenzen werden besser genutzt. Zugleich wird der Pflegeberuf attraktiver: Fachlicher Aufstieg bleibt mit der Arbeit am Menschen verbunden. Erfolgreiche Rollen können später in weitere Regionen und Fachgebiete übertragen werden.

6. Referenzen

[1] Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Drs. 1548-23. [Online](#)

[2] Bundesministerium für Gesundheit (2025): Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. Inkrafttreten am 01.01.2026. [Online](#)

[3] Laurant, M. et al. (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001271. [DOI](#)

[4] Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (2026): Stellenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen mit erweitertem Tätigkeitsbereich in der direkten klinischen Patientenversorgung. Abruf 23.09.2026. [Online](#)

[5] Universität zu Lübeck und UKSH: Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege. Abruf 23.09.2026. [Online](#)

[6] Gesundheitshaus Hamburg: Community Health Nurses im Gesundheitshaus Billstedt. Abruf 23.09.2026. [Online](#)

Impuls 6: Gesundes Lernen, Gesundheit lernen

(Thematische Ausarbeitung derzeit auch im Rahmen des Bundesarbeitskreises Gesundes Lernen in KiTa und Schule der AfB und der ASG)

1. Kurzzusammenfassung

Gesundheit und Bildung sind kritische Bereiche für die soziale Gerechtigkeit. Aktuelle Daten aus Schleswig-Holstein zeigen psychische Belastungen, Bewegungsmangel und Übergewicht sowie deutliche soziale Unterschiede [1]. Schule kann hier ansetzen: durch einen gesundheitsfördernden Ganztag, verbindliche Gesundheits- und Medienbildung, feste Gesundheitsteams, eine lernorientierte Schulkultur und eine kostenfreie schulärztliche Untersuchung in der Sekundarstufe I. Ziel ist ein verlässlicher Zugang zu Wissen, Unterstützung und Prävention – unabhängig von Herkunft und Wohnort.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Einen gesundheitsfördernden Ganztag als Teil eines pädagogischen Gesamtkonzeptes
- Eine verbindliche und kostenfreie schulärztliche Untersuchung in der Sekundarstufe I
- Verlässliche Gesundheitsteams an den Schulen
- Verbindliche Gesundheits- und Medienbildung ab der Grundschule
- Eine gesunde, lernorientierte Unterrichts- und Schulkultur

Fünf Forderungen für eine gesunde Schule

Gesundheit im Unterricht und im Schulalltag verankern



Abbildung. Fünf Kernforderungen für eine gesundheitsfördernde Schule.

3. Problembeschreibung

Die meisten Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein sind gesund. Dennoch zeigen aktuelle Daten Handlungsbedarf. Nach geKuJu-2 schätzen Eltern die psychische Gesundheit von 14,2 Prozent der 14- bis 17-Jährigen als weniger gut oder schlecht ein. Für 14,7 Prozent aller Kinder und Jugendlichen wurde ein Bedarf an psychologischer Beratung oder Psychotherapie angegeben; 38,7 Prozent dieser Bedarfe blieben vollständig ungedeckt. 8,4 Prozent gelten nach den berichteten Größen- und Gewichtsdaten als übergewichtig oder adipös. Nur 61,7 Prozent der 5- bis 17-Jährigen erreichen mindestens sieben Stunden lebhaftes Bewegung pro Woche [1].

Gesundheit ist sozial ungleich verteilt. geKuJu-2 zeigt Zusammenhänge mit Bildung, finanzieller Lage, Familienform, Gesundheitskompetenz und sozialer Unterstützung der Eltern. So lag der Anteil übergewichtiger Kinder bei hoher elterlicher Schulbildung bei 6,4 Prozent, bei niedriger Schulbildung bei 14,8 Prozent [1]. Gesundheitliche Belastungen können Teilhabe und Lernen erschweren und bestehende Bildungsnachteile verstärken.

Soziale Medien gehören zum Alltag Jugendlicher. Dort treffen sie auch auf Gesundheitsinformationen. Werbung, unrealistische Körperbilder und fachlich falsche Ratschläge erschweren eine verlässliche Orientierung [2]. Zugleich steht anhaltender schulischer Druck mit psychischen Belastungen in Zusammenhang [3].

Unterstützung ist im Schulalltag nicht überall direkt erreichbar. Schulpsychologische Beratungsstellen bestehen in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt [4]. Schulgesundheitsfachkräfte gibt es in Schleswig-Holstein bisher vor allem im Schulwesen der dänischen Minderheit, nicht flächendeckend [5]. Dadurch hängt schnelle Beratung weiterhin stark vom Standort und von vorhandenen Kooperationen ab. geKuJu-2 fordert, Angebote stärker soziallagenabhängig und zielgruppenspezifisch auszurichten [1].

4. Lösungsbeschreibung

4.1 Gesundheitsfördernder Ganztag

Der Rechtsanspruch auf Ganztagsförderung wird ab 2026 schrittweise eingeführt [6]. Das Land sollte ihn für verbindliche Qualitätsstandards nutzen: Ganztagschulen bieten ein kostenfreies gesundes Mittagessen, tägliche Bewegung, Erholungszeiten und betreute Lernzeiten. Koch- und Ernährungsprojekte verbinden Wissen und Alltag. Finnland zeigt, dass kostenfreies Schulesen dauerhaft Teil des Bildungssystems sein kann [7]. Dänemark verbindet Schule und Betreuung organisatorisch eng [8].

4.2 Gesundheitsteams und Schulpsychologie

Jede Schule erhält verlässlichen Zugang zu einem Gesundheitsteam aus Schulgesundheitsfachkraft, Schulsozialarbeit und Schulpsychologie. Kleine Schulen können gemeinsame Teams nutzen. Die Fachkräfte beraten niedrigschwellig, unterstützen Kinder mit chronischen Erkrankungen, erkennen Probleme früh und vermitteln in die Regelversorgung. Schulpsychologie berät bei schulbezogenen Problemen und unterstützt bei Bedarf den Zugang zu therapeutischer Hilfe [4]. Finnland und das niederländische Programm „Healthy School“ zeigen, wie multiprofessionelle Unterstützung mit dem Schulalltag verbunden werden kann [9, 10].

4.3 Schulärztliche Untersuchung in der Sekundarstufe I

Das Land führt zusätzlich zur Schuleingangsuntersuchung eine verbindliche und kostenfreie schulärztliche Untersuchung in der Sekundarstufe I ein. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst organisiert sie. Die Ergebnisse bleiben vertraulich und werden nicht an die Schule weitergegeben. Wird Unterstützungsbedarf festgestellt, vermittelt der Dienst in geeignete Hilfen. Das Land schafft dafür die erforderlichen rechtlichen, personellen und finanziellen Voraussetzungen.

