

Bestandsaufnahme zur

Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

in den Bundesländern

2022

- Stand: Dezember 2022 -

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
TABELLENVERZEICHNIS	V
1 VORBEMERKUNGEN	1
2 RECHTSGRUNDLAGEN.....	2
2.1 KRANKENHAUSPLANUNG	2
2.2 INVESTITIONSFINANZIERUNG	3
2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz	3
2.2.2 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung	5
2.2.3 Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich Hochschulkliniken.....	11
2.2.4 Strukturfonds	12
2.2.5 Krankenhauszukunftsfonds.....	15
2.2.6 Kommunale Beteiligung an der Investitionsfinanzierung	19
2.2.7 Kommunalinvestitionsförderungsfonds.....	22
2.3 LANDESGREMIUM NACH § 90A SGB V	26
3 KRANKENHAUSPLANUNG	27
3.1 METHODEN UND GUTACHTEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	27
3.1.1 Die Hill-Burton-Formel.....	27
3.1.2 Dornier/IGES-Gutachten	28
3.1.3 IGSF/Beske-Gutachten	28
3.1.4 Rüschmann (GSbG)-Gutachten.....	29
3.1.5 BASYS/I+G-Gutachten	29
3.1.6 GEBERA-Gutachten	29
3.1.7 Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen.....	30
3.1.8 Gutachten der Monopolkommission	30
3.2 ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND	30
3.3 KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	45
3.3.1 Baden-Württemberg.....	45
3.3.2 Bayern.....	46
3.3.3 Berlin	48
3.3.4 Brandenburg	50
3.3.5 Bremen.....	52
3.3.6 Hamburg	54
3.3.7 Hessen	56
3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern	58
3.3.9 Niedersachsen	59
3.3.10 Nordrhein-Westfalen	61
3.3.11 Rheinland-Pfalz.....	62
3.3.12 Saarland	64
3.3.13 Sachsen	66
3.3.14 Sachsen-Anhalt.....	69
3.3.15 Schleswig-Holstein.....	71
3.3.16 Thüringen	72
3.4 WEITERE VORGABEN IM RAHMEN DER KRANKENHAUSPLANUNG BZGL. DER NOTFALLVERSORGUNG, QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN, AUSBILDUNGSSTÄTTEN, DER FRÜHREHABILITATION SOWIE TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN	75
3.5 ABGRENZUNG VON VERSORGUNGSSTUFEN IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	83
4 INVESTITIONSFINANZIERUNG	84
4.1 GESAMTENTWICKLUNG UND INVESTITIONSQUOTE.....	84
4.2 EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERUNG.....	90
4.3 INVESTITIONSFÖRDERUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	92
4.4 VERORDNUNGEN DER BUNDESLÄNDER ZUR PAUSCHALFÖRDERUNG NACH § 9 ABS. 3 KHG BZW. ZUR INVESTITIONSPAUSCHALE.....	101
5 ANHANG	119
5.1 KHG-FÖRDERMITTEL, 1991 BIS 2021 – GESAMT	119
5.2 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2021– PAUSCHALFÖRDERUNG.....	121

5.3	KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2021 – EINZELFÖRDERUNG	123
5.4	VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG INNERHALB DER KRANKENHAUSPLÄNE	125
5.5	VORGABEN ZU QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	130
5.6	VORGABEN ZU AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	183
5.7	VORGABEN ZUR FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	185
5.8	VORGABEN ZU TEILSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	187

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 3.1: ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUS- UND BETTENZAHLEN VON 1991 BIS 2020	31
ABBILDUNG 3.2: ENTWICKLUNG DER BETTENDICHTE VON 1991 BIS 2020	32
ABBILDUNG 3.3: ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNGSFÄLLE UND BESCHÄFTIGTENZAHLEN VON 1991 BIS 2020.....	33
ABBILDUNG 3.4: ENTWICKLUNG DER BESCHÄFTIGTENZAHLEN BIS 2020 (INDEXIERT, 1991 = 100)	33
ABBILDUNG 3.5: ENTWICKLUNG DER VERWEILDAUER IN TAGEN VON 1991 BIS 2020	34
ABBILDUNG 3.6: KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IN DEN JAHREN 1991, 2005 UND 2020 .	35
ABBILDUNG 3.7: AUFGESTELLTE BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IN 2005 UND 2020	35
ABBILDUNG 3.8: KRANKENHÄUSER NACH BUNDESLAND UND TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2020, IN PROZENT	36
ABBILDUNG 3.9: AUFGESTELLTE BETTEN NACH BUNDESLAND UND TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2020, IN PROZENT	37
ABBILDUNG 3.10: KRANKENHAUSPLANUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG	45
ABBILDUNG 3.11: KRANKENHAUSPLANUNG IN BAYERN	47
ABBILDUNG 3.12: KRANKENHAUSPLANUNG IN BERLIN.....	49
ABBILDUNG 3.13: KRANKENHAUSPLANUNG IN BRANDENBURG	52
ABBILDUNG 3.14: KRANKENHAUSPLANUNG IN BREMEN	54
ABBILDUNG 3.15: KRANKENHAUSPLANUNG IN HAMBURG.....	55
ABBILDUNG 3.16: KRANKENHAUSPLANUNG IN MECKLENBURG-VORPOMMERN	59
ABBILDUNG 3.17: KRANKENHAUSPLANUNG IN NIEDERSACHSEN	60
ABBILDUNG 3.18: KRANKENHAUSPLANUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN	61
ABBILDUNG 3.19: KRANKENHAUSPLANUNG IN RHEINLAND-PFALZ	63
ABBILDUNG 3.20: BETTENNUTZUNGSGRAD SACHSEN	67
ABBILDUNG 3.21: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN	68
ABBILDUNG 3.22: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN-ANHALT	70
ABBILDUNG 3.23: KRANKENHAUSPLANUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN.....	72
ABBILDUNG 3.24: KRANKENHAUSPLANUNG IN THÜRINGEN	74
ABBILDUNG 4.1: ENTWICKLUNG DER NOMINALEN KHG-MITTEL IN MIO. EURO UND IM VERHÄLTNIS ZUM BIP IN PROZENT VON 1991 BIS 2021	85
ABBILDUNG 4.2: ENTWICKLUNG DER KHG-MITTEL, DES BIP UND DER BEREINIGTEN KOSTEN DER KRANKENHÄUSER VON 1991 BIS 2020 (INDEXIERT).....	86
ABBILDUNG 4.3: ENTWICKLUNG DER NOMINALEN UND PREISBEREINIGTEN KHG-MITTEL VON 1991 BIS 2021 (INDEXIERT).....	87
ABBILDUNG 4.4: ENTWICKLUNG DER PREISBEREINIGTEN KHG-MITTEL JE FALL, JE KHG-BETT UND JE EINWOHNER (INDEXIERT) BIS 2020.....	88
ABBILDUNG 4.5: KRANKENHAUS-INVESTITIONSQUOTE UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE INVESTITIONSQUOTE VON 1991 BIS 2020.....	89
ABBILDUNG 4.6: KRANKENHAUS-INVESTITIONSQUOTE DIFFERENZIIERT NACH BUNDESLÄNDERN FÜR DIE JAHRE 2019 UND 2020	93

ABBILDUNG 4.7: KHG-MITTEL JE KHG-BETT DIFFERENZIERT NACH BUNDESLÄNDERN FÜR DIE JAHRE 2019 UND 2020	94
ABBILDUNG 4.8: SUMME DER KHG-MITTEL JE KHG-BETT VON 1991 BIS 2020.....	95
ABBILDUNG 4.9: KHG-MITTEL JE FALL, JE PLANKRANKENHAUSFALL UND JE CASEMIXPUNKT FÜR DIE JAHRE 2019 UND 2020	96
ABBILDUNG 4.10: KHG-MITTEL 2020 JE EINWOHNER IN EURO ZUM STICHTAG 31.12.2020 MIT UND OHNE BERÜCKSICHTIGUNG DER UMLANDVERSORGUNG.....	98
ABBILDUNG 4.11: VERTEILUNG DER KHG-FÖRDERMITTEL AUF PAUSCHAL- UND EINZELFÖRDERUNG IN DEN JAHREN 2020 UND 2021.....	99

Tabellenverzeichnis

TABELLE 2.1: ANTEILE UND BETRÄGE ZUR FÖRDERUNG VON VORHABEN DER LÄNDER MIT MITTELN DES STRUKTURFONDS IN DEN JAHREN 2019 BIS 2024	13
TABELLE 2.2: VERTEILUNG DER KHZG-MITTEL AUF DIE BUNDESLÄNDER.....	18
TABELLE 2.3: ÜBERNAHME DER 30 % INVESTITIONSKOSTEN	19
TABELLE 2.4: KOMMUNALE BETEILIGUNG AN DER INVESTITIONSFINANZIERUNG DER KRANKENHÄUSER	20
TABELLE 2.5: AKTUELLER STAND DER UMSETZUNG (KAPITEL 1 KInvFG)	24
TABELLE 2.6: FÖRDERUNG VON INVESTITIONEN FINANZSCHWACHER KOMMUNEN UND VORGESEHENE INVESTITIONSVORHABEN NACH LÄNDERN (§ 1 KInvFG)	25
TABELLE 3.1: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER VON 1991 BIS 2020, DEUTSCHLAND	38
TABELLE 3.2: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DAS JAHR 2020, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER	41
TABELLE 3.3: KRANKENHÄUSER UND AUFGESTELLTE BETTEN NACH ART DER TRÄGERSCHAFT VON 1991 BIS 2020, DEUTSCHLAND	42
TABELLE 3.4: KRANKENHÄUSER UND AUFGESTELLTE BETTEN NACH ART DER TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2020, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER	44
TABELLE 3.5: VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG SOWIE ZU QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN	75
TABELLE 3.6: VORGABEN ZU AUSBILDUNGSSTÄTTEN, DER FRÜHREHABILITATION UND TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN	79
TABELLE 3.7: VERSORGUNGSSTUFEN DER BUNDESLÄNDER	83
TABELLE 4.1: NOMINALE KHG-FÖRDERMITTEL GESAMT IN MIO. EURO	84
TABELLE 4.2: BETTENAUSSTATTUNG UND FALLZAHL IM JAHR 2020 NACH KRANKENHAUSTYP	90
TABELLE 4.3: KHG-EINZELFÖRDERUNG BIS 2021 IN MIO. EURO	91
TABELLE 4.4: KHG-PAUSCHALFÖRDERUNG BIS 2021 IN MIO. EURO.....	92
TABELLE 5.1: KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT IN MIO. EURO – IN JEWELIGEN PREISEN.....	119
TABELLE 5.2: KHG-PAUSCHALFÖRDERUNG IN MIO. EURO – IN JEWELIGEN PREISEN.....	121
TABELLE 5.3: KHG-EINZELFÖRDERUNG IN MIO. EURO – IN JEWELIGEN PREISEN	123
TABELLE 5.4: VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG INNERHALB DER KRANKENHAUSPLÄNE.....	125
TABELLE 5.5: VORGABEN ZU QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG.	130
TABELLE 5.6: VORGABEN ZU AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	183
TABELLE 5.7: VORGABEN ZUR FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	185
TABELLE 5.8: VORGABEN ZU TEILSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	187

RÜCKFRAGEN/ANMERKUNGEN:

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V.
GESCHÄFTSBEREICH II – FINANZIERUNG UND VERSORGUNGSPLANUNG
TEL. 030 – 39801-1211

1 Vorbemerkungen

Die vorliegende Bestandsaufnahme gibt einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Dargestellt werden neben den Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung insbesondere die der Krankenhausplanung in den einzelnen Bundesländern zu Grunde liegenden Verfahren und Methoden sowie die unterschiedlichen Entwicklungen der Investitionsförderung in den Bundesländern seit Anfang der 1990er Jahre bis zum Jahr 2021. Von einem bewertenden Vergleich der Aktivitäten der einzelnen Bundesländer auf dem Gebiet der Krankenhausplanung und Investitionsförderung wurde wie in den Vorjahren abgesehen.

In die Überarbeitung dieser Bestandsaufnahme sind neben neu herausgegebenen bzw. fortgeschriebenen Krankenhausplänen die aktuellen Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Absatz (Abs.) 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eingeflossen (Stand: 2022). Darüber hinaus wurden die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel bis einschließlich 2021 und die im Juli 2022 zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt, die insbesondere eine vertiefende Betrachtung des Jahres 2020 erlauben. Die Angaben zu den KHG-Investitionsfördermitteln basieren auf den Ergebnissen einer Umfrage, die das niedersächsische Sozialministerium im Auftrag der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) durchgeführt hat. Ergänzt wurden die Daten der AOLG ggfs. um erläuternde Hinweise der Landeskrankenhausgesellschaften.

Bei der Interpretation der KHG-Fördermitteldaten ist zu beachten, dass die Angaben auf den jeweiligen, öffentlich zugängigen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre) basieren und bei kreditfinanzierter Förderung nur die Annuitäten, nicht aber den Gesamtförderbetrag enthalten. Grundsätzlich nicht berücksichtigt wurden in der Umfrage die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser sowie die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen.

In enger Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften wird die Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Übersicht zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auch in Zukunft regelmäßig aktualisieren.

2 Rechtsgrundlagen

2.1 Krankenhausplanung

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das KHG die Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan wird durch Bescheid, gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist, festgestellt. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 KHG). Im Gegensatz zu den Feststellungsbescheiden, besitzen die Krankenhauspläne keine verbindliche Rechtswirkung.

Insbesondere mit dem Ziel, die Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen, haben die Länder ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) abzustimmen.

Näheres zu Form und Inhalt der Krankenhauspläne bestimmen die Krankenhausgesetze der Länder.

Als Zweck des KHG wurde mit dem 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in § 1 Abs. 1 KHG zusätzlich aufgenommen, dass eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung erreicht werden soll. Damit wurde ein zusätzliches Zielkriterium für krankenhausesplanerische Entscheidungen der Länder eingeführt.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Durch das KHSG wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 136c Abs. 1 SGB V beauftragt, erstmals bis zum 31. Dezember 2016 planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen. Die Indikatoren werden gemäß § 6 Abs. 1a KHG automatisch Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder, insofern die Bundesländer diesen Automatismus nicht durch das Landesrecht ausgeschlossen haben. Diese planungsrelevanten Indikatoren sollen als rechtssichere Grundlage für krankenhausesplanerische Entscheidungen dienen. Diesbezüglich hat der G-BA den Landesplanungsbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen (§ 136c Abs. 2 SGB V) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Bewertungskriterien zur Beurteilung der Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser zu übermitteln. Um dies zu ermöglichen, haben die Krankenhäuser für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Datensätze, bei indirekten Verfahren an die auf Landesebene beauftragten Stellen und bei direkten Verfahren an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übersenden. Das

Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs soll für das Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren um sechs Monate verkürzt werden.

Plankrankenhäuser, die nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufweisen, sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Abs. 1b KHG). Zugleich darf das Land Krankenhäuser ganz oder teilweise nicht in den Plan aufnehmen, die dementsprechend ein unzureichendes Qualitätsniveau aufweisen (§ 8 Abs. 1a KHG). Die Trägervielfalt nach § 8 Abs. 2 KHG ist bei krankenhauserischen Entscheidungen nur dann ausschlaggebend, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

Die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind nach § 6 Abs. 1 a KHG Bestandteil des Krankenhausplanes. Das Land kann von diesen Vorgaben abweichen, indem es landesrechtlich gesonderte Qualitätsvorgaben macht oder durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Indikatoren teilweise einschränkt oder gänzlich ausschließt (§ 6 Abs. 1a KHG).

