

12. September 2024

---

**Stellungnahme**  
**der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft**  
**zur Drucksache 20/2135 des Schleswig-Holsteinischen Landtags**  
**Versorgung sichern - gemeinsame Krankenhausplanung mit Ham-**  
**burg auf den Weg bringen**

---

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft dankt dem Schleswig-Holsteinischen Landtag für die Möglichkeit, zu der Drucksache 20/2135 Stellung zu nehmen.

Die Drucksache 20/2135 schlägt eine Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel einer gemeinsamen Krankenhausplanung zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg vor, die folgende Punkte zum Inhalt haben soll:

- die planerische Versorgung der Bevölkerung in beiden Ländern,
- die Förderung von Synergien in der hochkomplexen Spezialversorgung,
- die Identifikation und den Abbau von Doppelstrukturen sowie
- die jeweils erforderliche Anpassung landeseigener Finanzierungsregelungen für eine gemeinsame Investitionsfinanzierung

Von 1989 bis 2018 bestand bereits eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit der Länder Schleswig-Holstein und Hamburg im Bereich der Krankenhausversorgung. Danach stellte Hamburg die so genannte Schwerpunktversorgung im Krankenhaus für die Bevölkerung im Schleswig-Holsteinischen Umland sicher.

35 Prozent der Patienten in den Hamburger Krankenhäusern sind nach wie vor Patienten aus dem Umland, ein Großteil (20 Prozent) aus Schleswig-Holstein, 15 Prozent aus Niedersachsen. Krankenhäuser an der Landesgrenze sind davon naturgemäß in einem größeren Ausmaß betroffen als die Krankenhäuser im Zentrum.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird die Methodik der Krankenhausplanung bundesweit einheitlich auf Leistungsgruppen umgestellt. Daher bietet die einheitliche Planungssystematik eine gute Grundlage für eine länderübergreifende Betrachtung.

Gleichzeitig wird eine Vorhaltefinanzierung eingeführt. Sowohl durch die Planung nach Leistungsgruppen, als auch den Berechnungsmodus der Vorhaltefinanzierung über Landesbudgets werden Planungsentscheidungen unmittelbarer als bisher finanzierungswirksam.

Eine aus Hamburger Perspektive ungelöste Problematik stellt die Investitionsfinanzierung der Länder dar. In den von Hamburg investiv geförderten Hamburger Krankenhäusern werden zu 35 % Patienten mit Wohnsitz außerhalb Hamburgs behandelt, ohne dass bislang hierfür ein finanzieller Ausgleich erfolgt. Als gerecht würde es aus Hamburger Sicht erscheinen, wenn sich Schleswig-Holstein in einem den schleswig-holsteinischen Patien-

tenanteilen entsprechenden Umfang an der Investitionsfinanzierung der Hamburger Krankenhäuser beteiligte. Hier sollte nach einer sachgerechten Lösung gesucht werden.

## **1 Planerische Versorgung der Bevölkerung in beiden Ländern**

---

Mit den gesetzlichen Vorgaben des KHVVG stellt sich in allen Bundesländern die Notwendigkeit, die Krankenhauspläne auf die Systematik nach Leistungsgruppen umzustellen. Dieses Vorgehen bietet die Gelegenheit, die Krankenhauspläne auch im zeitlichen Verlauf (Inkrafttreten, Geltungsdauer) zu synchronisieren. In der ersten Planungsperiode nach Leistungsgruppen kann es zu Veränderungen gegenüber den heutigen Versorgungsaufträgen kommen. Nach der Prüfung der für die Leistungsgruppen vorgegebenen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst bleibt den Ländern als Planungsinstrument eine etwaige Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern zu treffen. Solche Auswahlentscheidungen der Länder sollten untereinander abgestimmt erfolgen, um unbeabsichtigte Versorgungslücken an den Landesgrenzen zu vermeiden. Eine länderübergreifende Simulation von Planungsentscheidungen wäre wünschenswert.

Etwaige Umwandlungen von Krankenhäusern in regionale Gesundheitszentren bieten landesgrenzenübergreifend interessante (Kooperations-)möglichkeiten für Verlegungen und Weiterbehandlung. Daher sind solche Projekte von gegenseitigem Interesse, worüber informiert werden sollte.

Ab 2027 sind zusätzlich die Mindestvorhaltezahlen zu berücksichtigen, da ansonsten kein Vorhaltebudget ausgezahlt werden kann.