4.4 Gesundheits- und Medienbildung

Gesundheitsbildung beginnt in der Grundschule und baut über die Jahrgangsstufen aufeinander auf. Sie umfasst Ernährung, Bewegung, Schlaf, psychische Gesundheit, Suchtprävention und Orientierung im Gesundheitssystem. Medienbildung behandelt Werbung, Algorithmen, Gesundheitsinfluencer, Falschinformationen und KI-generierte Inhalte. Dafür braucht es nicht zwingend ein neues Schulfach, doch das Land sollte verbindliche Lernziele in den Fachanforderungen stärker verankern und Lehrkräfte entsprechend qualifizieren. Finnland zeigt, wie Medienkompetenz fächerübergreifend aufgebaut werden kann [11].

4.5 Lernorientierte Schulkultur

Ziel ist der Übergang von einer primär leistungs- und vergleichsorientierten zu einer lernorientierten Lernkultur. Das bedeutet nicht weniger Anspruch. Im Mittelpunkt stehen die Förderung von Neugier und Verstehen sowie individueller Lernfortschritt statt des ständigen Vergleichs mit anderen. Fehler werden ausgewertet, Überarbeitung gehört zum Lernen und Leistungsnachweise prüfen, welche Kompetenzen erreicht sind. Leistungsfähigkeit entsteht so als Ergebnis guter Bildung, nicht als Selbstzweck. Forschung zeigt, dass eine auf Kompetenzaufbau gerichtete Lernumgebung günstige Motivations- und Lernmuster fördert und auch die Leistung gegenüber vergleichsorientierten Zielen verbessern kann [12, 13]. Die Gemeinschaftsschule Am Himmelsbarg in Moorrege erprobt einen solchen Ansatz mit Lernateliers, Kompetenzrastern, Coaching, differenziertem Feedback und wiederholbaren „Gelingensnachweisen“. Das Land sollte solche Modelle verstärkt fördern und übertragbare Elemente für weitere Schulen nutzbar machen [14].

4.6 Umsetzung und Evaluation

Das Land setzt landesweite Qualitätsstandards und finanziert Fachkräfte, Fortbildungen, Räume, Essen und Ganztagsangebote dauerhaft. Der Einstieg kann über Modellschulen oder Modellregionen erfolgen. Die Auswertung misst Erreichbarkeit, Teilnahme, Wohlbefinden und gesundheitliche Chancengleichheit. Erfolgreiche Ansätze werden anschließend landesweit ausgebaut. WHO und UNESCO empfehlen einen solchen schulweiten Ansatz, der Unterricht, Schulalltag, Verpflegung, Personal und Gesundheitsdienste verbindet [15].

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Bessere Gesundheit stärkt die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen und kann Konzentration, Anwesenheit und Lernen erleichtern. Damit ist sie ein Schlüsselfaktor für Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit. Wer Gesundheitsinformationen verlässlich einordnen kann und bei Bedarf früh Unterstützung erhält, kann selbstbestimmter handeln [15].

Langfristig können gesundheitsfördernde Schulen dazu beitragen, vermeidbare Erkrankungen und soziale Folgekosten zu verringern. Die Höhe möglicher Einsparungen lässt sich heute jedoch nicht belastbar beziffern. Entscheidend ist zunächst, dass alle Kinder unabhängig von Einkommen, Bildungsstand und Wohnort bessere Chancen auf Gesundheit und Bildung erhalten.

6. Referenzen

- [1] Peters et al. (2026): geKuJu 2 – Die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2025.
- [2] Engel et al. (2024): Social media influencers and adolescents' health: A scoping review.
- [3] Steare et al. (2023): The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review.
- [4] Schleswig-Holstein: Schulpsychologischer Dienst.
- [5] Metzner-Guczka et al. (2025): Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland – Modellprojekte und Verstetigungen.
- [6] Schleswig-Holstein: Rechtsanspruch auf Ganztagsförderung.
- [7] Finnish National Agency for Education: School meals in Finland.
- [8] Dänisches Ministerium für Kinder und Bildung: Schulfreizeitbetreuung (SFO).
- [9] Finnish National Agency for Education: Promoting wellbeing.
- [10] RIVM: Healthy School.
- [11] Finnish National Agency for Education: Multiliteracy and media literacy.
- [12] Meece, J. L.; Anderman, E. M.; Anderman, L. H. (2006): Classroom goal structure, student motivation, and academic achievement. *Annual Review of Psychology* 57, 487–503. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070258.
- [13] Noordzij, G.; Giel, L.; van Mierlo, H. (2021): A meta-analysis of induced achievement goals: the moderating effects of goal standard and goal framing. *Social Psychology of Education* 24, 195–245. DOI: 10.1007/s11218-021-09606-1.
- [14] Gemeinschaftsschule Am Himmelsbarg (2025): Pädagogisches Konzept der Gemeinschaftsschule Am Himmelsbarg in Moorrege. Anlage zur Sitzung des Schulverbands vom 11.09.2025.
- [15] WHO/UNESCO (2021): Making every school a health-promoting school.

Impuls 7: Investitionsprogramm Moderne Gesundheitsversorgung Schleswig-Holstein 2035

1. Kurzzusammenfassung

Digitalisierung entscheidet mit darüber, ob Gesundheitsversorgung künftig erreichbar und verlässlich bleibt. Schleswig-Holstein hat hier Nachholbedarf, aber auch starke Voraussetzungen: Der Gesundheitssektor trägt rund 15 Prozent zur Wirtschaftsleistung bei; Dräger, UKSH und Hochschulen sind wichtige Anker. Wir schlagen ein Investitionsprogramm vor, das digitale Versorgung schneller in die Praxis bringt und zugleich Unternehmen stärkt, die Gesundheitslösungen in Schleswig-Holstein entwickeln, anwenden oder ansiedeln wollen. Gesundheit wird zum Modernisierungsfeld für Schleswig-Holstein.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Einen landesweiten Modernisierungsplan für digitale Gesundheit und Pflege.
- Ein Investitionsprogramm für Technik, Schulung, IT-Sicherheit und die Entwicklung digitaler Gesundheitslösungen in Schleswig-Holstein.
- Digitale Teilhabe vor Ort: Breitband, Beratung und Gesundheitskompetenz in den Kommunen stärken.