Der G-BA hat zum 15. Dezember 2016 einen ersten Beschluss über eine Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gefasst. Bei den beschlossenen Qualitätsindikatoren, die seit dem 01. Januar 2017 Anwendung finden, handelt es sich um drei aus dem Leistungsbereich Gynäkologische Operationen, fünf des Leistungsbereiches Geburtshilfe sowie drei aus dem Leistungsbereich Mammachirurgie. Der G-BA hat am 20. März 2020 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit einer Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt. Das IQTIG hat am 29.01.2021 seinen Bericht hierzu veröffentlicht. Im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie hat der G-BA am 27. März 2020 und am 17. Juni 2021 eine Aussetzung der Datenvvalidierung, des Stellungnahmeverfahrens und der Veröffentlichung der Ergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI) für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 beschlossen. Ausnahmen von Anforderungen an die Qualitätssicherung wurden mit einem Beschluss vom 2. Dezember 2021 in Teilen noch einmal angepasst. Sie betreffen insbesondere Abweichungsmöglichkeiten von der Mindestausstattung mit Intensivpflegepersonal bei bestimmten komplexen Behandlungen und Aussetzungen zu Dokumentations- und Nachweispflichten. Der G-BA hat am 17.02.2022 außerdem den Umgang mit personenbezogenen Daten in Stellungnahmen der Krankenhäuser im Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren geregelt.

2.2 Investitionsfinanzierung

2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Auf Bundesebene ist das KHG die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und -planung. Mit der Verabschiedung des KHG im Jahr 1972 wurde die duale Finanzierung eingeführt. Die Investitionsfinanzierung ist Aufgabe der öffentlichen Hand und die Finanzierung der Betriebskosten die der Krankenkassen.

Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren

Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG). Durch das KHG soll außerdem die Vielfalt der Krankenhausträger und damit das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und auch privater Krankenhäuser gefördert werden. Die Rechtsform eines Krankenhauses soll keinen Einfluss bei der Verteilung von Fördermitteln haben.

Das KHG bietet nur einen Rahmen für die Krankenhausplanung und -finanzierung, der durch die individuellen Krankenhausgesetze der Bundesländer erweitert und mit Inhalt gefüllt wird. Dies kann u. a. als Folge der dualen Krankenhausfinanzierung, aber auch des föderalistischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, gesehen werden.

Unter Investitionskosten versteht das KHG

- a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).

Zu den Investitionskosten gehören nicht: die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihre Finanzierung und die Finanzierung der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 SGB V (§ 2 Abs. 2 KHG).

Nach § 8 Abs. 1 KHG besitzen ausschließlich die Krankenhäuser einen Anspruch auf Förderung, die im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 KHG eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren. Die Grundsätze der Investitionsförderung des KHG gelten gemäß § 8 Abs. 3 KHG grundsätzlich auch für die in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsstätten.

Die Investitionsfinanzierung ist wie die Krankenhausplanung in § 6 Abs. 1 KHG geregelt. Jedes Bundesland hat danach einen Investitionsplan aufzustellen. Die Investitionsförderung teilt sich in zwei Bereiche, in die Einzelförderung und in die Pauschalförderung, auf.

➤ **Einzelförderung**

Nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers entstehende Investitionskosten, insbesondere

- 1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
- 2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel

- 1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,

2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zur Einzelförderung sind nach § 11 KHG in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt.

➤ **Pauschalförderung**

Laut § 9 Abs. 3 KHG fördern die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 KHG bleibt unberührt. Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.

Die weiteren Einzelheiten zur Pauschalförderung sind nach § 11 KHG in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt und werden durch landesspezifische Verordnungen der zuständigen Landesbehörde in bestimmten Abständen ergänzt bzw. korrigiert. Ein Überblick über die Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung ist Kapitel 4.4 zu entnehmen.

2.2.2 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

Infolge des im März 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) soll für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b KHG erhalten, eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 01. Januar 2012 ermöglicht werden. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 S. 1 KHG, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, gilt Entsprechendes ab dem 01. Januar 2014. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

Gemäß § 10 Abs. 1 KHG waren zu diesem Zweck bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu

entwickeln. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken sollte dabei berücksichtigt und die näheren Einzelheiten des Verfahrens von Bund und Ländern festgelegt werden.

Darüber hinaus wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene mit dem KHRG bzw. gemäß § 10 Abs. 2 KHG beauftragt, bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern, zu vereinbaren. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Außerdem sieht das Gesetz eine Beauftragung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vor.

Der erste Entwurf des Kalkulationshandbuchs wurde den Selbstverwaltungspartnern im Herbst 2010 durch das InEK vorgelegt. Die Selbstverwaltungspartner stimmten nach der Durchführung eines Prä-Tests der Vereinbarung des „Handbuchs zur Kalkulation von Investitionskosten (Version 1.0)“ im März 2012 zu. Nach einer Probekalkulation in einem erweiterten Teilnehmerkreis im Jahr 2012 wurden die Investitionsbewertungsrelationen erstmalig im Jahr 2013 kalkuliert und zuletzt im Juli 2022 veröffentlicht. Im Mittelpunkt der Kalkulation steht die Erfassung des jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Dieser stellt unabhängig von der Herkunft der Mittel die Grundlage für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen dar.

Kalkulationsmerkmale

- Zur Ermittlung des Investitionsbedarfs im Sinne des § 10 Abs. 2 KHG wird ausschließlich auf den laufenden, jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser abgestellt. Der investive Nachholbedarf der Krankenhäuser („Investitionsstau“) wird bei der Ermittlung des Investitionsbedarfs nicht berücksichtigt, da dieser weder Gegenstand des gesetzlichen Entwicklungsauftrages ist, noch im Rahmen der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen sachgerecht berücksichtigt werden kann.
- Für die Kalkulation werden Ist-Kosten realisierter Investitionsmaßnahmen herangezogen. Eine Berücksichtigung geplanter oder „gewünschter“ Vorhaben erfolgt nicht.
- In der Praxis findet eine vollständige Förderung von Investitionsvorhaben trotz des rechtlichen Anspruchs der Krankenhäuser nur noch in Ausnahmefällen statt. Üblich ist vielmehr die Übernahme eines prozentualen Anteils des beantragten Fördervolumens durch das Land, oder eine Fest- bzw. Höchstbetragsförderung, so dass die Krankenhausträger im Regelfall neben der öffentlichen Förderung noch weitere Finanzierungsquellen nutzen müssen. Für die Ermittlung des Investitionsbedarfs spielt die Herkunft der Investitionsmittel (Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, Eigenmittel, Zuwendungen Dritter oder Fördermittel nach KHG) jedoch keine Rolle. Die Ermittlung des Investitionsbedarfs im Sinne des § 10 Abs. 2 KHG soll deshalb unabhängig von der Herkunft der Investitionsmittel erfolgen.
- Erfasst werden sollen einzig Anschaffungs- und Herstellungskosten für die vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation. Dieser Kalkulationszeitraum stellt einen Kompromiss zwischen Aktualität der Investitionskosten und zur Verfügung stehender Datenbreite dar.

- Die Ableitung des laufenden, jährlichen Investitionsbedarfs aus den Ist-Kosten erfolgt, indem für jedes Anlagegut dessen spezifische wirtschaftliche Nutzungsdauer (z. B. entsprechend den AfA-Tabellen) angesetzt wird. Neben den Ist-Kosten, welche aus der Anlagenbuchhaltung, Bauausgabebüchern und weiteren die Baumaßnahmen beschreibenden Dokumentationen ermittelt werden können, kann das InEK bei Bedarf ergänzend normative Bewertungsansätze als zusätzliche Datenquellen für die Ermittlung des Investitionsbedarfs und zur Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts einbeziehen.
- Für die fallbezogene Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen sieht die Vereinbarung einen modularen Ansatz vor, welcher das Krankenhaus nach Anlagenkonten (Art der Ausstattung) und Leistungsbereichen (Leistungsort) differenziert in Module untergliedert. Dies ermöglicht die Beschreibung standardisierter Ausschnitte des Krankenhauses mit ähnlicher Anlagenausstattung. Ziel bei der Kalkulation ist es, dass für jedes Modul mindestens drei Kostenwerte vorliegen, um bei der Kostenermittlung zu starke Prägungen durch strukturelle Gegebenheiten eines einzelnen Krankenhauses zu vermeiden. Der Ausweis der vom InEK zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen erfolgt anhand des DRG-Fallpauschalen-Kataloges.
- Für Universitätskliniken ist zudem eine separate Bewertung der Investitionsbewertungsrelationen vorgesehen. Diese konnte allerdings im Jahr 2021 aufgrund der geringen Teilnehmerzahl in diesem Bereich noch nicht umgesetzt werden.
- Die in 2016 geschlossene Vereinbarung gemäß § 17b Abs. 3 S. 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation hatte zur Folge, dass vom Jahr 2018 auf 2019 die Teilnehmerzahl von 45 auf 83 Krankenhäuser stieg. In den Folgejahren lag die Teilnehmerzahl gleichbleibend in diesem Bereich. Grundlage der Kalkulation im Jahr 2022 waren die Daten von insgesamt 83 Krankenhäusern.

Bezugsgröße

Neben dem Katalog wird zudem die Bezugsgröße durch das InEK veröffentlicht, mit der die Bewertungsrelationen aus den Investitionskosten pro Fall berechnet werden. Die Bezugsgröße spiegelt die mittleren Investitionskosten pro Fall wider und gibt somit einen Anhaltspunkt dafür, wieviel Investitionsmittel für ein Haus, ein Bundesland oder insgesamt in Deutschland notwendig wären, um den jährlichen bestandserhaltenden Investitionsbedarf zu decken. Berechnet werden diese mittleren Investitionskosten je Fall auf Basis der Fallmenge, die für die Berechnung der DRG-Fallpauschalen verwendet wurde. Enthalten sind somit vollstationäre Fälle in Haupt- und Belegabteilungen sowie Fälle der unbewerteten DRGs der Anlage 3a. Nicht enthalten sind teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle und Begleitpersonen. Die seit 2019 stark verbreiterte und in ihrer Zusammensetzung veränderte Stichprobe hat Einfluss auf die Höhe der Bezugsgröße. Die vom InEK veröffentlichte Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall auf der Basis der § 21-Fallmenge beträgt **373,25 Euro** (Vorjahr: 340,60 Euro).

Aufgrund der im Entgeltbereich PSY durch eine Stichprobe gezogenen Krankenhäuser konnte erstmals ab dem Jahr 2019 ein Katalog der Investitionsbewertungsrelationen für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vom InEK kalkuliert werden. Der Katalog enthält Bewertungsrelationen sowohl für die vollstationäre sowie teilstationäre Versorgung. Die Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je

Berechnungstag auf Basis der § 21-Fallmenge im PSY-Bereich beträgt **25,75 Euro** (Vorjahr: 24,26 Euro).

Darstellung des jährlichen bestandserhaltenden Investitionsbedarfs

Mit der Veröffentlichung der Investitionsbewertungsrelationen 2022 kann eine Abschätzung des bestandserhaltenden Investitionsbedarfs auf Basis der relevanten DRG-Fallmenge aus dem Jahr 2020 sowie dem Katalog 2022 erfolgen. Zur Ermittlung des bestandserhaltenden Investitionsbedarfs ist das Leistungsgeschehen in den Universitätskliniken nicht berücksichtigt worden, da sich die Förderung der Universitätskliniken aus den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau und nicht aus dem KHG ergibt.

Zur Berechnung des bestandserhaltenden Investitionsbedarfs wurden die DRG-Leistungsdaten der deutschen Krankenhäuser ohne die Behandlungsfälle der Universitätskliniken mit dem Katalog der Investitionsbewertungsrelationen 2022 gewichtet.

Die Berechnung des bestandserhaltenden Investitionsbedarfs ergibt sich aus der Multiplikation des Casemix der Investitionsbewertungsrelationen nach dem Katalog 2022 mit der Bezugsgröße für den Bereich KHEntgG und BPfIV. Da die Fallmenge und Kostenwerte auf der Basis von Falldaten von 2020 berechnet wurden, sind Fallzahlveränderungen sowie Änderungen bei Sachkosten zur Ermittlung des Investitionskostenvolumens für das Jahr 2022 nicht sachgerecht abgebildet.

Hier ist zu erwähnen, dass sich der Fallzahlrückgang, welcher sich durch die COVID-Pandemie ergeben hat, im Jahr 2022 (Datenjahr 2020) durch eine höhere Bezugsgröße in den Bewertungsrelationen ausdrückt. Der Baupreisindex für gewerbliche Betriebsgebäude ist aus der Veränderung von 2020 zu 2021 berechnet worden. Er beträgt auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes 9,58 %.¹

Jahr	Investitionsbedarf (in Mrd. €)
2020 (Datenjahr)	6,1
2021 stagnierende Fallzahl (+Baupreisindex)	6,7
2022 stagnierende Fallzahl (+ Baupreisindex)	7,3

Auf Bundesebene ergibt sich unter Einbeziehung des Baupreisindex ein bestandserhaltender Investitionsbedarf für das Jahr 2022 in Höhe von 7,3 Mrd. Euro. Noch nicht berücksichtigt sind bei den vorangestellten Berechnungen der jährliche Investitionsbedarf für:

- Universitätsklinika sowie
- Ausbildungsstätten.

Stellt man dem ermittelten Investitionsbedarf für 2021 (6,7 Mrd. €) die tatsächlich geleisteten KHG-Förderungen in diesem Jahr gegenüber, ergibt sich eine Differenz von über 50 %.

¹ Destatis, Fachserie 17, Reihe 4, Mai 2022.

Kalkulationsergebnisse

Insgesamt haben 83 Krankenhäuser erfolgreich an der Kalkulation des Kataloges der Investitionsbewertungsrelationen 2022 teilgenommen.

Differenziert nach Trägerschaft ergibt sich folgende Verteilung:

Träger	2020	2021	2022
Freigemeinnützig	37	34	32
Öffentlich	22	24	26
davon Universitätskliniken	2	2	2
Privat	26	26	25

Für die Kalkulation der Kataloge 2018 bis 2022 ist die Vorgehensweise bei der Datenzusammenstellung in den Krankenhäusern, Datenprüfung und Erstellung der Kalkulationsbasis im InEK, der Berechnung der Bezugsgröße und der Bewertung der Zusatzentgelte im DRG-Entgeltbereich identisch.

Im Katalog 2014 wurden die Investitionsbewertungsrelationen bei bundesweit bewerteten vollstationären Leistungen noch je Fall ausgewiesen. Mit dem Katalog 2015 hingegen erfolgte eine Änderung dahingehend, dass für alle bewerteten vollstationären Leistungen Investitionsbewertungsrelationen sowohl je Fall, als auch je Berechnungstag ausgewiesen werden. Die effektive Bewertungsrelation ist individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall wie folgt zu ermitteln: Einmal Bewertungsrelation/Fall (Spalte 5) und n-mal ($n = \text{Anzahl Verweildauertage}$) Bewertungsrelation/Tag (Spalte 6). Ursache für diese Anpassung im Katalog 2015 war der Hinweis zu ggf. suboptimaler Verteilung von Investitionsmitteln bei Häusern mit eher kurzer Verweildauer. Bei nur einer Bewertungsrelation pro Fall würden Häuser mit tendenziell höherem Anteil an Kurzliegern Häusern mit höherem Anteil an Langliegern gleichgestellt, was eine systematische Benachteiligung von Häusern mit tendenziell schwereren Krankheitsverläufen ergeben würde.

Bei unbewerteten vollstationären Leistungen der Anlage 3a des Fallpauschalenkataloges sind die Bewertungsrelationen unverändert, sowohl je Fall als auch je Berechnungstag ausgewiesen. Teilstationäre Leistungen werden im Katalog der Investitionsbewertungsrelationen, unabhängig davon, ob sie bundesweit bewertet oder nicht bewertet werden konnten, mit einer Bewertungsrelation je Tag abgebildet. Anbei einige Beispiele aus dem Katalog 2022:

Beispiele aus dem Katalog für Investitionsbewertungsrelationen im Entgeltbereich DRG

DRG	Parti- tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung ¹⁾	Bewertungs- relation/Fall	Bewertungs- relation/Tag
1	2	3	4	5	6
Prä-MDC					
A01A	○		Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	5,922	0,094
A01B	○		Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.	3,539	0,077
A01C	○		Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.	2,662	0,075

Quelle: Katalog der Investitionsbewertungsrelationen Entgeltbereich DRG 2022.