In einem Rahmenplan könnten beide Bundesländer, zumindest für die Metropolregion, in relevanten Planungsgebieten gemeinsame Versorgungsziele definieren. Schleswig-Holstein und Hamburg könnten für verschiedene Indikationsbereiche fallabschließende Behandlungsketten unter Einbezug der Rehabilitation, Kurzzeitpflege und ambulanten Versorgung bilden.

Im weiteren zeitlichen Verlauf nach Inkrafttreten der Krankenhauspläne nach Leistungsgruppen sollten sich die Planungsgremien der Länder gegenseitig über die Anträge der Krankenhäuser zur Krankenhausplanung informieren und eine Möglichkeit der Stellungnahme einräumen.

Die Erstellung des Krankenhausplans und die Umsetzung durch die Feststellungsbescheide müssen weiterhin landesindividuell erfolgen, um Rechtssicherheit zu gewährleisten und die Planungsentscheidungen und -prozesse nicht zusätzlich zu komplizieren.

Landesindividuelle Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser sind zu vermeiden, da ansonsten das Anforderungsniveau zwischen den Krankenhäusern an der Landesgrenze bei gleichem Erlös unterschiedlich definiert wird.

Die komplementären Bereich Rehabilitation, Kurzzeitpflege/ Pflege sowie die ambulante Anschlussversorgung könnten ebenfalls von einer landesgrenzenübergreifenden Betrachtung profitieren, um Versorgungsengpässe zu identifizieren und zu beheben.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft spricht sich für die Wiederaufnahme der Kooperation bei der Krankenhausplanung der beiden Länder aus. Diese sollte durch abgestimmte Versorgungsziele, eine gemeinsame Rahmenplanung und fortlaufende Information und Möglichkeit zur Stellungnahme des jeweils anderen Bundeslandes mit Leben erfüllt werden. Die planerische Hoheit muss hingegen im Land verbleiben.

## **2 Förderung von Synergien in der hochkomplexen Spezialversorgung**

---

Die hochkomplexe Spezialversorgung an Universitätsklinika, Maximalversorgern und hochspezialisierten Fachkliniken sollte gegenseitig transparent gemacht werden. Ob sich hieraus Abstimmungsbedarfe oder Synergien ergeben, bedarf einer leistungsbezogenen Betrachtung und Berücksichtigung der Patientenströme und Fallzahlen sowie weiterer Kriterien, wie Verfügbarkeit von Fachpersonal etc..

Kooperationen sind künftig auch per VIDEO-Konferenzen/ Telemedizin (telemedizinische Kooperation gestattet. Diese Perspektive sollte offensiv genutzt und ausgebaut werden. Sie bietet die Möglichkeit, in Netzwerken die fachärztliche/ spezialfachärztliche Versorgung auch in der Fläche sicherzustellen.

## **3 Identifikation und Abbau von Doppelstrukturen**

---

Bei einer länderübergreifenden Betrachtung könnten im Zuge einer zukünftigen Krankenhausplanung sowohl Doppelstrukturen als auch Versorgungslücken identifiziert und nach möglichen Lösungen gesucht werden. Perspektivisch ist grundsätzlich mit einer Verknappung des Leistungsangebots aufgrund fehlender Finanzierung und des Fachkräftemangels zu rechnen, als mit einem Überangebot. Die Herausforderung liegt eher darin, die Versorgung weiterhin umfassend sicherzustellen.

In der Fläche muss eine erreichbare Versorgungsstruktur erhalten bleiben, die in telemedizinisch unterstützte Versorgungsnetzwerke eingebunden ist. Hierbei sind Landesgrenzen nachrangig zu betrachten.

Die Krankenhauspläne müssen auch zukünftig Wachstum ermöglichen, wenn der Bedarf nach bestimmten Leistungen steigt. Außerdem müssen weiterhin neue Leistungsangebote aufgebaut werden und Innovationen Eingang in die Versorgung finden können. Auch hier wäre eine gegenseitige Information und Abstimmung hilfreich.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft spricht sich dafür aus, in der Metropolregion die spezialisierten und hochspezialisierten Leistungsangebote für das schleswig-holsteinische Umland, in Hamburger Krankenhäusern zu konzentrieren.