Moderne Gesundheitsversorgung als Standortstrategie

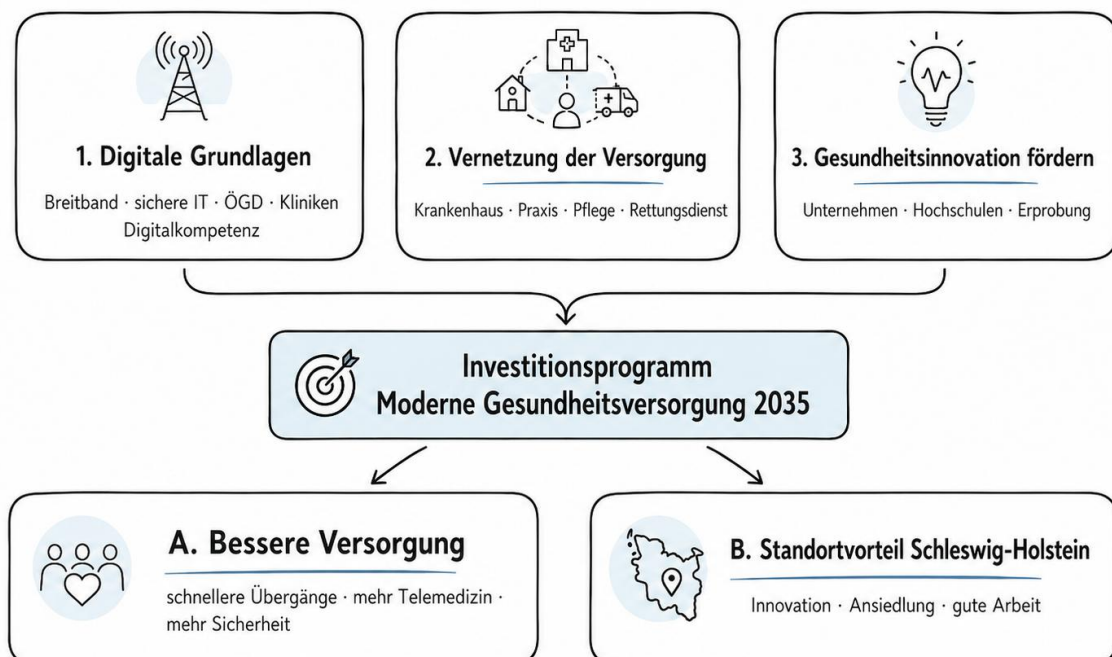


Abbildung. Investitionsprogramm Moderne Gesundheitsversorgung 2035. Das Land bringt Investitionen, Akteure und Versorgungspfade zusammen: Es koordiniert den Ausbau digitaler Grundlagen, unterstützt die Vernetzung im Gesundheitswesen und fördert Gesundheitsinnovation. Das verbessert die Versorgung und stärkt Schleswig-Holstein als Standort. Abbildung erstellt mit Images von OpenAI.

3. Problembeschreibung

Schleswig-Holstein modernisiert seine Gesundheitsversorgung zu langsam. Der Druck steigt: Fachkräfte fehlen, Wege werden länger, die Bevölkerung wird älter, Pflegebedarf nimmt zu. Gleichzeitig werden digitale Möglichkeiten nicht konsequent genutzt. Ein Rückstand zeigte sich im DigitalRadar-Zwischenbericht 2025: Schleswig-Holstein lag mit 37,8 von 100 Punkten gemeinsam mit Rheinland-Pfalz

am Ende des Ländervergleichs. [1] Auch Telemedizin und digitale Abläufe werden uneinheitlich genutzt. Die Hürden sind bekannt: Technik, Breitband, Finanzierung, IT-Sicherheit, Schulung und eingespielte Arbeitsabläufe. [2]

Ein Beispiel: Frau M., 83, bekommt nach einem Sturz im Krankenhaus neue Medikamente. Als sie in eine Pflegeeinrichtung entlassen wird, fehlt dort der neue Medikamentenplan. Ihre Tochter muss bei Krankenhaus, Hausarztpraxis und Apotheke klären, was Frau M. nun einnehmen soll. Solche Brüche gefährden Patient*innen und kosten Beschäftigte Zeit.

Viele Bausteine gibt es schon: den Patientenservice unter 116117 für ärztlichen Bereitschaftsdienst und Terminvermittlung, sicheren digitalen Nachrichtenaustausch zwischen Praxen, Kliniken und Pflege, elektronische Rezepte und Patientenakten sowie Videosprechstunden. [3,4] Entscheidend ist, dass die Beteiligten sie in verlässliche Abläufe einbinden.

Besonders kleine Praxen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste und Kommunen werden mit der Umsetzung häufig allein gelassen. Sie tragen Kosten für Technik, Schulung, Datenschutz, IT-Sicherheit und laufenden Betrieb. Digitale Gesundheitskompetenz ist ungleich verteilt. Ohne Unterstützung entsteht nicht Aufbruch, sondern Abwehr. Wer Digitalisierung will, muss auch die Voraussetzungen finanzieren.

Gesundheit ist für Schleswig-Holstein jedoch kein Randthema. Die Gesundheitswirtschaft erwirtschaftete 2021 rund 15,7 Prozent der Wertschöpfung im Land. [5] Mit dem UKSH, Dräger, Hochschulen und einer breiten Versorgungslandschaft gibt es belastbare Anker. Digitale Gesundheit ist auch wirtschaftlich relevant: Für Deutschland wurde durch digitale Gesundheitslösungen ein jährliches Wertpotenzial von 42 Milliarden Euro berechnet. [6] Eine EU-Studie erwartet, dass der europäische Digital-Health-Markt von 11 Milliarden Euro im Jahr 2023 auf 61,2 Milliarden Euro im Jahr 2035 wächst. [7] Für öffentliche Gesundheitsinterventionen zeigen Studien einen hohen gesellschaftlichen Nutzen: In einer systematischen Übersichtsarbeit stand jeder investierte Euro im Median rund 14 Euro gesellschaftlichem Wert gegenüber. [8] Trotzdem fehlt Schleswig-Holstein ein klares Standortprogramm für digitale Gesundheit.

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist deshalb nicht nur IT. Sie ist ein Testfall für die Modernisierung des Landes. Wenn Schleswig-Holstein hier investiert, kann es Versorgung verbessern, Beschäftigte entlasten und den Gesundheitsstandort stärken. Dafür braucht es einen Modernisierungsplan und ein Investitionsprogramm, das vorhandene Lösungen in die Praxis bringt und Schleswig-Holstein als Standort für digitale Gesundheitslösungen aufbaut.

4. Lösungsbeschreibung

Schleswig-Holstein soll ein Investitionsprogramm „Moderne Gesundheitsversorgung“ auflegen. Ziel ist nicht Digitalisierung um ihrer selbst willen. Ziel ist, Versorgung spürbar besser zu machen und den Gesundheitssektor als Standortfeld auszubauen.