Sofern für die Leistungserbringung eine spezifische Anlagenausstattung notwendig ist, wurden vom InEK ebenfalls die Leistungen der Zusatzentgelte in die Kalkulation mit einbezogen. Die Vorgehensweise erfolgte dabei analog zur Berechnung der voll- bzw. teilstationären Entgelte.

Umsetzung der Investitionsbewertungsrelationen

Sowohl der Zeitpunkt als auch die grundsätzliche Entscheidung, ob ein Bundesland die Investitionsbewertungsrelationen einführen wird, obliegt dem jeweiligen Land. § 10 Abs. 1 S. 5 KHG besagt hierzu: „Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.“

Das Bild der Länder zur Umsetzung der Investitionsbewertungsrelationen ist heterogen. Als erstes Bundesland hat Berlin die Investitionsbewertungsrelationen zum 01. Juli 2015 eingeführt. In Hessen erfolgte die Einführung zum 01. Januar 2016 und in Bremen wurden die Investitionsbewertungsrelationen im Jahr 2021 vollumfänglich eingeführt. Weiterhin hat sich positiv in Bezug auf die Investitionsbewertungsrelationen bislang das Ministerium des Bundeslandes Sachsen-Anhalt geäußert. Nachdem Nordrhein-Westfalen, ergänzend zur Investitionsförderung über leistungsorientierte Pauschalen wieder eine Einzelförderung etabliert hat, ist eine Umstellung auf Investitionsbewertungsrelationen derzeit nicht vorgesehen. Die verbleibenden neun Bundesländer haben sich bisher entweder noch nicht, oder ablehnend gegenüber einer Einführung geäußert.

Neben der Frage der Einführung liegt die Form der Umsetzung in der Hoheit der Bundesländer. So erfolgt beispielsweise die Festlegung eines landesspezifischen Investitionsbasisfallwerts durch das jeweilige Land. Zudem bleibt es den Ländern, die das neue System einführen wollen, überlassen, zu welchem Anteil sie ihre Investitionsmittel über Investitionsbewertungsrelationen verteilen und wieviel weiterhin über die bisherige Einzelförderung bzw. die alte Form der Pauschalförderung fließen soll. Die Selbstverwaltung ist in diese Ausgestaltung nicht eingebunden.

2.2.3 Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich Hochschulkliniken

Der Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken wurde bis Ende des Jahres 2006 von Bund und Ländern als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen. Art. 91a Abs. 4 GG legte fest, dass der Bund die Hälfte der im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau anfallenden Ausgaben in jedem Land zu tragen hatte.

Neben Bund und Ländern war auch der Wissenschaftsrat in die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau eingebunden. So war der Wissenschaftsrat gehalten, Empfehlungen zur Rahmenplanung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau auszusprechen. Maßgebliche gesetzliche Grundlage der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau war das Hochschulbauförderungsgesetz (HSchulBG).

Mit der Föderalismusreform 2006 ging die Zuständigkeit für die Investitionsfinanzierung in der Hochschulmedizin auf die Länder über. Das HSchulBG wurde ab dem 01. Januar 2007 durch landesrechtliche Vorschriften ersetzt. Im Zeitraum vom 01. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2019 standen den Ländern jährliche Beträge aus dem Haushalt des Bundes zur Kompensation des Wegfalls der Finanzierungsanteile des Bundes durch die Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau zu. Das Gesamtvolumen der Beträge beruht auf dem Umfang der Finanzierungsanteile des Bundes im Referenzzeitraum von 2000 bis 2008 gemäß den entsprechenden Rahmenplänen. Die Länder erhielten demnach jährlich insgesamt 695,3 Mio. Euro (70 % des Kompensationsvolumens) für den Bereich Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich Hochschulkliniken. Dieser Betrag wurde anteilig auf die Länder verteilt². Weitere 298 Mio. Euro (30 % des Kompensationsvolumens) stellte der Bund jährlich für überregionale Fördermaßnahmen im Hochschulbereich zur Verfügung.

Bei den dargestellten Kompensationsvolumen ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht allein auf Hochschulkliniken, sondern auf den Gesamtbereich Aus- und Neubau von Hochschulen bezieht und die Hochschulkliniken dementsprechend nur anteilig davon partizipierten. Seit Wegfall des HSchulBG liegt keine einheitliche Statistik über den Umgang mit der Länderförderung von Investitionen in der Hochschulmedizin vor.

Nach Art. 91b GG konnten Bund und Länder bis zum 31. Dezember 2014 gemeinsam ausschließlich außeruniversitäre Forschungseinrichtungen institutionell fördern. Wo hingegen Hochschulen lediglich in Form von thematisch und zeitlich begrenzten Projekten durch den Bund unterstützt werden konnten. Zum 01. Januar 2015 ist eine Grundgesetzänderung des Art. 91b GG in Kraft getreten, durch die rechtliche Möglichkeiten für eine dauerhafte institutionelle Förderung von Hochschulen durch den Bund geschaffen wurden. So kann sich der Bund künftig jenseits der Projektförderung an der Grundfinanzierung der Hochschulen beteiligen, sofern dies in einer Vereinbarung festgehalten wurde. Einer solchen Vereinbarung müssen, abgesehen vom Bereich Forschungsbauten einschließlich Großgeräte, alle Länder zustimmen.

² § 4 Abs. 1 Entflechtungsgesetz.

2.2.4 Strukturfonds

In Folge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurde der Strukturfonds, der mit dem KHSG eingerichtet wurde, in den Jahren 2019 bis 2022 fortgesetzt und die Krankenhausstrukturfondsverordnung (KHSFV) in zwei Teile untergliedert. Der Teil 1 (§ 1 bis 11 KHSFV) beschreibt die Förderung nach § 12 KHG und der Teil 2 (§ 12 bis 18 KHSFV) die Förderung nach § 12a KHG. Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Die bisherigen Fördertatbestände „Schließung“, „Konzentration“ und „Umwandlung“ werden geschärft und teilweise neu konturiert. Darüber hinaus ist die Förderung zusätzlich auf die IT-Sicherheit, die Zentrenbildung, die (integrierte) Notfallversorgung, telemedizinische Netzwerkstrukturen und die Ausbildung in der pflegerischen Versorgung ausgerichtet (§ 12a KHG und §§ 11 bis 18 KHSFV). Neu ist auch, dass Hochschulkliniken in die Fördermöglichkeit aus dem Krankenhausstrukturfonds einbezogen werden.

Durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde neben der Implementierung des Krankenhauszukunftsfonds auch der aktuelle Krankenhausstrukturfonds II nach § 12a KHG verlängert. Nachdem sich die Laufzeit ursprünglich von 2019 bis 2022 begrenzte, wurde durch das KHZG die Laufzeit nun bis zum Jahr 2024 verlängert (§ 12a KHG). Insgesamt beträgt das Fördervolumen allerdings weiterhin 2 Milliarden Euro. Die Mittel wurden nicht aufgestockt. Durch eine Änderung der förderfähigen Vorhaben werden über den Strukturfonds II u. a. bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notaufnahmen unterstützt. Der Begriff „integrierte Notfallzentren“ musste aus dem Teil 2 der KHSFV weichen und wurde durch „integrierte Notfallstrukturen“ ersetzt. Gemeinsam mit dem Zukunftsfonds soll so eine umfassende Modernisierung der Notfallkapazitäten möglich sein – Baumaßnahmen im Wesentlichen über den Strukturfonds und digitale Vorhaben über den Zukunftsfonds.

Die Krankenhäuser stellen entsprechende Förderanträge bei den Ländern. Die Länder prüfen anschließend die Anträge der Krankenhäuser und treffen gem. § 13 KHG im Einvernehmen mit den Krankenkassen eine Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für welche anschließend ein Antrag beim BAS erfolgt. Die Länder können bis zum 31. Dezember 2024 Anträge an das BAS auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a KHG aus dem Strukturfonds stellen. Das BAS prüft die von den Ländern gestellten Förderanträge, entscheidet über die Bewilligung und zahlt die Mittel an die Länder aus. Voraussetzung für die Förderung ist u. a., dass sich die antragstellenden Länder, ggf. gemeinsam mit der zu fördernden Einrichtung, mit mindestens 50 % der förderfähigen Kosten an dem Vorhaben beteiligen und die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat. Von dem nach Abzug der Aufwendungen maßgeblichen Förderbetrag kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 95 % des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Mit den verbleibenden 5 % des Betrages können jährlich länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind gem. § 12a Abs. 3 S. 6 KHG unverzüglich an das BAS zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.

Das BAS hat die Anteile und Beträge zur Förderung von Vorhaben der Länder mit Mitteln des Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2024 auf seiner Internetseite veröffentlicht. Selbige Tabelle ist im Folgenden aufgeführt.

Tabelle 2.1: Anteile und Beträge zur Förderung von Vorhaben der Länder mit Mitteln des Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2024

Bundesland	Kgst. Schlüssel (%) BAnz AT 08.03.2018 B5	rechn. Anteil Fördervolumen	Förderanteile 2019 bis 2024
Baden-Württemberg	13,01651	259.809.539,60 €	246.819.062,62 €
Bayern	15,55039	310.385.784,40 €	294.866.495,18 €
Berlin	5,09267	101.649.693,20 €	96.567.208,54 €
Brandenburg	3,02571	60.393.171,60 €	57.373.513,02 €
Bremen	0,95115	18.984.954,00 €	18.035.706,30 €
Hamburg	2,55847	51.067.061,20 €	48.513.708,14 €
Hessen	7,36424	146.990.230,40 €	139.640.718,88 €
Mecklenburg-Vorpommern	2,00161	39.952.135,60 €	37.954.528,82 €
Niedersachsen	9,36559	186.937.176,40 €	177.590.317,58 €
Nordrhein-Westfalen	21,14355	422.025.258,00 €	400.923.995,10 €
Rheinland-Pfalz	4,83466	96.499.813,60 €	91.674.822,92 €
Saarland	1,20344	24.020.662,40 €	22.819.629,28 €
Sachsen	5,02467	100.292.413,20 €	95.277.792,54 €
Sachsen-Anhalt	2,77158	55.320.736,80 €	52.554.699,96 €
Schleswig-Holstein	3,41725	68.208.310,00 €	64.797.894,50 €
Thüringen	2,67851	53.463.059,60 €	50.789.906,62 €
	100,00000	1.994.025.000,00 €	1.896.200.000,00 €
Summe der Fördermittel für länder eigene Vorhaben			
Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben			99.800.000,00 €
Summe des Fördervolumens für Vorhaben			1.996.000.000,00 €
Aufwendungen (§ 12a Abs. 3 S. 7, 8, § 14 S. 5 KHG)			4.000.000,00 €
Höchstens zuzuführende Mittel, § 12a Abs. 1 S. 1 KHG			2.000.000.000,00 €

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung.³

Weiterhin veröffentlicht das BAS gem. § 13 KHSFV auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. März eines Jahres (erstmalig 31.03.2020) folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:

1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.

³ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/20210423Bekanntgabe_Foerderanteile_Bundeslaender_SF_II_2021.pdf (abgerufen am 01.09.2021).

Eine entsprechende Auswertung zum Stand 31.12.2021 ist abrufbar.⁴ Im Verwaltungsjahr 2021 haben die Bundesländer 32 Anträge auf Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds (§ 12a KHG i.V.m. § 11 ff. KHSFV) gestellt. Hiervon handelt es sich bei einem Antrag um ein länderübergreifendes Vorhaben. Insgesamt sind 45 Anträge beim Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2021 eingegangen. Von den 45 beantragten Vorhaben sind 24 Anträge auf die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung von IT-Anlagen (§ 11 Abs. 1 Nr. 4 KHSFV) ausgerichtet, bei sechs Vorhaben ist die Konzentration (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV), bei einem Vorhaben ist die Umwandlung (§ 11 Abs. 1 Nr. 3 KHSFV), bei zwei Vorhaben sind telemedizinische Netzwerkstrukturen (§ 11 Abs. 1 Nr. 4b KHSFV) und bei 12 weiteren Vorhaben die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten (§ 11 Abs. 1 Nr. 6 KHSFV) antragsgegenständlich. Die Bundesländer Thüringen und Schleswig-Holstein haben keine Anträge gestellt. Das Saarland hat einen Antrag gestellt, der noch nicht vom BAS beschieden wurde. Daher ist auch noch kein Mittelabruf erfolgt. Im Verwaltungsjahr 2021 ist ein länderübergreifendes Vorhaben in Höhe von 5.417.000,00 Euro aus dem Krankenhausstrukturfonds beantragt worden. Insgesamt sind im Rahmen des Strukturfonds II bis zum Stichtag 31. Dezember 2021 Fördermittel in Höhe von 298.367.162,65 Euro aus dem Krankenhausstrukturfonds beantragt worden. Hiervon sind 217.523.318,70 Euro im Jahr 2021 beantragt worden. Die den Bundesländern jeweils nach dem Königsteiner Schlüssel im Jahr 2021 zustehenden Fördermittel werden entsprechend der gesetzlichen Vorgabe rein rechnerisch in das Verwaltungsjahr 2022 übertragen. Die Länder können, soweit sie den ihnen jährlich zustehenden Anteil an Fördermitteln nicht ausschöpfen, den verbleibenden Anteil noch bis zum 31.12.2024 beantragen. Bis zum Ende des Verwaltungsjahres 2024 stehen für die Bundesländer noch Fördermittel in Höhe von insgesamt 1,6 Milliarden Euro zum Abruf bereit.

Seitens der DKG fand bei den Landeskrankenhausgesellschaften im Dezember 2019 eine Abfrage über den Umsetzungsstand des Krankenhausstrukturfonds statt. Insgesamt ergab sich ein eher uneinheitliches Bild. Dies gilt insbesondere für die Inanspruchnahme des Strukturfonds, die Bereitschaft der Länder zur Co-Finanzierung und die Einbeziehung der Landeskrankenhausgesellschaften. Soweit zum gegenwärtigen Zeitpunkt absehbar, scheinen die Krankenkassen die Mittel des Strukturfonds prioritär für den Abbau von Krankenhauskapazitäten vorzusehen.

Gemäß § 15 KHG können sich auch die Kostenträger einschließlich der Unternehmen der privaten Krankenversicherung an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses beteiligen. Zu diesem Zweck können sie eine entsprechende Vereinbarung mit dem Krankenhausträger schließen. Bei gleichzeitiger Förderung dieses Vorhabens durch den Strukturfonds ist die Höhe der aus dem Strukturfonds zur Verfügung gestellten Mittel bei der Beteiligung anzurechnen.

⁴ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/20220504Kennzahlen_KHSF_2021-VerwStand_Ende_2021.pdf (abgerufen am 01.06.2022).

2.2.5 Krankenhauszukunftsfonds

Im Konjunkturpaket „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“⁵ hat die Bundesregierung im Juni 2020 ein Maßnahmenpaket zur Stärkung des Gesundheitswesens und für einen verbesserten Schutz vor zukünftigen Pandemien angekündigt. Mit einem darin enthaltenen „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ sollen Investitionen der Krankenhäuser in einem Umfang von 3 Milliarden Euro gefördert werden. Als Fördertatbestände werden Investitionen in moderne Notfallkapazitäten, in die digitale Infrastruktur und in die IT- und Cybersicherheit genannt.