## **4 Anpassung landeseigener Finanzierungsregelungen für eine gemeinsame Investitionsfinanzierung**

---

Die Problematik der fehlenden gemeinsamen Investitionsfinanzierung und unterschiedliche Verfahrensweisen während der Zusammenarbeit der Länder war 2018 der wesentliche Grund für die Rückkehr zum Territorialprinzip. Eine neue gemeinsame Krankenhausrahmenplanung würde sinnvollerweise eine Anpassung der Investitionsfinanzierung der beiden Länder miteinschließen. Planerische Berücksichtigung der Strukturen jenseits der jeweiligen Bundeslandgrenzen und der hierdurch legitimierten Patientenströme legt eine gemeinsam getragene nutzungsabhängige Krankenhausinvestitionsfinanzierung nahe. Methodisch stehen als leistungsabhängige Bemessungsgröße des Investitionsbedarfs die Investitionsbewertungsrelationen (IBWR) zur Verfügung.

Es wird daher der Vorschlag unterbreitet, den Investitionsbedarf schleswig-holsteinischer Patientinnen und Patienten in Hamburg – und umgekehrt – nach gegenseitiger Inanspruchnahme anhand der IBWR zu beziffern und durch das andere Land auszugleichen.

Dies erforderte in beiden Bundesländern die Bereitschaft, den über die IBWR errechneten Betrag auswärtiger Patienten dem jeweils anderen Bundesland zu bezahlen.

## **5 Weiterbildung/ Fachkräfte**

---

Das KHVVG wird Folgen für die ärztliche Weiterbildung haben. Durch die kleinteiligere Planungspraxis nach Leistungsgruppen kann es schwieriger werden, die benötigten Weiterbildungsinhalte an einem Krankenhaus zu erwerben. Weiterbildungsverbände sind in höherem Maße als bisher erforderlich. Daher ist eine engere Kooperation in Weiterbildungsverbänden auch über Landesgrenzen hinweg erforderlich, um attraktive ärztliche Weiterbildung anbieten zu können. Hierbei ist sicherzustellen, dass die Weiterbildungsordnungen der beiden Landesärztekammern aufeinander abgestimmt sind und es nicht zu inhaltlichen Brüchen kommt.

Weiterbildung in der Pflege unterliegt dem Landesrecht. Insofern sind auch hier die rechtlichen Grundlagen anzupassen. Die bundeseinheitliche Assistenzausbildung ist ein richtiger und wichtiger Schritt.

Vor dem Hintergrund des knappen Personals in den Krankenhäusern ist alles zu unternehmen, das Personal in Aus- und Weiterbildung anzieht und dies länderübergreifend erleichtert. (Musterbeispiel [Küstenländer-Weiterbildung](#))

Da das Personal bei der Auswahl des Arbeitsortes nicht primär die Ländergrenzen vor Augen haben wird, macht möglicherweise eine gemeinsame Fachkräftestrategie („im Norden arbeiten und leben“) Sinn, um Fachkräfte aus anderen Regionen Deutschlands oder dem Ausland sowohl nach Hamburg als auch nach Schleswig-Holstein zu locken.

## **6 Notfallversorgung**

---

Mit der Reform der Notfallversorgung sollen die Standorte der INZ/ KINZ nach derzeitigem Stand über den erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt werden. Die Länder haben lediglich bei Nicht-Einigung ein Letztentscheidungsrecht. Für diesen Fall ist es wichtig, dass dies zwischen den Ländern abgestimmt erfolgt, resp. transparent gemacht wird.

Eine ausreichende Anzahl von INZ/ KINZ ist erforderlich, um Überlastungen zu vermeiden. Bei Anzahl der INZ/ KINZ muss die Bevölkerungszahl des Hamburger Umlandes für die Planungsregion mitberücksichtigt werden.

In der stationären Notfallversorgung bereitet Hamburg die umfassende Einführung des Krankenhaus-Kapazitätennachweises vor. Schleswig-Holstein hat das System bereits etabliert. Die Versorgung der Notfälle kann dort perspektivisch besser gesteuert werden. Hamburg nimmt weiterhin die spezialisiertere Versorgung von Notfällen aus der Metropolregion wahr. Niedersachsen verwendet das System IVENA für die Notfallzuführung. Hamburg und Schleswig-Holstein sollten sich gemeinsam dafür einsetzen, dass auch mit IVENA ein Datenaustausch über die Krankenhaus-Kapazitäten erfolgen kann.

An einer vereinheitlichten Datenbasis, Transparenz über das Versorgungsgeschehen und gemeinsamen Regelungen (Abmeldungen etc.) sollte weitergearbeitet werden.