Modernisierungsplan für konkrete Versorgungspfade

Erster Baustein ist ein landesweiter Modernisierungsplan. Das Land soll Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Pflege, Kommunen, Rettungsdienst, Reha, Kammern, Hochschulen und Patient*innenvertretungen an einen Tisch bringen. Der Auftrag muss klar sein: Welche vorhandenen digitalen Lösungen können jetzt genutzt werden, um konkrete Versorgungspfade zu verbessern? Vorrang haben Krankenhausentlassung, Pflegeüberleitung, Medikationssicherheit, Notfallversorgung und die Implementierung des geplanten Telemedizin-Netz Nord-Ost (TENNO).

Investitionen in die Voraussetzungen

Zweiter Baustein sind Landesinvestitionen in die Voraussetzungen. Digitalisierung gelingt nicht durch Appelle. Praxen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, Gesundheitsämter und öffentliche Krankenhäuser brauchen sichere Technik, Schulung, IT-Sicherheit und Unterstützung im laufenden Betrieb. Auch Kommunen müssen gestärkt werden: Breitband, Beratung und digitale Gesundheitskompetenz entscheiden darüber, ob digitale Angebote tatsächlich genutzt werden. Wer Digitalisierung will, muss diese Grundlagen finanzieren.

Das Land als Inkubator

Dritter Baustein ist ein Förderfenster mit zentraler Anlaufstelle. Das Land nutzt bestehende Förder- und Beratungsstrukturen als Inkubator: Die Anlaufstelle prüft Vorschläge, bringt Unternehmen, Hochschulen, Krankenkassen und Versorgungseinrichtungen zusammen und klärt Zuständigkeiten und Finanzierung der Erprobung. Gefördert wird, was Patient*innen und Beschäftigten nutzt, Daten sicher verarbeitet und an bestehende Systeme anschließt.

Studienregion Schleswig-Holstein

Ergänzend soll Schleswig-Holstein eine „Studienregion Schleswig-Holstein“ aufbauen. Das ist nicht nur ein Beitrag zur besseren Versorgung, sondern auch ein klarer Standortvorteil für die Pharma-, Medizintechnik- und Digital-Health-Industrie. Regionen, in denen Studien, Erprobung und Anwendung schnell und verlässlich möglich sind, ziehen Unternehmen, Investitionen und Fachkräfte an. Ein landesweites Studienportal, Beratung zu Datenschutz und Ethik sowie Standardverträge sollen Studien und Kooperationen erleichtern. Patient*innen sollen leichter Zugang zu passenden Studien erhalten. Unternehmen und Forschungseinrichtungen sollen schneller Anwendungspartner finden.

Verbindliche Steuerung und Evaluation

Das Programm braucht klare Regeln, damit Landesmittel nicht in Einzelprojekten versanden. Gefördert werden Versorgungseinrichtungen, Hochschulen und Unternehmen, wenn ihre Lösungen im Versorgungsalltag nachweisbar helfen oder dafür eine belastbare Anwendungsperspektive in Schleswig-Holstein schaffen. Entlassbriefe müssen früher ankommen, Pflegeüberleitungen sicherer werden, Telemedizin tatsächlich genutzt werden, Doppelarbeit abnehmen. Datenschutz, Interoperabilität, Schulung und Beteiligung der Beschäftigten müssen von Beginn an geklärt sein. Die Ergebnisse werden regelmäßig veröffentlicht. So investiert Schleswig-Holstein in bessere Versorgung, praktische Innovation und einen stärkeren Gesundheitsstandort.

Benötigte Ressourcen

Das Programm soll bis 2035 ein Gesamtvolumen von bis zu 1 Milliarde Euro mobilisieren; es ist keine zusätzliche Jahresausgabe und kein reiner Landesfonds. Es bündelt Landesmittel, Bundesmittel, EU-Förderung, Trägeranteile und private Investitionen. Landesmittel dienen vor allem als Hebel: für Kofinanzierung, ÖGD, öffentliche Krankenhäuser, Kommunen, Pflege, Schulung und digitale Teilhabe. Bundes- und EU-Mittel sollen gezielt aus Krankenhaus-Transformationsfonds, Sondervermögen Infrastruktur, EFRE, ESF+, EU4Health, Horizon Europe und Digital Europe eingeworben werden. Private Investitionen entstehen durch Förderung, Studienstrukturen und öffentliche Anwendungspartner.

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Das Programm verbessert Versorgung, entlastet Beschäftigte und stärkt Schleswig-Holstein als Gesundheitsstandort. Es macht Digitalisierung dort konkret, wo sie im Alltag zählt: beim Übergang aus dem Krankenhaus, beim Zugang zu Fachärzt*innen und bei der Versorgung vor Ort.

6. Referenzen

- [1] DigitalRadar Krankenhaus: Zwischenbericht zur zweiten Reifegradmessung 2025; ergänzend: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt: „Digitalisierung: Rote Laterne für Kliniken im Norden“, 28.08.2025. URL: <https://www.aeksh.de/aerzteblatt/artikel/detail/digitalisierung-rote-laterne-fuer-kliniken-im-norden> (abgerufen am 28.06.2026). Primärquelle: [DigitalRadar-Zwischenbericht 2025 \(BMG\)](#).
- [2] Rabbani, M. G. et al. (2025): Digital Health Transformation Through Telemedicine (2020–2025): Barriers, Facilitators, and Clinical Outcomes—A Systematic Review and Meta-Analysis. Encyclopedia 5(4), Artikel 206. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [3] gematik: Anwendungen der Telematikinfrastruktur, u. a. KIM, TI-Messenger, ePA und E-Rezept. URL: <https://fachportal.gematik.de/anwendungen> (abgerufen am 28.06.2026).
- [4] Bundesministerium für Gesundheit: Digitalisierung im Gesundheitswesen; ergänzend: gesund.bund.de: Gesundheit und Digitalisierung im Alltag. URLs: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen>; <https://gesund.bund.de/special/gesundheits-digital-im-alltag> (abgerufen am 28.06.2026).
- [5] Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz: Gesundheitswirtschaft – Fakten & Zahlen. Länderergebnisse 2021. URL: https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2021.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 28.06.2026).

- [6] McKinsey & Company (2022): Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland. URL: <https://www.mckinsey.de/news/presse/2022-05-24-42-mrd-euro-chance> (abgerufen am 28.06.2026).
- [7] Europäische Kommission (2026): Study on Artificial Intelligence in healthcare dissects digital health technologies in Europe. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/study-artificial-intelligence-healthcare-dissects-digital-health-technologies-europe> (abgerufen am 28.06.2026).
- [8] Masters, R. et al. (2017): Return on investment of public health interventions: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health 71(8), 827–834. DOI: [10.1136/jech-2016-208141](https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141).