Mit dem KHZG wurde der Krankenhauszukunftsfonds über § 14a KHG und über einen neuen Teil 3 der KHSFV umgesetzt. Das Ziel war es die Digitalisierung der deutschen Kliniken voranzutreiben und somit auch die Binnendigitalisierung zu stärken. Der Zukunftsfonds umfasst Investitionen u. a. in die digitale Infrastruktur, moderne Notfallkapazitäten, die IT- und Cybersicherheit, Telemedizin und Robotik. Für diesen Zweck stellt der Bund rund 3 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereit. Darüber hinaus werden durch die Länder oder in Kofinanzierung mit den Krankenhäusern, oder allein durch die Krankenhäuser weitere 1,3 Mrd. Euro aufgebracht, denn die Länder und/oder die Krankenhausträger übernehmen 30 % der Investitionskosten. Die Krankenhäuser werden ggf. durch einen KfW Kredit im Rahmen des Kreditprogramms „Investitionskredit Digitale Infrastruktur“ bei der Finanzierung des Eigenanteils unterstützt. Werden die einem Land zustehenden Fördermittel nicht vollständig durch gestellte Anträge ausgeschöpft, werden diese mit Ablauf des Jahres 2023 durch das BAS an den Bund zurückgeführt.

Zusammenfassend werden folgende Kosten gefördert:

- Kosten für erforderliche, technische und informationstechnische Maßnahmen einschließlich der Kosten für die Beratungsleistungen bei der Planung, Ausschreibung und Beschaffung des konkreten Vorhabens.
- Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich der Kosten für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Kosten für räumliche Maßnahmen, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind; bei Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-10 KHSFV nur in Höhe von 10 % der gewährten Fördersumme.
- Investitionskosten für die Beschaffung, Entwicklung, Errichtung oder Erweiterung sowie den initialen Betrieb (bis zu drei Jahre) während der Projektlaufzeit der erforderlichen technischen und informationstechnischen Maßnahmen oder deren Entgelt zur Nutzung von bereitgestellter Software im Rahmen von sog. Dienstleistungs- oder Nutzungsverträgen oder Subscriptionsmodellen.
- Personelle Maßnahmen und anteilige Personalkosten, die im Krankenhaus selbst entstehen, sind förderfähig, sofern sie im unmittelbaren und direkten Sachzusammenhang mit der Entwicklung, der Wartung und Pflege bzw. Abschaltung von geförderten Informations- und Kommunikationstechnologien stehen.

⁵ Bundesministerium für Finanzen, verfügbar unter: www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Konjunkturpaket/2020-06-03-eckpunktepapier.pdf?__blob=publicationFile&v=8 (abgerufen am: 01.02.2021).

- Kosten für die Bereitstellung des Systems und der Anbindung an das Krankenhaus oder an andere Leistungserbringer an das System, einschließlich der für die Nutzung erforderlichen Software.
- Softwarelizenzen-/ Wartungskosten werden über einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren gefördert.
- Kosten des Krankenhauses für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen, die zum Aufbau telemedizinischer Netzwerke sowie der Sicherung der für die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses maßgeblichen Prozesse anfallen (auch die unmittelbaren Kosten der Krankenhäuser für die sichere Anbindung an die ambulante Einrichtung).
- Kosten für die Beschaffungen von Nachweisen nach § 25 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 KHSFV.

Dabei gilt zu berücksichtigen, dass mindestens 15 % der Förderung eines jeweiligen Vorhabens beantragten Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit zu verwenden sind. Bis zum 31. Dezember 2021 konnten die Länder beim BAS Anträge auf Förderung von entsprechenden Vorhaben der Krankenhausträger stellen. Die Maßnahmen dürfen nicht vor dem 02.09.2020 begonnen haben; hinsichtlich des Maßnahmenbeginns sind zudem die landesrechtlichen Voraussetzungen zu berücksichtigen. Auch Hochschulkliniken sind antragsberechtigt; auf diese dürfen aber maximal 10 % der nach § 14a Abs. 3 Satz 1 KHG dem Land zustehenden Mittel aufgewandt werden. Die Fördertatbestände gem. § 19 KHSFV sind im Folgendem übersichtsartig und stark abstrahiert aufgezeigt:

1. Verbesserung und Modernisierung der med. Notfallversorgung
2. Digitale Patientenportale
3. Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation
4. Einrichtung teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme
5. Digitales Medikationsmanagement
6. Digitale Leistungsanforderungen
7. Leistungsabstimmung und Cloud-Computing
8. Digitale Versorgungsnachweissysteme
9. Robotische Systeme und Telemedizin
10. IT-Sicherheit
11. Anpassung der Patientenzimmer an die besonderen Behandlungsformen im Falle einer Pandemie

Die Förderrichtlinie, welche das BAS und das BMG am 30.11.2020 veröffentlicht haben, dient als Orientierungshilfe und zeigt „Muss- und Kann-Kriterien“ auf. Die Kriterien wurden für die jeweiligen Fördertatbestände formuliert.

Seitens des Bundes werden 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Die Anteile und Beträge zur Förderung von Vorgaben der Länder aus den Mitteln des Zukunftsfonds im Jahr 2021 sind in der Tabelle 2.2 dargestellt.⁶ Weitere 1,3 Mrd. müssen entweder durch das Land, den Krankenhausträger oder gemeinsam durch Kofinanzierung getragen werden. Einen Überblick über die unterschiedlichen Finanzierungsweisen zeigt die Tabelle 2.3.

Sollte ein Krankenhaus bis Ende des Jahres 2024 nicht die digitalen Dienste der Fördertatbestände 2 bis 6 bereitstellen, kann ab dem 01.01.2025 ein Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall in den Budgetverhandlungen vereinbart werden. Die Sanktion betrifft jedes Krankenhaus – unbeachtet ob eine Förderung durch den KHZF stattgefunden hat oder nicht.

Das BAS hat am 01. Dezember 2021 eine Statistik zum KHZF veröffentlicht. Insgesamt wurden demnach 6.076 Anträge mit einem Fördervolumen von 3,042 Mrd. Euro beim BAS gestellt. Der Großteil der Anträge ist dabei erst ab November 2021 eingegangen. Eine Übersicht über die Anzahl der gestellten Anträge und das Volumen der beantragten Fördermittel sowie der bereits bewilligten Fördergelder wird monatlich auf der Internetseite des BAS veröffentlicht. Das Land Bayern hat mit 1.476 Anträgen dabei die meisten Anträge gestellt, gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit insgesamt 1.159 Anträgen. Am häufigsten wurden Anträge für den Fördertatbestand „Digitale Dokumentation“ gestellt. Die Höhe der bewilligten Fördermittel beträgt insgesamt über 1,7 Milliarden Euro.⁷

⁶ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenhauszukunftsfonds/20210201_Bekanntgabe_Foerderanteile_Bundeslaender_Zukunftsfonds.pdf (abgerufen am: 01.02.2021).

⁷ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: [20220601Statistik_Krankenhauszukunftsfonds.pdf \(bundesamtsozialesicherung.de\)](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/20220601Statistik_Krankenhauszukunftsfonds.pdf) (abgerufen am 01.06.2022).

Tabelle 2.2: Verteilung der KHZG-Mittel auf die Bundesländer

Bundesland	Kgst. Schlüssel (%) BAnz AT 06.11.2018 B4		Förderanteil 2021
Baden-Württemberg	13,01280		384.150.868,80 €
Bayern	15,56491		459.491.708,11 €
Berlin	5,13754		151.665.318,34 €
Brandenburg	3,01802		89.094.968,42 €
Bremen	0,96284		28.423.999,64 €
Hamburg	2,55790		75.511.765,90 €
Hessen	7,44344		219.737.792,24 €
Mecklenburg-Vorpommern	1,98419		58.575.272,99 €
Niedersachsen	9,40993		277.790.543,53 €
Nordrhein-Westfalen	21,08676		622.502.241,96 €
Rheinland-Pfalz	4,82459		142.426.721,39 €
Saarland	1,20197		35.483.356,37 €
Sachsen	4,99085		147.334.882,85 €
Sachsen-Anhalt	2,75164		81.231.164,44 €
Schleswig-Holstein	3,40526		100.526.680,46 €
Thüringen	2,64736		78.152.714,56 €
	100,00000		2.952.100.000,00 €
Summe der Fördermittel für Vorhaben der Länder¹			
Gesamtaufwendungen für die Verwaltung des Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 3 S. 1 KHG)²			47.900.000,00 € (ca. 1,6 % der bereitgestellten Fördermittel)
KfW-Kreditprogramm (§ 14a Abs. 6 S. 3 KHG; § 21 Abs. 6 KHSFV) ³			12.000.000,00 €
Negativzinsen (-0,5%) durch die Anlage der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds bei der Bundesbank bis zum Abruf durch die Länder (§ 14a Abs. 1 KHG) ⁴			20.000.000,00 €
Online-Schulung der IT-Dienstleister (§ 14a Abs. 6 S. 3 KHG; § 21 Abs. 5 KHSFV) ⁵			2.000.000,00 €
Verwaltungskosten des BAS (§ 14a Abs. 6 S. 3 KHG; § 21 Abs. 3 KHSFV) ⁶			2.400.000,00 €
Aufwendungen des BMG nach § 14b KHG (§ 14a Abs. 3 S. 1 KHG) ⁷			11.500.000,00 €
Höchstens zuzuführende Mittel, § 14a Abs. 1 S. 1 KHG ²			3.000.000.000,00 €

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung.

Tabelle 2.3: Übernahme der 30 % Investitionskosten

	Durch wen wird die Kofinanzierung getragen?
Baden-Württemberg	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Bayern	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Berlin	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Brandenburg	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Bremen	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Hamburg	Hamburg beteiligt sich mit 50 % an der Kofinanzierung.
Hessen	Jeweils 50 %-Beteiligung des Landes und der Krankenhausträger an der Kofinanzierung.
Mecklenburg-Vorpommern	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Niedersachsen	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Nordrhein-Westfalen	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Rheinland-Pfalz	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Saarland	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Sachsen	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Sachsen-Anhalt	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Schleswig-Holstein	Das Land übernimmt die Kofinanzierung.
Thüringen	Noch nicht abschließend geklärt.

2.2.6 Kommunale Beteiligung an der Investitionsfinanzierung

Die Landkreise nehmen auf ihrem Gebiet den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung wahr und sind z. T. selbst Träger von Krankenhäusern. Wird die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt, sind die Landkreise und Stadtkreise verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben.

Die Kommunen beteiligen sich in vielen Ländern auch an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Die Regelungen innerhalb der einzelnen Bundesländer sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt:

Tabelle 2.4: Kommunale Beteiligung an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

	Kommunale Beteiligung an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	§§
Baden-Württemberg	Die Krankenhausförderung in Baden-Württemberg erfolgt nahezu ausschließlich aus dem kommunalen Investitionsfonds (§ 3a Abs. 3 Nr. 2 FAG B-W). Dieser besteht aus kommunalen Mitteln des Finanzausgleichs in Baden-Württemberg.	-
Bayern	Die Kommunen finanzieren 50 % der Investitionsfinanzierung. Dies erfolgt über eine Krankenhausumlage.	Art. 10b Finanzausgleichsgesetz
Berlin	-	-
Brandenburg	Das Krankenhausentwicklungsgesetz Brandenburg sieht eine kommunale Investitionsförderung nicht mehr vor. Mitfinanzierung erfolgt nur im Einzelfall durch den Krankenhausträger.	§ 17 Abs. 2 Krankenhausentwicklungsgesetz Brandenburg
Bremen	Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung werden die bedarfsnotwendigen Fördermittel gemeinsam vom Land und den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung und der jährlichen Haushaltspläne bereitgestellt. Jede Stadtgemeinde bringt für die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten Krankenhäuser jeweils ein Drittel der Fördermittel auf.	§ 3 Abs. 5 Bremer Krankenhausgesetz
Hamburg	-	-
Hessen	Nach § 49 des Hessisches Finanzausgleichsgesetzes ist für Investitionen und Investitionsförderungsmaßnahmen für Krankenhäuser, für die Gemeinden und Gemeindeverbände, die einen gesetzlichen Auftrag haben, Mittel des Finanzausgleichs zu veranschlagen. Diese Mittel fließen in die Krankenhausumlage nach § 51 HFAG ein. Die Landkreise und kreisfreien Städte beteiligen sich an den Kosten der Krankenhausfinanzierung mit einer vom Land zu erhebenden Krankenhausumlage nach Maßgabe des § 30 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 vom 21. Dezember 2010 (GVBl. I S. 587), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. September 2020 (GVBl. S. 573) (i.V.m. § 51 Abs. 1 HFAG).	§ 30 Krankenhausgesetz Hessen i.V.m. § 51 Hessisches Finanzausgleichsgesetz (HFAG)
Mecklenburg-Vorpommern	40 %	§ 24 Landeskrankenhausgesetz M-V

	Kommunale Beteiligung an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	§§
Niedersachsen	Die Finanzierungsmittel für die Förderung von Investitionskosten nach § 9 Abs. 1 KHG sind zu 60 vom Hundert vom Land und zu 40 vom Hundert von den in § 1 S. 1 genannten Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) aufzubringen. Die Finanzierungsmittel für die Förderung nach § 9 Abs. 2 und 3 KHG sind zu 66 2/3 vom Hundert vom Land und zu 33 1/3 vom Hundert von den Landkreisen und kreisfreien Städte aufzubringen. Abweichend von S. 2 sind die in den Grenzen des § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG zu bewilligenden Fördermittel für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken zu 60 vom Hundert vom Land und zu 40 vom Hundert von den Landkreisen und kreisfreie Städte aufzubringen.	§ 2 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)
Nordrhein-Westfalen	Die Gemeinden werden an den im Haushaltsplan des zuständigen Ministeriums veranschlagten Haushaltsbeträgen der förderfähigen Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 KHG in Höhe von 40 vom Hundert beteiligt.	§ 17 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)
Rheinland-Pfalz	keine krankenhausspezifische Umlage	-
Saarland	An den Aufwendungen für die Förderung der Errichtung von Krankenhäusern, der Wiederbeschaffung von Anlagegütern und des Ergänzungsbedarfs nach § 9 Abs. 1 KHG einschließlich der Kosten von Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken nach § 9 Abs. 2 KHG beteiligen sich die Gemeinden mit einem Betrag von 13 vom Hundert , an den Aufwendungen für die gemeindenahe stationäre Psychiatrie mit einem Drittel ; § 15 Abs. 3 des Kommunalfinanzausgleichsgesetzes vom 12. Juli 1983 (Amtsbl. S. 461), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 26. Juni 2013 (Amtsbl. I S. 262), in der jeweils geltenden Fassung, bleibt unberührt. Soweit sich der Bund oder sonstige Dritte an der Finanzierung von Modellvorhaben beteiligen, erbringen die Gemeinden die Hälfte des Betrags, der abzüglich der Finanzhilfen des Bundes oder sonstiger Dritter im Saarland zur Förderung dieser Vorhaben zur Auszahlung gelangt. Im Übrigen tragen die Gemeinden ein Drittel der Aufwendungen , die im Saarland nach dem KHG aufzubringen sind.	§ 42 Landeskrankenhausgesetz Saarland

	Kommunale Beteiligung an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	§§
Sachsen	Die Landkreise und kreisfreien Städte können an den Kosten der Krankenhausfinanzierung mit einer zu erhebenden Krankenhausumlage beteiligt werden, die nach Maßgabe des jeweiligen Gesetzes über einen kommunalen Finanzausgleich erhoben wird.	§ 8 Sächsisches Krankenhausgesetz i. V. m. Finanzausgleichsgesetz
Sachsen-Anhalt	Durch Änderung des KHG (Aufhebung § 2 KHG LSA), Wegfall der Beteiligung der Landkreise und kreisfreien Städte an der Krankenhausfinanzierung des Landes.	-
Schleswig-Holstein	Die Kreise und kreisfreien Städte beteiligen sich an den Investitionskosten der Krankenhäuser jährlich mit einem Beitrag in Höhe des vom Land bereitgestellten Betrages. (= 50 %)	§ 12 Landeskrankenhausgesetz Schleswig-Holstein
Thüringen	An den Kosten der Krankenhausfinanzierung werden die Landkreise und kreisfreien Städte mit einem jährlich vom Land zu erhebenden Beitrag in Höhe von 10,23 Euro je Einwohner beteiligt. Das für Finanzen zuständige Ministerium wird ermächtigt, die Höhe des Beitrags durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium und der obersten Kommunalaufsichtsbehörde der Preis- und Kostenentwicklung im Krankenhauswesen anzupassen.	§ 8 Landeskrankenhausgesetz Thüringen

2.2.7 Kommunalinvestitionsförderungsfonds

Zum 30. Juni 2015 trat das Kommunalinvestitionsförderungsgesetz (KInvFG) in Kraft. Gemäß § 1 des KInvFG unterstützt der Bund zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet die Länder bei der Stärkung der Investitionstätigkeit finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände. Insgesamt stehen 7 Mrd. Euro zur Verfügung. Diese teilen sich hälftig auf die Förderprogramme Infrastrukturprogramm (Kapitel 1 KInvFG) und Schulsanierungsprogramm (Kapitel 2 KInvFG) auf. Das Kapitel Schulsanierung kam erst im Jahr 2017 hinzu. Ursprünglich war der Förderzeitraum von 2015 bis Ende 2018 vorgesehen. 2016 gab es eine Verlängerung des Infrastrukturprogramms um zwei Jahre bis 2020. Im April 2020 wurden beide Programme um ein weiteres Jahr verlängert. Die Förderzeiträume der beiden Programme wurden aufgrund von Verzögerungen bei der Umsetzung wegen der Starkregen- und Hochwasserkatastrophe vom Juli 2021 sowie der Corona-Pandemie im September 2021 erneut um jeweils zwei Jahre verlängert. Über den Stand der Umsetzung der beiden Kommunalinvestitionsförderprogramme berichten die Länder dem Bund jährlich zum 30. Juni. Die Förderquote des Bundes beträgt bis zu 90 %. Zusätzlich beteiligen sich die Länder einschließlich der Gemeinden und Gemeindeverbände mit mindestens 10 % am Gesamtvolumen der förderfähigen Kosten eines Landes.

Gegenstand der Förderung sind gemäß Kapitel 1 und 2 KInvFG investive Instandhaltungs-, Sanierungs- und Umbaumaßnahmen an der kommunalen Infrastruktur in einer Vielzahl von Bereichen, darunter auch im Bereich „Krankenhäuser“ (Kapitel 1 § 3 KInvFG). Investitionsmaßnahmen in oder an Krankenhäusern sind damit eine unter mehreren förderfähigen Maßnahmen innerhalb der kommunalen Infrastrukturen. Ob und in welcher Höhe Krankenhäuser in finanzschwachen Kommunen berücksichtigt werden unterliegt damit u. a. den jeweiligen Prioritätensetzungen und Förderschwerpunkten in den Ländern bzw. Kommunen.⁸ Eine Übersicht über den derzeitigen Umsetzungsstand zeigt die Tabelle 2.5.

Die Tabelle 2.6 gibt einen Überblick über die Verteilung der Finanzmittel der Förderbereiche nach § 3 KInvFG nach Bundesländern sowie über die zum 30. Juni 2022 erfolgten Meldungen der vorgesehenen Investitionsvorhaben aller Förderbereiche. Eine Ausweisung des Förderbereichs „Krankenhäuser“ nach Ländern erfolgt nicht. Insgesamt hat es 178 Meldungen bundesweit im Bereich „Krankenhäuser“ gegeben, was einem Investitionsvolumen von 215 Mio. Euro entspricht. Bei den gemeldeten Vorhaben ist zu berücksichtigen, dass der Länderanteil am Investitionsvolumen in manchen Bundesländern teilweise oder vollständig aus KHG-Fördermitteln finanziert wird. In Berlin sind die gesamten Mittel in Höhe von rund 71,6 Mio. Euro in dem KHG-Fördermittelansatz 2016 bis 2018 enthalten. Über die Anzahl der gemeldeten Investitionsvorhaben liegen nicht für alle Länder Informationen vor. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl deutlich variiert, da sich das Investitionsvolumen beispielsweise in Bremen auf ein Projekt bezieht. In Nordrhein-Westfalen sollte im Gegensatz dazu bis zum Frühjahr 2017 die Umsetzung von insgesamt 26 geplanten Maßnahmen begonnen haben.

Die Tabelle 2.6 verdeutlicht zudem, dass der Kommunalinvestitionsförderungsfonds mit einem zum aktuellen Stand bundesweit genehmigten Investitionsvolumen für den Förderbereich „Krankenhäuser“ in Höhe von 209,8 Mio. Euro, die ausschließlich einzelnen ausgewählten Investitionsvorhaben gewährt werden, zu keiner nachhaltigen Verbesserung oder Lösung der Investitionsproblematik der Krankenhäuser beitragen kann.

⁸ Zur Umsetzung des KInvFG erfolgte der Abschluss einer Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern. Diese regelt die Verfahrensdetails der Umsetzung des Gesetzes. Die Länder regeln die Voraussetzungen für die Gewährung von Zuweisungen und weitere Einzelheiten in entsprechenden Landesgesetzen, Verwaltungsvorschriften bzw. Richtlinien. Generell stehen die Bundesmittel nicht allen Kommunen zur Verfügung, sondern sind finanzschwachen Kommunen vorbehalten. Die Länder können die Finanzhilfen z. B. pauschal auf die finanzschwachen Kommunen aufteilen.

Tabelle 2.5: Aktueller Stand der Umsetzung (Kapitel 1 KInvFG)

Meldung der vorgesehenen Vorhaben* ¹⁾ nach § 5 Nr. 2 VV zum 30. Juni 2022			
Förderbereich gemäß § 3 KInvFG	Anzahl	Investitions- volumen	
		in Mio.Euro	in Prozent
Krankenhäuser	178	215	3,8
Lärmbekämpfung	352	206	3,7
Städtebau	1.478	1.081	19,2
Informationstechnologie (50 Mbit-Ausbaziel)	334	167	3,0
Energetische Sanierung sonstiger Infrastruktur	4.327	976	17,3
Luftreinhaltung	717	269	4,8
Investitionen mit Schwerpunkt Infrastruktur gesamt	7.386	2.914	51,8
Einrichtungen der frühkindlichen Infrastruktur	2.197	922	16,4
Energetische Sanierung von Schulinfrastruktureinrichtungen	2.999	1.772	31,5
Energetische Sanierung von Weiterbildungseinrichtungen	35	13	0,2
Modernisierung von überbetrieblichen Bildungsstätten	3	5	0,1
Investitionen mit Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur gesamt	5.233	2.713	48,2
Gesamt ¹⁾	12.620	5.626	100,0

1) Hierfür planen die Kommunen Finanzhilfen i.H.v. 3,46 Mrd. Euro ein.

*) Die zusammenfassende Liste gemäß § 5 Nr. 2 VV KInvFG umfasst als „vorgesehene Vorhaben“ auch die zum Berichtszeitpunkt bereits begonnenen oder abgeschlossenen Maßnahmen.

Tabelle 2.6: Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen und vorgesehene Investitionsvorhaben nach Ländern (§ 1 KInvFG)

Land	Finanzhilfen gemäß § 3 KInvFG			Vorgesehene Vorhaben ^{*)} zum 30. Juni 2022				
	insgesamt	davon abgerufen Stand: 30. Juni 2022		Anzahl	Investitionsvolumen	Bundesbeteiligung		
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in %		in Mio. Euro	in Mio. Euro	Anteil an den Finanzhilfen in %	Anteil am Investitionsvolumen in %
Baden-Württemberg	247,7	238,8	96,4	1.742	653,7	247,7	100,0	37,9
Bayern	289,2	238,4	82,4	668	514,1	289,2	100,0	56,3
Berlin	137,8	125,9	91,3	175	149,7	134,7	97,7	90,0
Brandenburg	107,9	107,4	99,5	466	161,9	107,5	99,6	66,4
Bremen	38,8	38,6	99,5	43	43,1	38,8	100,0	90,0
Hamburg	58,4	57,9	99,1	74	191,0	58,4	100,0	30,6
Hessen	317,1	239,4	75,5	1.431	446,2	315,2	99,4	70,6
Mecklenburg-Vorpommern	79,3	65,7	82,9	25	100,0	79,2	100,0	79,3
Niedersachsen	327,5	291,1	88,9	1.453	649,9	327,5	100,0	50,4
Nordrhein-Westfalen	1.125,6	987,5	87,7	2.851	1.510,7	1.107,1	98,4	73,3
Rheinland-Pfalz	253,2	204,3	80,7	694	344,9	247,9	97,9	71,9
Saarland	75,3	71,2	94,5	357	100,5	75,3	100,0	74,9
Sachsen	155,8	155,8	100,0	920	308,1	155,8	100,0	50,6
Sachsen-Anhalt	110,9	105,5	95,2	234	148,4	110,3	99,5	74,4
Schleswig-Holstein	99,5	91,3	91,7	245	188,9	94,6	95,0	50,1
Thüringen	75,8	72,2	95,2	1.242	115,5	72,4	95,5	62,7
Gesamt	3.500,0	3.090,9	88,3	12.620	5.626,4	3.461,7	98,9	61,5

*) Die zusammenfassende Liste gemäß § 5 Nr. 2 VV KInvFG umfasst als „vorgesehene Vorhaben“ auch die zum Berichtszeitpunkt bereits begonnenen oder abgeschlossenen Maßnahmen.

Die Festlegung, welche Kommunen im Land als finanzschwach gelten und somit einen Anspruch auf die Fördermittel haben, die Verteilung der Fördermittel auf die ausgewählten Kommunen sowie die Auswahl der zur Umsetzung vorgesehenen Förderbereiche obliegt den Ländern.

Quelle: Bundesfinanzministerium und Ministerien auf Landesebene.

2.3 Landesgremium nach § 90a SGB V

Mit dem zum 01. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde den Ländern die Möglichkeit eröffnet, nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen ein gemeinsames Gremium auf Landesebene aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten zu bilden.

Das gemeinsame Landesgremium kann gem. § 90a Abs. 1 SGB V Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde ergänzend klargestellt, dass sich solche Empfehlungen auch auf Maßnahmen im Zusammenhang mit einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung beziehen können. Diese Ergänzung ist insbesondere vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V vorgesehenen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sehen, den vertragsärztlichen Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen. Mit dem GKV-VSG wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen zudem in § 75 Abs. 1b S. 6 SGB V verpflichtet, mit den Rettungsleitstellen der Länder zu kooperieren. Zu den weiteren möglichen sektorenübergreifenden Fragestellungen, die in diesem Gremium beraten werden können, zählen z. B. Fragen im Zusammenhang mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V oder mit Konzepten zur Vermeidung von Unterversorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium gem. § 90a Abs. 2 SGB V auch Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung des Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 99 Abs. 1 SGB V und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen Stellung zu nehmen,

- wenn kein Einvernehmen über den Bedarfsplan zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Ersatzkassen zustande kommt (§ 99 Abs. 2 SGB V),
- bei der Feststellung einer bestehenden oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung (§ 100 Abs. 1 S. 1 SGB V),
- bei der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in einem nicht unterversorgten Planungsbereich (§ 100 Abs. 3 SGB V) sowie
- bei der Feststellung von Überversorgung (§ 103 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Die Beschlüsse des Gremiums haben lediglich Empfehlungscharakter. Die bestehenden Planungs- und Entscheidungsstrukturen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und Krankenhausplanung bleiben unberührt. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung bestimmen sich nach Landesrecht. Gemeinsame Landesgremien sind bis dato in einem Großteil der Bundesländer eingerichtet worden oder ihre Einberufung wurde beschlossen.⁹

⁹ Schaffung der landesrechtlichen Grundlage bzw. Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

3 Krankenhausplanung

3.1 Methoden und Gutachten in der Krankenhausplanung

Zur Ermittlung des zukünftigen Bettenbedarfs eines Bundeslandes sind die mit der Aufstellung des Krankenhausplans beauftragten Landesministerien auf Prognosen angewiesen. Eine der bekanntesten und am längsten verwendeten Methode ist die Hill-Burton-Formel. In jüngerer Vergangenheit sind durch Aufträge der verschiedenen Beteiligten in der Krankenhausplanung mehrere Gutachten zur Entwicklung alternativer bzw. ergänzender Methoden in der Bettenbedarfsermittlung entstanden, die sich mehr oder weniger erfolgreich in der Krankenhausplanung durchgesetzt haben. Im Folgenden werden neben der Hill-Burton-Formel eine Auswahl mehrerer Gutachten zur Krankenhausplanung vorgestellt. Eine Auflistung aller für die Krankenhausplanung erstellten Gutachten würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen, so dass auf Vollständigkeit verzichtet werden muss. Die Auswahl der fünf Gutachten ist keinesfalls als Wertung oder Bevorzugung zu verstehen. Der jeweilige Inhalt der vorgestellten Gutachten kann an dieser Stelle aus dem gleichen genannten Grund nur verkürzt wiedergegeben werden.¹⁰

Im Bereich der Krankenhausplanung ist darüber hinaus darauf zu achten, dass der Bedarfsanalyse ein Berechnungsmodell zugrunde liegt. Die bedarfsnotwendige Planung muss laut Bundesverwaltungsgericht eine Analyse der „versorgungsnotwendigen Kapazitäten [...] unter Berücksichtigung der Leistungs- und Bedarfsentwicklung, der demographischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts sowie sich ändernde medizinischer Versorgungsstrukturen“ berücksichtigen.¹¹

3.1.1 Die Hill-Burton-Formel

Die aus den USA stammende Hill-Burton-Formel existiert inzwischen seit annähernd 60 Jahren und wird nach wie vor überwiegend zur Ermittlung des Bettenbedarfs herangezogen. Als Determinanten fließen Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad (Auslastungsgrad) in die Formel ein.

- a) Die Einwohnerzahl (E) basiert auf landesspezifischen Daten. Diese werden zur Ermittlung der Einwohnerentwicklung bis zum Zieljahr des Krankenhausplanes prognostiziert.
- b) Die Verweildauer (VD) ist die durchschnittliche Anzahl der Tage, die ein Patient stationär im Krankenhaus verbringt. Aufnahme und Entlassungstag zählen zusammen als ein Tag.

$$VD = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Fallzahl}},$$

wobei die Fallzahl wie folgt definiert ist:

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{Patientenzugang} + \text{Patientenabgang}}{2}$$

¹⁰ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 384-385.

¹¹ BVerwG, Urteil vom 26.04.2018 – 3 C 11.16.

- c) Die Krankenhaushäufigkeit (KH) ist die Relation der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe des Jahres stationär behandelt werden, zu der Einwohnerzahl des betreffenden Gebietes.

$$KH = \frac{\text{Fallzahl} \times 1000}{E}$$

- d) Der Bettennutzungsgrad (BN) kann zum einen über die Formel

$$BN = \frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{Betten} \times 365}$$

erfolgen. In den meisten Fällen wird dieser jedoch vom jeweiligen Ministerium vorgegeben.