Impuls 8: Von der Warnung zur Hilfe – Eine sozial wirksame Hitzeschutzkette für Schleswig-Holstein

1. Kurzzusammenfassung

Schleswig-Holstein hat 2026 eine Klimaanpassungsstrategie beschlossen; zusätzlich ist ein Landesplan Hitzeschutz angekündigt. Die zentrale offene Frage ist die Umsetzung bei konkreten Warnlagen: Wer handelt, welche Hilfe startet und wie werden Menschen erreicht, die Warnungen nicht selbstständig in Schutzhandlungen umsetzen können? Wir schlagen eine Hitzeschutzkette vor, die bekannte Bausteine zu einem landesweit erprobaren Ablauf verbindet. Sie soll über ein landesfinanziertes Pilotprojekt in ausgewählten Kreisen eingeführt werden. Nach mindestens zwei Hitzesaisons soll ausgewertet werden, welche Elemente sich bewähren, welche Mindeststandards übertragbar sind und ob Förderung oder ein gesetzlicher Rahmen sinnvoll sind. [1–4]

Eine Hitzewarnung schützt erst, wenn sie eine vorbereitete Handlung auslöst und konkrete Hilfe die gefährdeten Menschen tatsächlich erreicht.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- **Aus Warnungen einen verlässlichen Ablauf machen.** Vor jeder Hitzesaison soll feststehen, welche Mindestmaßnahmen bei welcher Hitzewarnstufe des Deutschen Wetterdiensts (DWD) starten, wer verantwortlich handelt und wer die Vertretung übernimmt.
- **Bestehende Instrumente als Hitzeschutzkette erproben.** In drei bis vier Kreisen oder kreisfreien Städten sollen Kontakt, Zugang und Schutz als zusammenhängender Ablauf vorbereitet und unter unterschiedlichen regionalen Bedingungen erprobt werden.

3. Problembeschreibung

Heiße Tage treten in Schleswig-Holstein statistisch signifikant häufiger auf als vor rund 70 Jahren; Klimaprojektionen zeigen je nach Emissionsszenario eine weitere Zunahme. [5] Hitze kann Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen verschärfen sowie Arzneimittelwirkungen und -nebenwirkungen beeinflussen. Während Hitzeperioden steigt die Sterblichkeit. [6] Das Risiko hängt von Hitzebelastung, gesundheitlicher Empfindlichkeit und Schutzmöglichkeiten ab. Armut, belastende Wohn- oder Arbeitsbedingungen, Pflegebedarf, Wohnungslosigkeit und soziale Isolation können die Gefährdung erhöhen. Mobilitäts-, Sprach-, Informations- und Kostenbarrieren erschweren den Zugang zu Schutz. [6–8]

Die Ausgangslage hat sich 2026 verändert: Mit der Klimaanpassungsstrategie besteht ein breiter strategischer Rahmen für den gesundheitlichen Hitzeschutz. Sie nennt unter anderem zielgruppengerechte Informationen und DWD-Warnungen, Klimafolgenmonitoring, Hitzeaktionspläne, die Unterstützung bestehender sozialer Hilfestrukturen, räumliche Klimaanpassung und betriebliche Hitzeaktionspläne im Gesundheitswesen. [1] Kurz vor Veröffentlichung konnte die Landesregierung zugleich nicht angeben, wie viele kommunale Hitzeaktionspläne vorliegen und welche Schulungen stattfinden. [9] Bundesweit einheitliche Maßnahmenkaskaden für DWD-Warnstufen sind nicht festgelegt. [2]

Auch politisch wird Hitzeschutz weiterentwickelt. Die Anträge 20/4720 (SPD) und 20/4752 (CDU und Bündnis 90/Die Grünen) wurden am 27. August 2026 an den Sozialausschuss überwiesen; zugleich kündigte die Landesregierung an, weitere Maßnahmen in einem Landesplan Hitzeschutz zusammenzuführen. [4] Damit verschiebt sich die Kernfrage: Einzelinstrumente des Hitzeschutzes sind fachlich bekannt und werden in Deutschland bereits in unterschiedlichen Hitzeaktionsplänen eingesetzt. [2, 3] Offen bleibt, wie sie in Schleswig-Holstein als gemeinsam vorbereiteter, finanzierter und überprüfbarer Ablauf für konkrete Warnlagen zusammenwirken sollen. Wer löst bei welcher Warnstufe welche Maßnahme aus? Wie werden Kontakt- und Zugangshilfen aktiviert? Wie wird geprüft, ob

Schutzangebote tatsächlich erreichbar und nutzbar sind? Genau an dieser Umsetzungsebene setzt die Hitzeschutzkette an.

4. Lösungsbeschreibung

Die Hitzeschutzkette erfindet bestehende Instrumente nicht neu. Ihr zusätzlicher Ansatz liegt in ihrer systematischen Verbindung: Aus Warnung, Aktivierung, Zuständigkeit, Kontakt, Zugang, Schutz, Rückmeldung und Auswertung wird ein vorab vereinbarter Prozess. Zugleich wird nicht sofort ein landesweiter Standard gesetzt. In unterschiedlichen Regionstypen soll geprüft werden, welche Mindestanforderungen übertragbar sind und wo regionale Anpassung erforderlich ist. Die acht Kernelemente der Bund-Länder-Handlungsempfehlungen bilden dafür die fachliche Grundlage. [1–3, 10]

Die Hitzeschutzkette - von der Warnung zur Hilfe

Acht Schritte vom Warnsignal zur erreichbaren Hilfe



Das vorgeschlagene Pilotprojekt verbindet drei Ebenen in einem Modell: erstens die operative Aktivierung bei DWD-Hitzewarnungen, zweitens soziale Erreichbarkeit durch die bewusste Trennung von Kontakt, Zugang und Schutz und drittens eine Transferlogik von der regionalen Erprobung über die Prozessevaluation zu möglichen Landesstandards. Die Kette ergänzt dabei kommunale und institutionelle Hitzeaktionspläne und erprobt einen gemeinsamen Umsetzungsrahmen mit Mindestmaßnahmen und Qualitätsanforderungen, ohne örtliche Einzelmaßnahmen vorzuschreiben; Landesvorlagen und kreisweite Unterstützung sollen kleine Gemeinden bei der Umsetzung unterstützen. [1–3, 10, 11]

FÜNF BAUSTEINE FÜR HILFE VOR ORT



Ausgestaltung der fünf Bausteine

Baustein 1 – Zuständigkeiten und Aktivierung. Vor der Hitzesaison wird für beide DWD-Hitzewarnstufen festgelegt, welche Stellen informiert werden, welche Maßnahmen ausgelöst werden und wer verantwortlich handelt; Vertretungen und Mindestmaßnahmen werden vorab geregelt.