Unter der Berücksichtigung der vorhergehenden Faktoren lautet die Hill-Burton-Formel (HBF) dann wie folgt:

$$HBF = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{BN \times 1000 \times 365} = \text{Bettenbedarf}^{12}$$

3.1.2 Dornier/IGES-Gutachten

Das vom Stadtstaat Hamburg bei Dornier und IGES in Auftrag gegebene Gutachten basiert auf der Hill-Burton-Formel. Im Vordergrund dieses Gutachtens steht die Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors, die durch die Einbeziehung von Expertenmeinungen erreicht wird. Die Ermittlung des Bettenbedarfs geschieht damit im Gegensatz zu bisherigen Ansätzen auf prognostizierten Werten. Das Prognoseverfahren an sich verläuft in zwei Schritten. Zunächst erfolgt für jedes medizinische Fachgebiet eine Fortschreibung der bestehenden Statistiken von Fallzahlen und Verweildauern. In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Ergebnisse einem Kreis von medizinischen Experten vorgelegt. Die den Experten vorgestellten Ergebnisse werden zudem durch weitere Informationen aus der Diagnosestatistik über fachgebietsbezogene Fakten ergänzt. Auf dieser Grundlage wird der Expertenkreis gebeten, eine Einschätzung zu den Einflussfaktoren auf die Fallzahlen und die Verweildauern abzugeben.¹³

3.1.3 IGSF/Beske-Gutachten

Ein weiterer Ansatz stammt von Professor Dr. Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), der mit Hilfe der Krankenhausdiagnosestatistik eine Prognose der Krankenhaushäufigkeit durchgeführt hat. Unter der Annahme, dass die Morbidität nach Alter und Geschlecht gleich bleibt, geht die zuvor ermittelte Bevölkerungsvorausschätzung in das Prognosemodell mit ein. Die Verweildauer wird, wie bei dem Dornier/IGES-Gutachten, durch eine Trendextrapolation bestimmt. Im Anschluss an dieses Verfahren werden ebenfalls Expertenbefragungen zu den Ergebnissen durchgeführt. Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt standortbezogen. Neben dem Faktor

¹² Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 385.

¹³ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 386.

Morbidität bezieht Beske – im Gegensatz zu z. B. IGES – die Wirtschaftlichkeit in die Gutachtenmethodik mit ein. Diese wird an der Höhe der Fallkosten gemessen.¹⁴

3.1.4 Rüschmann (GSbG)-Gutachten

Das Rüschmann-Gutachten (Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschmann, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen) bietet mit seiner Benchmark-Methode einen, nach eigenen Angaben, leistungsorientierten Ansatz in der Krankenhausplanung. Hierzu werden die den Krankenkassen verfügbaren Daten nach § 301 SGB V verwendet, anhand derer Krankheitsgruppen, ähnlich den DRGs, gebildet werden. Auf dieser Basis wird eine Ermittlung des Substitutionspotentials durch ambulante, vor-, nach- und teilstationäre Behandlung durchgeführt. Der Benchmarking-Ansatz fordert, dass nach der Analyse alle Krankenhäuser das gleiche Substitutionspotential wie die 25 % der Krankenhäuser mit dem derzeit höchsten Substitutionspotential besitzen. Die durch den Ansatz ermittelte Prognose wird durch eine geschätzte Morbiditätsentwicklung (Fortschreibung der bisherigen Morbiditätsstruktur) ergänzt bzw. korrigiert. Auch die Prognose der Verweildauer erfolgt durch den 25 %-Ansatz, wobei davon ausgegangen wird, dass die Krankenhäuser zukünftig die gleiche Verweildauer besitzen, wie die 25 % der Krankenhäuser mit der aktuell geringsten Verweildauer. Anhand der gewonnenen Werte für Fallzahl und Verweildauer wird zuletzt der zukünftige Bedarf an Planbetten berechnet.¹⁵

3.1.5 BASYS/I+G-Gutachten

Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Gutachten von BASYS und I+G ähnelt dem bereits beschriebenen IGSF-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausesbezogene Morbidität, sondern die bevölkerungsbezogene Morbidität zur Prognose hinzugezogen wird, die anhand von Survey- und Registerdaten ermittelt wird. Die Ergebnisse werden jedoch nicht zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Betten, sondern lediglich zur Feststellung eines Zusammenhangs von Morbidität und Krankenhausinanspruchnahme verwendet. Ein zukünftiger Bettenbedarf wird in diesem Gutachten nicht berechnet.¹⁶

3.1.6 GEBERA-Gutachten

Die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) hat in den vergangenen Jahren im Auftrag der Länder Rheinland-Pfalz (2003), Thüringen (2005) und Saarland (2005, 2010, 2017¹⁷ und 2018) vorbereitende Gutachten zur Krankenhausplanung erstellt. Die Berechnungen zum zukünftigen Bettenbedarf in den Ländern erfolgten anhand der Hill-Burton-Formel. Als bedarfsbeeinflussende Determinanten wurde insbesondere die demographische Entwicklung in Verbindung mit Morbiditätsanalysen berücksichtigt. Die Darstellung und Quantifizierung der bedarfsbeein-

¹⁴ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 386.

¹⁵ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 386.

¹⁶ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 386.

¹⁷ Das saarländische Gutachten des Jahres 2017 wurde durch die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH erstellt.

flussenden Determinanten basieren auf Material- und Literaturrecherchen und Expertenbefragungen.¹⁸

3.1.7 Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

Das Gutachten ist von „PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH“ erstellt worden, die dabei von der „Lohfert & Lohfert AG“ sowie dem „Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin“ unterstützt wurde. Das Gutachten empfiehlt eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung hin zu einer Planung anhand von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.¹⁹

3.1.8 Gutachten der Monopolkommission

Die Monopolkommission hat in einem Sondergutachten „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“ Empfehlungen an die Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung veröffentlicht.²⁰ Die Kommission empfiehlt, das System der Bedarfsplanung gezielter, wirksamer und wettbewerbskonformer auszurichten. Sie sieht die zentrale Bedarfsplanung der Behörden und die eigenverantwortliche (dezentrale) Bedarfsplanung der Krankenhäuser in einem potentiellen Konflikt. Dieser Konflikt solle mittels einer Anpassung der gesetzlichen Grundanlage für die Bedarfsplanung aufgelöst werden, indem im KHG die Aufgaben der Organisationsmechanismen klarer zugeordnet werden sollen. Die Krankenhäuser sollten nach Ansicht der Kommission einen Spielraum erhalten, um die Versorgungskapazitäten selbstständig im Wettbewerb zu bestimmen, während die zentrale Bedarfsplanung darauf ausgerichtet werden sollte, eine eventuell auftretende Unterversorgung gezielt abzustellen.

3.2 Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die deutsche Krankenhauslandschaft unterliegt einem tiefgreifenden Wandel. Besonders deutlich spiegelt sich der Wandel in der Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen sowie in deren Verteilung auf öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenträger wider. Aber auch viele andere Indikatoren, darunter z. B. die durchschnittliche Verweildauer der Patienten oder die Anzahl der stationären Behandlungsfälle, machen deutlich, dass sich sowohl die Strukturen als auch das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser mit hoher Geschwindigkeit fortentwickeln. Im Folgenden sind die zentralen Entwicklungen dargestellt.²¹

Krankenhäuser, aufgestellte Betten, Bettendichte

Die Anzahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2020 um rund 21 % von insgesamt 2.411 auf 1.903 Häuser gesunken. Gleichmaßen ist die Anzahl der aufgestellten Betten von 665.565 auf 487.783 und somit um 26,7 % gesunken (vgl. Abbildung 3.1). In vergleichbarer prozentualer Höhe sank ebenfalls die Anzahl der nach KHG geförderten Betten von 582.893 auf 429.459 bis zum Jahr 2020. Zudem sank die

¹⁸ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 387.

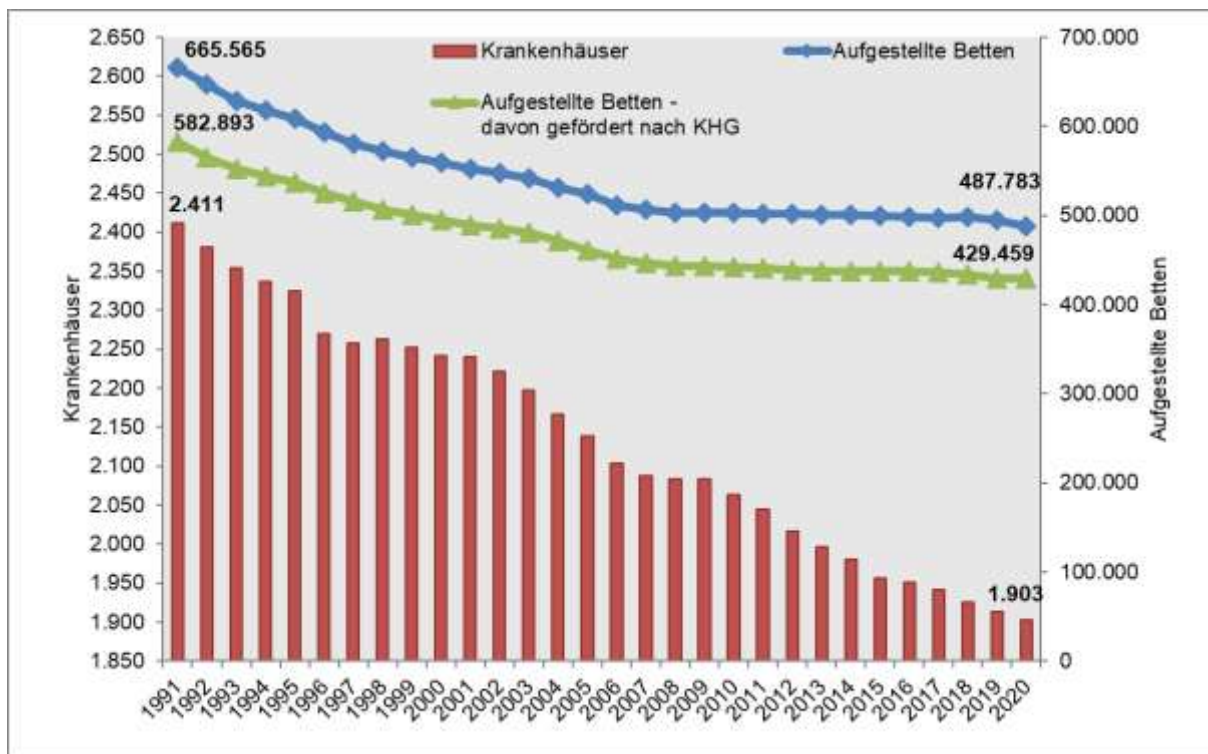
¹⁹ Siehe dazu auch das Gutachten abrufbar unter https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/58.

²⁰ Das Gutachten ist verfügbar unter <https://www.monopolkommission.de/de/pressemitteilungen/380-krankenhausversorgung-nach-corona-wettbewerb-planung-und-finanzierung-neu-organisieren.html>.

²¹ Die Betrachtungen erfolgen für die Krankenhäuser insgesamt gem. den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 6.1.1 - Grunddaten der Krankenhäuser).

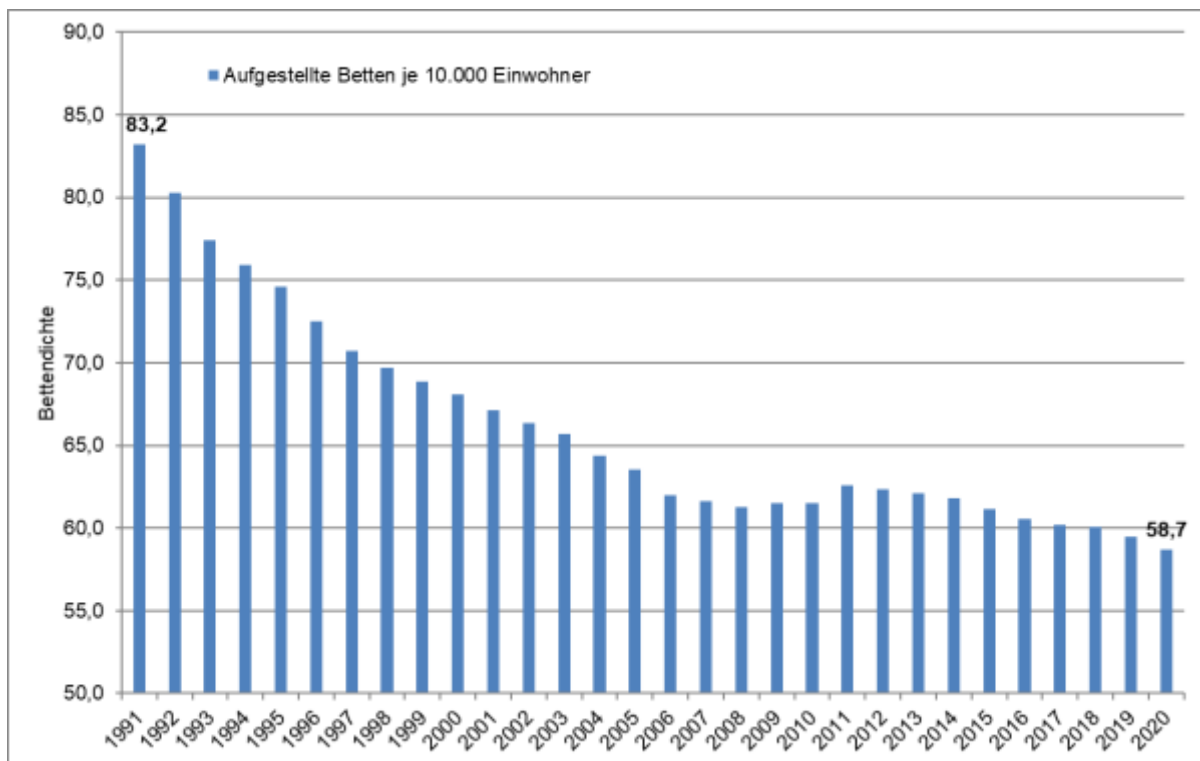
Bettendichte²², die als Anzahl der aufgestellten Betten je 10.000 Einwohner definiert ist, zwischen 1991 und 2020 von 83,2 auf 58,7 (vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.1: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen von 1991 bis 2020



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

²² Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bis 2010 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen.