Baustein 2 – Kontakt und freiwillige Ansprache. Bei Hitze können beispielsweise vereinbarte Telefonkontakte, Besuche im Rahmen bestehender Aufgaben oder verstärkte aufsuchende Arbeit angeboten werden. Möglichst wird an bestehende Pflege-, Behandlungs-, Beratungs-, Betreuungs- oder Streetwork-Kontakte und damit an vorhandene soziale Hilfestrukturen angeknüpft. [1] Die Teilnahme ist freiwillig. [12, 13]

Baustein 3 – Zugangshilfe. Zugangshilfen informieren, vermitteln, begleiten und unterstützen nichtmedizinisch. Dies kann etwa durch Beratungsstellen oder Streetwork erfolgen. Sie sollen Mobilitäts-, Sprach-, Informations- und Kostenbarrieren abbauen und Menschen zu passenden Schutzangeboten oder weiterer Hilfe führen. [8, 10]

Baustein 4 – Schutzangebot. Schutzangebote müssen bei Warnlagen geöffnet, geeignet und ausreichend sein; sie sollen möglichst wohnortnah und barrierefrei erreichbar sowie kostenfrei nutzbar sein. Trinkwasser sowie analoge und mehrsprachige Bekanntmachung sind zur Verfügung zu stellen. Weiterleitungs- und Notfallwege werden vorab festgelegt. Vorhandene Hitzeschutzpläne von

Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sollen mit der regionalen Aktivierungslogik verzahnt und bestehende Lücken geschlossen werden. [10, 14, 15]

Baustein 5 – Rückmeldung und Auswertung. Während Warnlagen melden beteiligte Stellen Engpässe und Ausfälle zurück; nach der Saison werden Abläufe, Reichweite, Nutzung, Zugänglichkeit und Kosten ausgewertet und angepasst. Dies ergänzt das landesweite Klimafolgenmonitoring um eine lokale Prozessauswertung. [1–3]

Rahmen für die Umsetzung

Steuerung und Pilotzuschnitt. Erprobt wird in drei bis vier Kreisen oder kreisfreien Städten, die unterschiedliche Stadt- und Flächenstrukturen abbilden. Dieser Zuschnitt verbindet kreisweite Koordination mit einer Umsetzung in den Gemeinden. Größere, kreisübergreifende Pilotregionen sind nicht vorgesehen. Besondere Küsten-, Insel- oder Tourismuslagen können innerhalb eines Kreises als klar abgegrenzte Teilräume mit eigenen Abläufen berücksichtigt werden. Im Pilot setzt das Land einen operativen Umsetzungsrahmen im Einklang mit der Klimaanpassungsstrategie, finanziert die Erprobung und organisiert die unabhängige Auswertung. Für jede Pilotregion wird eine verantwortliche Koordinierungsstelle vereinbart. Beteiligte Gemeinden, Einrichtungen und freie Träger gestalten die örtliche Umsetzung; zusätzlicher Personal- und Sachaufwand wird im regionalen Aufgaben- und Kostenplan abgebildet. Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben fachlich beraten und unterstützen. [16]

Rechtlicher und kommunaler Rahmen. § 33 EWKG verpflichtet Kreise und kreisfreie Städte zur Erstellung von Klimaanpassungskonzepten; darin kann Hitzeschutz planerisch und organisatorisch verankert werden. Konkrete Kontakt-, Fahr- oder Hilfsangebote regelt die Vorschrift selbst nicht. Sollen solche Leistungen später als neue oder wesentlich erweiterte kommunale Pflichtaufgaben ausgestaltet werden, sind Aufgabenübertragung, Finanzierung und gegebenenfalls Konnexität gesondert zu regeln. [17, 18]

Finanzierung. Die Pilotphase braucht eine zweckgebundene, mehrjährige Landesfinanzierung für Koordination, vorbereitete Kontakt- und Zugangshilfen, mobile Hilfen, Schulungen, Evaluation sowie kleinere Investitionen. Zusätzlicher Personal- und Sachaufwand der beteiligten Kommunen, Einrichtungen und freien Träger wird im regionalen Aufgaben- und Kostenplan ausgewiesen. Kranken- und Pflegekassen können nur im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben und Förderkriterien beteiligt werden. [19, 20]

Evaluation und Entscheidung. Der Pilot prüft Machbarkeit, Reichweite, Nutzung, Zugänglichkeit, Kosten und Übertragbarkeit. Nach der ersten Saison wird eine Zwischenbilanz vorgelegt; zwischen den Hitzesaisons werden Abläufe angepasst. Bleiben relevante Warnlagen aus, ergänzen standardisierte Übungen die Prozessprüfung. Nach der Auswertung wird über dauerhafte Landesstandards, Förderung oder einen gesetzlichen Rahmen entschieden. [3]

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Der zusätzliche Nutzen des Piloten liegt darin, bekannte Maßnahmen nicht nebeneinander stehen zu lassen, sondern ihr Zusammenspiel als überprüfbaren Ablauf zu organisieren. So kann ermittelt werden, welche Mindeststandards landesweit übertragbar sind, wo regionale Anpassung erforderlich ist und welcher Personal- und Finanzierungsbedarf tatsächlich entsteht. Die Trennung von Kontakt, Zugang und Schutz richtet die Umsetzung ausdrücklich auch auf Menschen aus, die Warnungen oder Angebote nicht ohne Unterstützung nutzen können. Die Pilotphase schafft damit eine belastbare Grundlage für eine spätere Entscheidung über Landesstandards, Förderung oder einen gesetzlichen Rahmen.