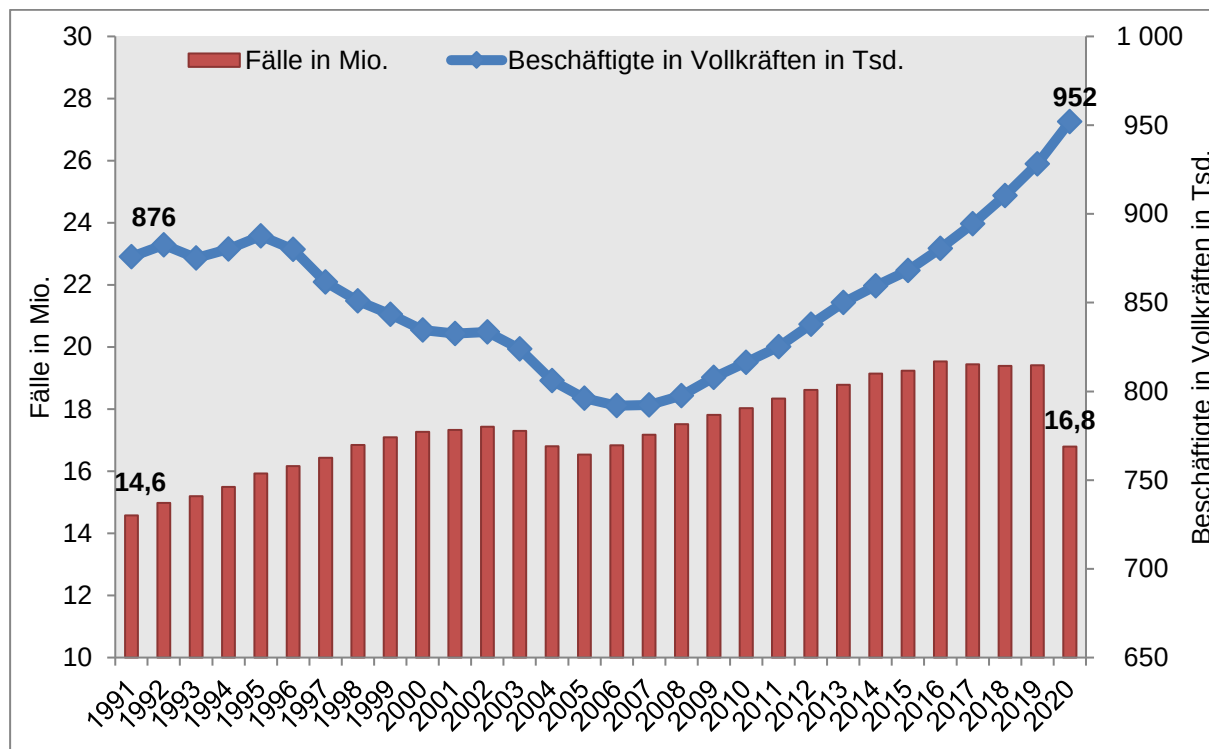
Abbildung 3.2: Entwicklung der Bettendichte²³ von 1991 bis 2020

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

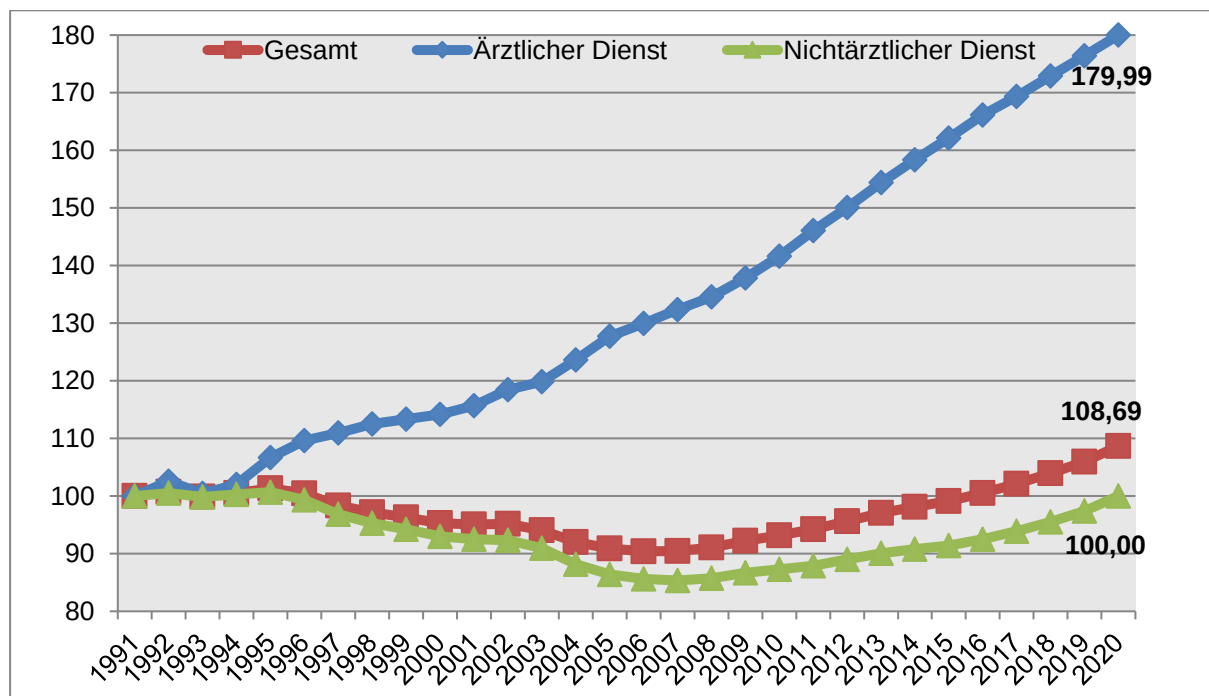
Behandlungsfälle, Beschäftigte und Verweildauer

Dem Rückgang der Krankenhaus- und Bettenzahlen steht ein erheblicher Anstieg stationärer Behandlungsfälle im gleichen Betrachtungszeitraum gegenüber. So stieg die Fallzahl von 14,6 Mio. im Jahr 1991 auf ca. 19,4 Mio. im Jahr 2019 und damit um rund 34 % (vgl. Abbildung 3.3). Aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie sank die Fallzahl im Jahr 2020 auf 16,8 Millionen Fälle, 13,4% weniger im Vergleich zum Vorjahr. Die Anzahl der Beschäftigten (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) befindet sich im Jahr 2020 leicht über dem Niveau des Jahres 1991 (ca. +7 %), nachdem die Beschäftigtenzahlen bis zum Jahr 2006 sanken und danach konstant stiegen. Die Beschäftigtenzahlen im ärztlichen Bereich (+80 %) sind im Vergleich zum Basisjahr deutlich gestiegen, im nicht-ärztlichen Bereich hingegen nicht (vgl. Abbildung 3.4). Seit 2007 steigt die Gesamtzahl der Beschäftigten (auch im nicht-ärztlichen) Bereich wieder an (+19 %). Die Verweildauer betrug im Jahr 2020 7,2 Tage gegenüber 14,0 Tagen im Jahr 1991 (-49 %, vgl. Abbildung 3.5). Weitere Informationen und Einzeldaten sind Tabelle 3.1 und Tabelle 3.2 zu entnehmen.

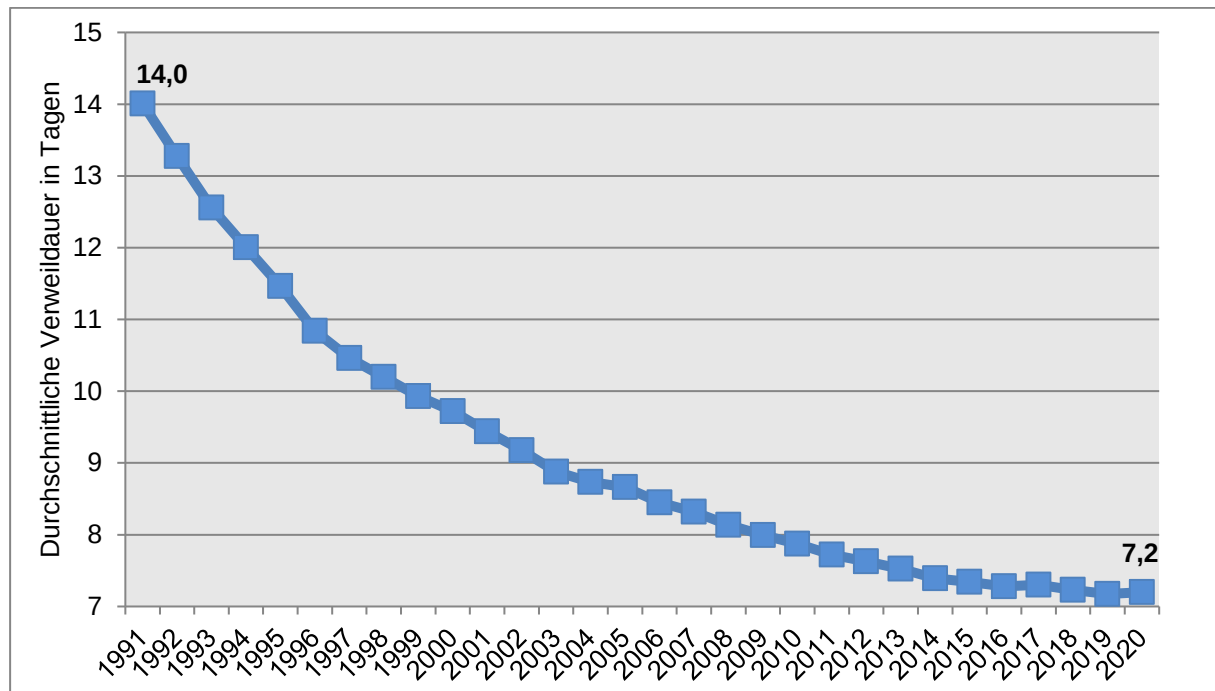
²³ Bis 2010 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen. Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Der Anstieg der Bettendichte ab 2011 ist auf die neue Datenbasis zurückzuführen, die eine um ca. 1,5 Mio. Einwohner verringerte Durchschnittsbevölkerung ausweist.

Abbildung 3.3: Entwicklung der Behandlungsfälle und Beschäftigtenzahlen von 1991 bis 2020

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.4: Entwicklung der Beschäftigtenzahlen bis 2020 (indexiert, 1991 = 100)

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

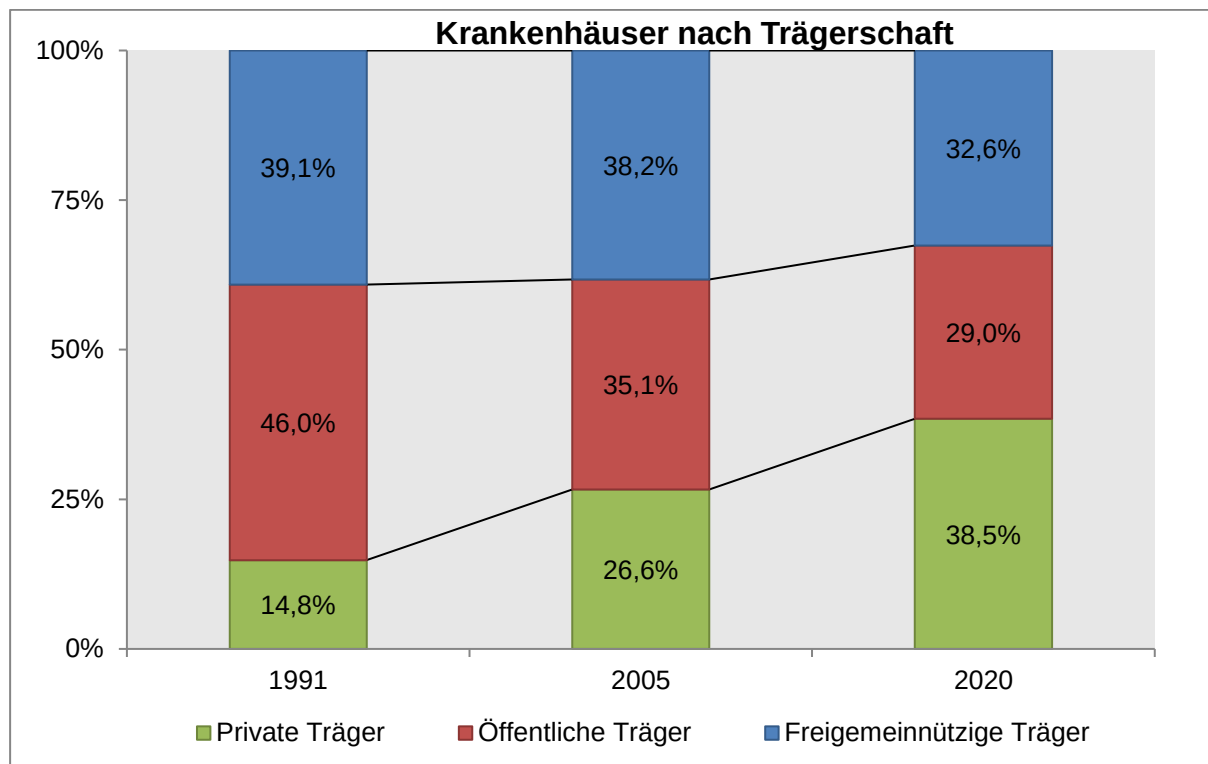
Abbildung 3.5: Entwicklung der Verweildauer in Tagen von 1991 bis 2020

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

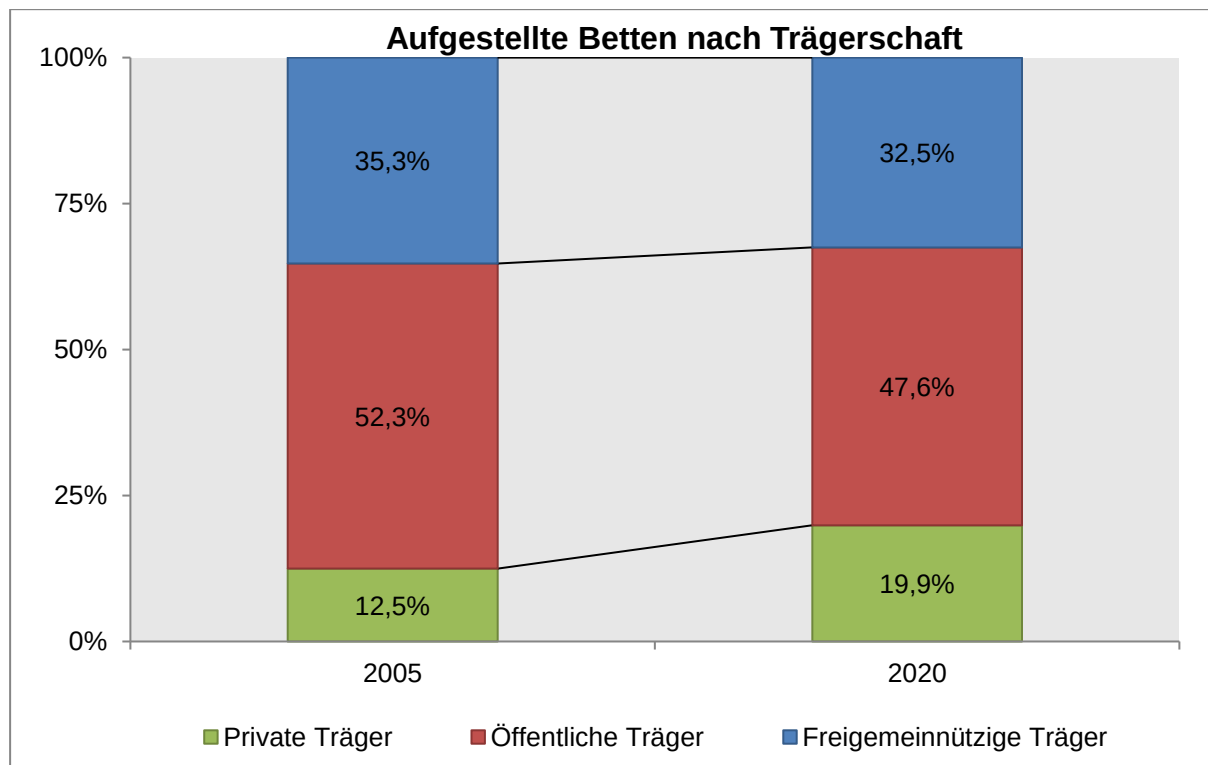
Krankenhausträger

Deutliche Veränderungen sind auch in der Verteilung der Krankenhäuser auf öffentliche, freigemeinnützige und private Träger zu beobachten. Befanden sich im Jahr 1991 noch 46 % der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, so waren es im Jahr 2020 noch knapp 29 %. Der Anteil der privaten Krankenhausträger stieg im selben Zeitraum von ca. 15 % auf rund 39 %. Der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser blieb mit ca. 33 % im Jahr 2020 gegenüber 39 % im Jahr 1991 relativ konstant (vgl. Abbildung 3.6).

Der Anteil der privaten Krankenhausträger fällt deutlich niedriger aus, wenn als Bezugsgröße nicht die Anzahl der Krankenhäuser, sondern die Anzahl der aufgestellten Betten herangezogen wird. Dementsprechend beläuft sich der Anteil an Krankenhäusern in privater Trägerschaft auf ca. 20 % im Jahr 2020. Die entsprechenden Anteile der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger betragen ca. 48 % bzw. 33 % (vgl. Abbildung 3.7 sowie Tabelle 3.3 und Tabelle 3.4).