6. Referenzen

- [1] Ministerium für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.). (2026, März). Strategie des Landes Schleswig-Holstein zur Anpassung an die Folgen des Klimawandels. [Online](#)
- [2] Schäfer, P., Andreas, M., Braun, P., Brüggemeier, C., Busalt, S., Frevert, A., Hoeppe, A., Lintener, H., Müller, S., Oster, N., Weiler, M., & Sniehotta, F. (2025). Implementierung von Klimaanpassung und Hitzeschutz im Öffentlichen

Gesundheitsdienst (ÖGD). Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, modifizierte Fassung vom 26. Mai 2025. [PDF](#)

- [3] Janson, D., Kaiser, T., Kind, C., Hannemann, L., Nickl, J., & Grewe, H. A. (2023). Analyse von Hitzeaktionsplänen und gesundheitlichen Anpassungsmaßnahmen an Hitzeextreme in Deutschland (Umwelt & Gesundheit 03/2023). Umweltbundesamt. [Online](#)
- [4] Schleswig-Holsteinischer Landtag. (2026, 27. August). Hitzeschutz: Streit um Tempo und Maßnahmen. Plenumsbericht zu Drs. 20/4720 und 20/4752. [Online](#)
- [5] Ministerium für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.). (2026, März). Klimaanalyse Schleswig-Holstein. Fachliche Bearbeitung und Redaktion: Bosch und Partner GmbH. [PDF](#)
- [6] Winklmayr, C., Matthies-Wiesler, F., Muthers, S., Buchien, S., Kuch, B., an der Heiden, M., & Mücke, H.-G. (2023). Hitze in Deutschland: Gesundheitliche Risiken und Maßnahmen zur Prävention. Journal of Health Monitoring, 8(S4), 3–34. [DOI](#)
- [7] Bolte, G., Dandolo, L., Gepp, S., Hornberg, C., & Lopez Lumbi, S. (2023). Klimawandel und gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Eine Public-Health-Perspektive auf Klimagerechtigkeit. Journal of Health Monitoring, 8(S6), 3–38. [DOI](#)
- [8] Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen (LfGA NRW) (Hrsg.). (2026, Juni). Hitzeschutz für Menschen ohne Wohnung oder Obdach: Handlungshilfe. Bochum. [PDF](#)
- [9] Schleswig-Holsteinischer Landtag. (2026, 23. Juli). Hitzeschutzmaßnahmen in Schleswig-Holstein – Teil 1 und 2 (Drucksachen 20/4630 und 20/4631). [Teil 1](#); [Teil 2](#)
- [10] Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels“. (2017). Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit. [PDF](#)
- [11] Deutscher Wetterdienst. (o. D.). Hitzewarnsystem. Abgerufen am 5. August 2026. [Online](#)
- [12] Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung [EU] 2016/679), insbesondere Art. 4 Nr. 7 sowie Art. 5–7, 9, 13, 17, 25 und 32. [Amtliche Fassung](#)
- [13] Landesdatenschutzgesetz Schleswig-Holstein (LD SG) sowie Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), insbesondere §§ 67 ff. SGB X. [LD SG](#); [SGB X](#)
- [14] Bundesministerium für Gesundheit. (2024). Bundesempfehlung: Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser. [PDF](#)
- [15] Qualitätsausschuss Pflege. (2024, 28. März; geändert am 11. Dezember 2024). Bundeseinheitliche Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten. [PDF](#)
- [16] Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG), insbesondere §§ 6 und 9. [Amtliche Fassung](#)
- [17] Gesetz über die Energiewende, den Klimaschutz und die Anpassung an die Folgen des Klimawandels (Energiewende- und Klimaschutzgesetz – EWKG), insbesondere §§ 32, 33 und 41. [Amtliche Fassung](#)
- [18] Verfassung des Landes Schleswig-Holstein, insbesondere Art. 57 Abs. 2, sowie Konnexitätsausführungsgesetz (KonnexitätsAusfG), insbesondere §§ 3 und 4. [Verfassung](#); [KonnexitätsAusfG](#)
- [19] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), insbesondere §§ 20 und 20a, sowie Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), insbesondere § 5. [§ 20 SGB V](#); [§ 20a SGB V](#); [§ 5 SGB XI](#)
- [20] GKV-Spitzenverband. (2025). Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V, Fassung vom 17. Dezember 2025. Berlin. [PDF](#)

Impuls 9: Prävention nach Bedarf – Gesundheit dorthin bringen, wo sie gebraucht wird

1. Kurzzusammenfassung

Prävention erreicht oft gerade jene Menschen nicht, die den höchsten gesundheitlichen Bedarf haben. Wer wenig Zeit, Geld oder Gesundheitswissen hat, nutzt freiwillige Kurse und digitale Angebote seltener. Internationale Erfahrungen zeigen: Besonders gerecht wirken Maßnahmen mit niedrigen Hürden, welche gesunde Lebensbedingungen schaffen. [1, 2] Schleswig-Holstein verfügt bereits über viele Projekte, doch was fehlt, ist eine festere Verbindung von Bedarf und Geld. Wir schlagen deshalb ein Landesprogramm Prävention nach Bedarf vor. Es finanziert aufsuchende Angebote und Verhältnisprävention dort stärker, wo Krankheitslast und soziale Belastung besonders hoch sind.

2. Politische Forderungen

Wir fordern:

- Ein eigenes, mehrjähriges Landesprogramm für Prävention in besonders belasteten Gemeinden und Quartieren.
- Eine Mittelverteilung nach gesundheitlichem und sozialem Bedarf.
- Verlässliche Landesmittel für aufsuchende Prävention und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen. Finanzschwache Kommunen sollen keinen oder nur einen geringen Eigenanteil leisten müssen.

3. Problembeschreibung

Prävention begrenzt vermeidbare Folgekosten und hält mehr Menschen gesund, lernfähig und erwerbsfähig. [3] Im Landeshaushalt 2026 sind in der Maßnahmegruppe „Gesundheitsförderung und Prävention“ 430.000 Euro veranschlagt. [4] Eine nennenswerte bedarfsabhängige Förderung der Kommunen existiert bislang nicht. Viele Präventionsangebote folgen einer Komm-Struktur. Menschen müssen von ihnen wissen, sich anmelden, Zeit freihalten und mitunter eigene Kosten tragen. Das begünstigt Gruppen, die ohnehin bessere Gesundheitschancen haben. Reine Informations- und Verhaltensangebote können soziale Unterschiede deshalb sogar vergrößern. Wirksamer sind gute Lebensbedingungen und gezielte Hilfen, die konkrete Hürden abbauen. [1]

In Schleswig-Holstein können über die Landesrahmenvereinbarung trägerübergreifende Projekte gefördert werden. Die Förderung läuft jedoch über Anträge und einzelne Projektentscheidungen. [5] Auch das Landesmodell der kommunalen Präventionsketten bleibt zunächst auf zwei Standorte und drei Jahre begrenzt. [6] Gleichzeitig macht das neue Sozial- und Gesundheitsmonitoring regionale Unterschiede sichtbar. [7] Daten allein verändern aber noch keine Lebensbedingungen. Die in Entwicklung befindliche Landespräventionsstrategie wird daher auch festlegen müssen, wie aus festgestelltem Bedarf dauerhaft mehr Unterstützung wird. [8]

4. Lösungsbeschreibung

Das Land richtet im Haushalt ein eigenes substanzielles Präventionsbudget ein (Größenordnung: 20 Mio. €). Die Mittel werden nicht allein nach der Qualität eines Förderantrags vergeben. Entscheidend sind nachvollziehbare Belastungen in der Region: etwa Armut, Krankheitslast, Pflegebedarf, Altersstruktur und Zugangsbarrieren. Wo der Bedarf größer ist, fällt die Förderung höher aus. Die Zusagen gelten mehrjährig. Neben Sachmitteln müssen auch Personal und kleine Investitionen förderfähig sein. So können Kommunen Strukturen aufbauen, statt immer neue befristete Einzelprojekte zu verwalten.

Gefördert werden zwei Arten von Maßnahmen. Erstens braucht es Zugeh-Strukturen. Gesundheitslotsinnen und -lotsen sprechen Menschen in ihrem Alltag an, vereinbaren Termine, helfen bei Sprache und Mobilität und bleiben bis zur tatsächlichen Nutzung eines Angebots erreichbar. Ihr Auftrag muss konkret sein: Etwa mehr Impfungen und Früherkennung oder eine bessere Kontrolle von Bluthochdruck. Für solche klar ausgerichteten Community-Health-Worker- und Navigationsansätze gibt

es gute Wirksamkeitsbelege. [9, 10] Aber auch die im Leitantrag „Ein solidarisches Gesundheitssystem in jeder Lebensphase“ der SPD Schleswig-Holstein vorgeschlagene „GemeindeschwesterPlus“ stellt ein Zugeh-Angebot dar. Sie erreicht ältere Menschen durch freiwillige präventive Hausbesuche frühzeitig, erfasst Unterstützungsbedarfe und vermittelt in passende Angebote. [11, 12]

Zweitens finanziert das Programm Verhältnisprävention. Dazu gehören sichere Wege, Grün und Schatten, wohnortnahe Bewegungsräume sowie gesundes Essen in öffentlichen Einrichtungen. Die Kommunen entscheiden, welche Mischung vor Ort passt. Sie nutzen bestehende Strukturen wie Gesundheitsämter, soziale Träger, Schulen und kommunale Präventionsfachkräfte. Das Land setzt den Rahmen, finanziert mehrjährig und prüft die Ergebnisse. Mittel der Krankenkassen werden eingebunden, ersetzen aber nicht die Verantwortung des Landes.

Die Auswertung prüft, ob belastete Bevölkerungsgruppen tatsächlich erreicht wurden und ob sich vorher festgelegte Ziele verbessern. Wirksame Ansätze werden weiterfinanziert. Unwirksame Maßnahmen werden verändert oder beendet.

5. Gesellschaftlicher Mehrwert

Prävention nach Bedarf macht aus einem allgemeinen Ziel eine verlässliche Landesaufgabe. Sie stärkt Gemeinden, denen für Prävention bislang Geld und Personal fehlen. Sie erreicht Menschen, bevor Krankheit und Pflegebedürftigkeit entstehen oder sich verschärfen. Vor allem sorgt sie für mehr Gerechtigkeit: Gesundheit hängt dann weniger davon ab, ob jemand selbst den richtigen Kurs, Antrag oder Zugang findet.

6. Referenzen

- [1] Hayre, J.; Canning, E.; Pearce, H.; Khera, R.; Ford, J. (2026): Public health policies and interventions to address health inequities in high-income countries: an umbrella review. *BMC Public Health* 26, 473. DOI: 10.1186/s12889-025-25876-2.
- [2] World Health Organization (2024): Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2. Auflage. ISBN 978-92-4-009107-8.
- [3] Masters, R. et al. (2017): Return on investment of public health interventions: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health* 71, 827–834. DOI: 10.1136/jech-2016-208141.
- [4] Finanzministerium Schleswig-Holstein (2026): Landeshaushaltsplan 2026, Einzelplan 09, Kapitel 0915, Maßnahmegruppe 04 „Gesundheitsförderung und Prävention“, S. 128–129. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [5] Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein: Geschäftsstelle der Steuerungsgruppe Landesrahmenvereinbarung. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [6] Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung Schleswig-Holstein (2025): Landesmodellvorhaben Kommunale Präventionsketten. Onepager, Juni 2025. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [7] Landesregierung Schleswig-Holstein (2026): Informationen zum Sozial- und Gesundheitsmonitoring Schleswig-Holstein. Stand 19.02.2026. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [8] Ministerium für Justiz und Gesundheit Schleswig-Holstein (2025): Präventionsstrategie für Schleswig-Holstein. Mitteilung vom 05.11.2025. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [9] Community Preventive Services Task Force (2015): Heart Disease and Stroke Prevention: Interventions Engaging Community Health Workers. The Community Guide. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [10] Community Preventive Services Task Force (2026): Cancer Screening: Patient Navigation Services to Increase Colorectal Cancer Screening and Advance Health Equity. Aktualisierte Empfehlung, Juli 2026. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [11] SPD Schleswig-Holstein: Ein solidarisches Gesundheitssystem in jeder Lebensphase. Leitantrag. Beschlussdatenbank der SPD Schleswig-Holstein. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).
- [12] Küppers, K.; Urbanski-Rini, D.; Püschner, F. (2023): Evaluation des Projekts „Gemeindeschwesterplus“. Ergebnisbericht. Hrsg. GKV-Spitzenverband, Berlin. [Online](#) (abgerufen am 26.09.2026).

Hinweise zur Nutzung von KI

Bei der Erstellung dieses Impulspapiers wurden KI-Anwendungen unterstützend eingesetzt – insbesondere für Literaturrecherchen, die Erstellung von Abbildungen, die Formatierung und die sprachliche Überarbeitung von Textpassagen. Die politischen Positionen, Bewertungen und Forderungen wurden von den beteiligten Autor*innen entwickelt. Die vollständige Verantwortung für Inhalte, Quellen und Schlussfolgerungen trägt der Vorstand der ASG Schleswig-Holstein.

Impressum

Erarbeitet und herausgegeben von

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) im SPD-Landesverband Schleswig-Holstein. Besonderer Dank gilt Dietrich Häffner (Impulse 1-3, 5), Ralph Weimann (Impulse 1-3), Michael Faerber (Impulse 4 + 8), Karl-Heinz Malyssek (Impuls 5), Jacqueline Muess (Impulse 6+7), Juliane Dürkop (Impulse 7+9) und Paul-Gerhard Haas (Impuls 9) für die Gestaltung bzw. Mitentwicklung der Textbeiträge sowie allen Mitgliedern und Gästen der ASG für die Bereicherung der Ideen in zahlreichen Diskussionen und Debatten.

Redaktionelle Koordination und Kontakt

Dr. med. Friedrich von Samson-Himmelstjerna
friedrichvonsamson.spd@gmx.de

Veröffentlicht am

29.09.2026