Abbildung 3.6: Krankenhäuser nach Trägerschaft, Anteile in den Jahren 1991, 2005 und 2020

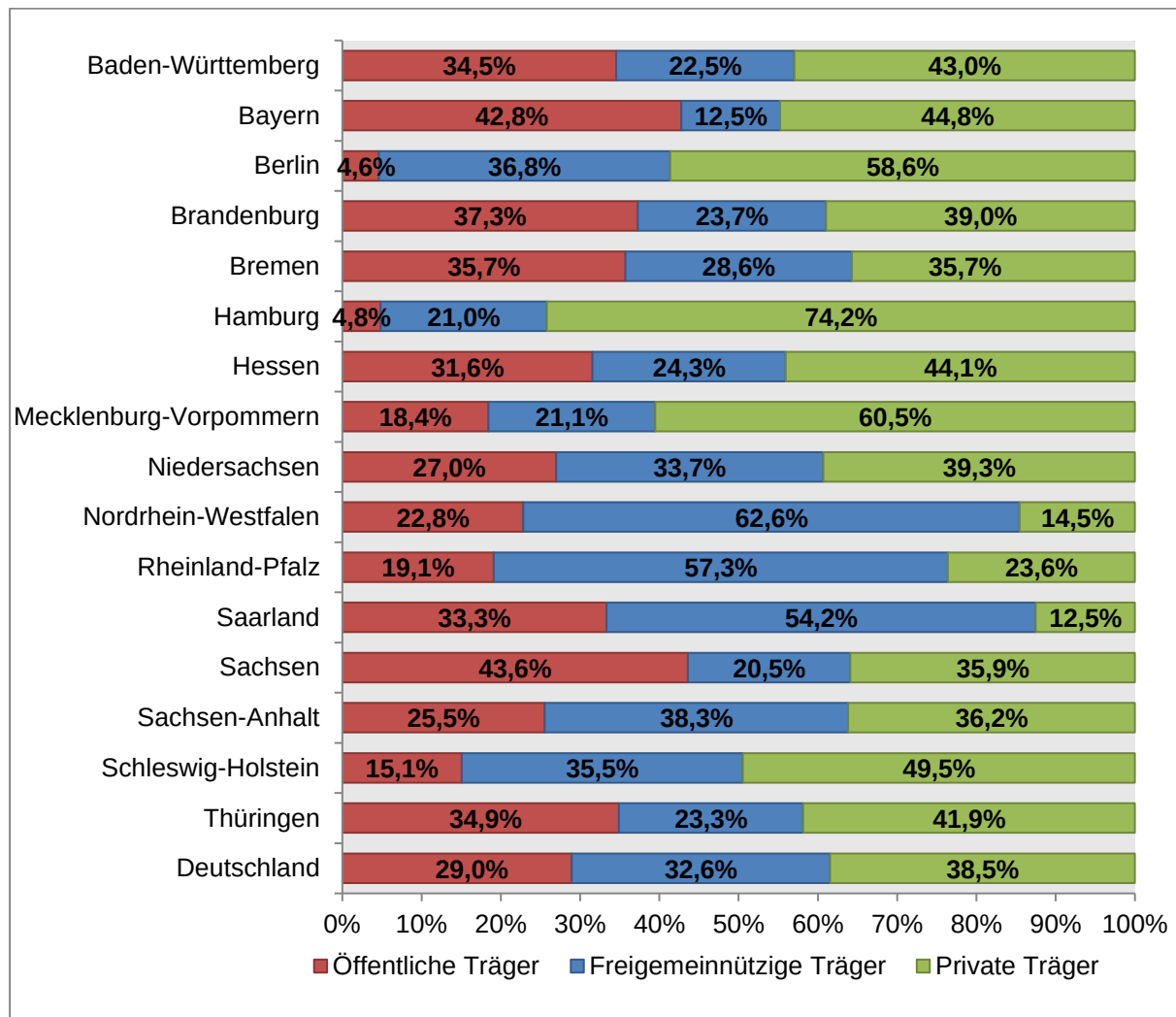
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

Abbildung 3.7: Aufgestellte Betten nach Trägerschaft, Anteile in 2005 und 2020

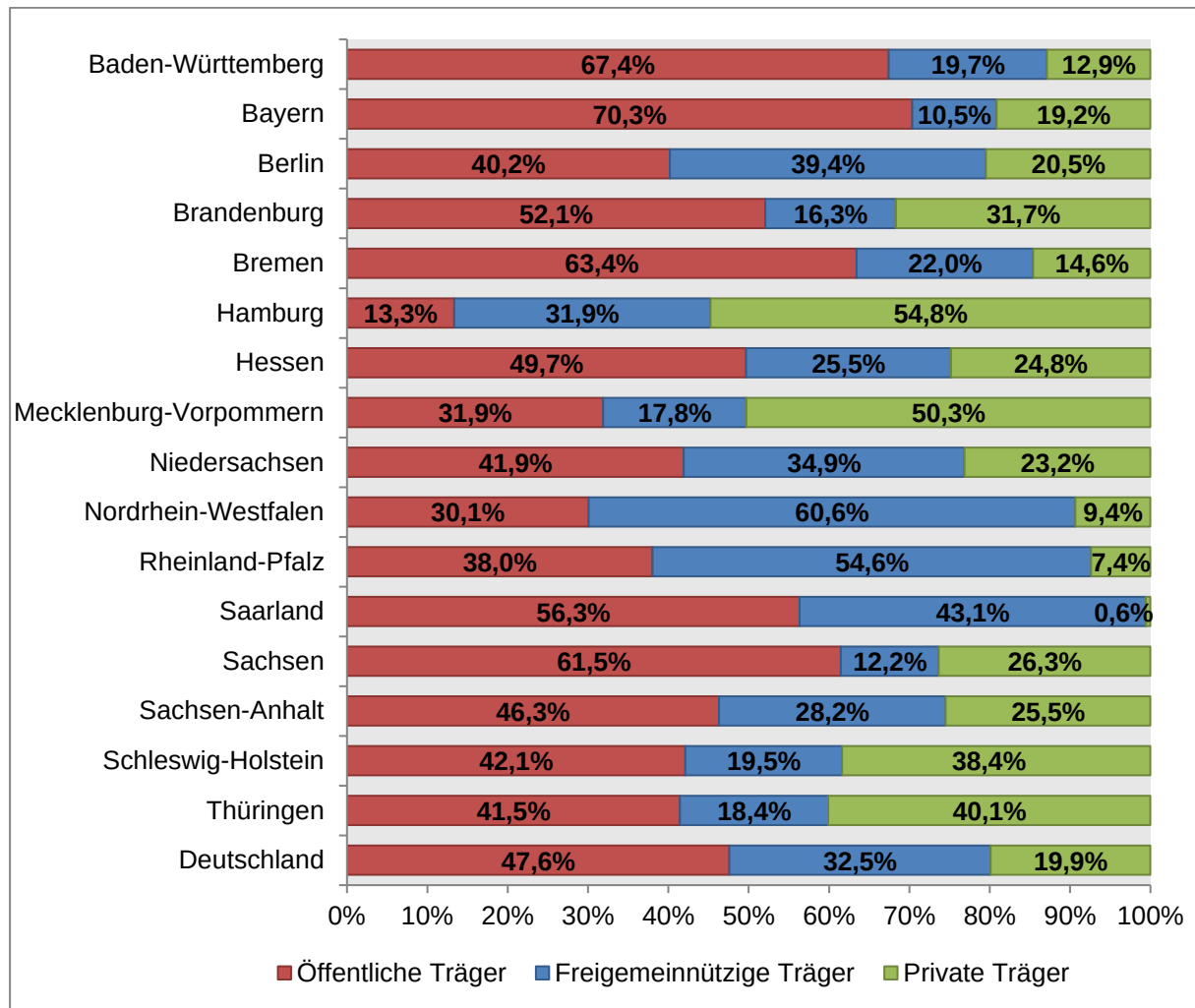
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

Zwischen den Bundesländern gibt es im Hinblick auf die Verteilung der Krankenhäuser sowie der aufgestellten Betten nach Art der Trägerschaft erhebliche Unterschiede (vgl. Abbildung 3.8 und Abbildung 3.9). Die Anzahl der Krankenhäuser orientiert sich dabei an den Daten des Statistischen Bundesamtes, d. h. ein Krankenhaus kann in der Zählung ggf. mehrere Standorte umfassen.

Abbildung 3.8: Krankenhäuser nach Bundesland und Trägerschaft im Jahr 2020, in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

Abbildung 3.9: Aufgestellte Betten nach Bundesland und Trägerschaft im Jahr 2020, in Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

Tabelle 3.1: Grunddaten der Krankenhäuser von 1991 bis 2020, Deutschland

Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten- dichte*	Fälle**	Berechnungs- und Bele- gungstage**	Ø Verweil- dauer**	Ø Betten- auslastung**
	Anzahl	Anzahl	Betten je 10.000 Einwohner	Anzahl	in Tsd.	in Tagen	in %
1991	2.411	665.565	83,2	14.576.613	204.204	14,0	84,1
1992	2.381	646.995	80,3	14.974.845	198.769	13,3	83,9
1993	2.354	628.658	77,4	15.191.174	190.741	12,6	83,1
1994	2.337	618.176	75,9	15.497.702	186.049	12,0	82,5
1995	2.325	609.123	74,6	15.931.168	182.627	11,5	82,1
1996	2.269	593.743	72,5	16.165.019	175.247	10,8	80,6
1997	2.258	580.425	70,7	16.429.031	171.837	10,5	81,1
1998	2.263	571.629	69,7	16.847.477	171.802	10,2	82,3
1999	2.252	565.268	68,9	17.092.707	169.696	9,9	82,2
2000	2.242	559.651	68,1	17.262.929	167.789	9,7	81,9
2001	2.240	552.680	67,1	17.325.083	163.536	9,4	81,1
2002	2.221	547.284	66,4	17.432.272	159.937	9,2	80,1
2003	2.197	541.901	65,7	17.295.910	153.518	8,9	77,6
2004	2.166	531.333	64,4	16.801.649	146.746	8,7	75,5
2005	2.139	523.824	63,5	16.539.398	143.244	8,7	74,9
2006	2.104	510.767	62,0	16.832.883	142.251	8,5	76,3
2007	2.087	506.954	61,6	17.178.573	142.893	8,3	77,2
2008	2.083	503.360	61,3	17.519.579	142.535	8,1	77,4
2009	2.084	503.341	61,5	17.817.180	142.414	8,0	77,5
2010	2.064	502.749	61,5	18.032.903	141.942	7,9	77,4
2011	2.045	502.029	62,6	18.344.156	141.676	7,7	77,3
2012	2.017	501.475	62,4	18.620.442	142.024	7,6	77,4
2013	1.996	500.671	62,1	18.787.168	141.340	7,5	77,3
2014	1.980	500.680	61,8	19.148.626	141.534	7,4	77,4
2015	1.956	499.351	61,1	19.239.574	141.281	7,3	77,5
2016	1.951	498.718	60,6	19.532.779	142.170	7,3	77,9
2017	1.942	497.182	60,2	19.442.810	141.152	7,3	77,8
2018	1.925	498.192	60,1	19.392.466	140.225	7,2	77,1
2019	1.914	494.326	59,5	19.415.555	139.268	7,2	77,2
2020	1.903	487.783	58,7	16.793.962	120.202	7,2	67,3

Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)							
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten- -dichte*	Fälle**	Berechnungs- und Bele- gungstage**	Ø Verweil- dauer**	Ø Betten- auslastung**
1992	-1,2%	-2,8%	-3,5%	2,7%	-2,7%	-5,2%	-0,1%
1993	-1,1%	-2,8%	-3,5%	1,4%	-4,0%	-5,4%	-1,0%
1994	-0,7%	-1,7%	-2,0%	2,0%	-2,5%	-4,4%	-0,8%
1995	-0,5%	-1,5%	-1,8%	2,8%	-1,8%	-4,5%	-0,4%
1996	-2,4%	-2,5%	-2,8%	1,5%	-4,0%	-5,4%	-1,8%
1997	-0,5%	-2,2%	-2,4%	1,6%	-1,9%	-3,5%	0,6%
1998	0,2%	-1,5%	-1,5%	2,5%	0,0%	-2,5%	1,5%
1999	-0,5%	-1,1%	-1,2%	1,5%	-1,2%	-2,6%	-0,1%
2000	-0,4%	-1,0%	-1,1%	1,0%	-1,1%	-2,1%	-0,4%
2001	-0,1%	-1,2%	-1,4%	0,4%	-2,5%	-2,9%	-1,0%
2002	-0,8%	-1,0%	-1,1%	0,6%	-2,2%	-2,8%	-1,2%
2003	-1,1%	-1,0%	-1,0%	-0,8%	-4,0%	-3,3%	-3,1%
2004	-1,4%	-2,0%	-1,9%	-2,9%	-4,4%	-1,6%	-2,8%
2005	-1,2%	-1,4%	-1,4%	-1,6%	-2,4%	-0,8%	-0,7%
2006	-1,6%	-2,5%	-2,4%	1,8%	-0,7%	-2,4%	1,8%
2007	-0,8%	-0,7%	-0,6%	2,1%	0,5%	-1,6%	1,2%
2008	-0,2%	-0,7%	-0,5%	2,0%	-0,3%	-2,2%	0,2%
2009	0,0%	0,0%	0,3%	1,7%	-0,1%	-1,8%	0,2%
2010	-1,0%	-0,1%	0,0%	1,2%	-0,3%	-1,5%	-0,2%
2011	-0,9%	-0,1%	1,8%	1,7%	-0,2%	-1,9%	0,0%
2012	-1,4%	-0,1%	-0,4%	1,5%	0,2%	-1,2%	0,1%
2013	-1,0%	-0,2%	-0,4%	0,9%	-0,5%	-1,4%	0,0%
2014	-0,8%	0,0%	-0,4%	1,9%	0,1%	-1,8%	0,1%
2015	-1,2%	-0,3%	-1,1%	0,5%	-0,2%	-0,7%	0,1%
2016	-0,3%	-0,1%	-0,9%	1,5%	0,6%	-0,9%	0,5%
2017	-0,5%	-0,3%	-0,6%	-0,5%	-0,7%	0,3%	-0,1%
2018	-0,9%	0,2%	-0,2%	-0,3%	-0,7%	-0,9%	-0,9%
2019	-0,6%	-0,8%	-1,0%	0,1%	-0,7%	-0,8%	0,1%
2020	-0,6%	-1,3%	-1,3%	-13,5%	-13,7%	0,4%	-12,8%

Veränderung gegenüber 1991 (in %)							
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten -dichte*	Fälle**	Berechnungs- und Bele- gungstage**	Ø Verweil- dauer**	Ø Betten- auslastung**
1992	-1,2%	-2,8%	-3,5%	2,7%	-2,7%	-5,2%	-0,1%
1993	-2,4%	-5,5%	-6,9%	4,2%	-6,6%	-10,4%	-1,1%
1994	-3,1%	-7,1%	-8,8%	6,3%	-8,9%	-14,3%	-1,9%
1995	-3,6%	-8,5%	-10,4%	9,3%	-10,6%	-18,2%	-2,3%
1996	-5,9%	-10,8%	-12,9%	10,9%	-14,2%	-22,6%	-4,1%
1997	-6,3%	-12,8%	-15,0%	12,7%	-15,9%	-25,3%	-3,5%
1998	-6,1%	-14,1%	-16,3%	15,6%	-15,9%	-27,2%	-2,0%
1999	-6,6%	-15,1%	-17,2%	17,3%	-16,9%	-29,1%	-2,2%
2000	-7,0%	-15,9%	-18,2%	18,4%	-17,8%	-30,6%	-2,5%
2001	-7,1%	-17,0%	-19,3%	18,9%	-19,9%	-32,6%	-3,6%
2002	-7,9%	-17,8%	-20,3%	19,6%	-21,7%	-34,5%	-4,8%
2003	-8,9%	-18,6%	-21,1%	18,7%	-24,8%	-36,6%	-7,7%
2004	-10,2%	-20,2%	-22,6%	15,3%	-28,1%	-37,7%	-10,2%
2005	-11,3%	-21,3%	-23,7%	13,5%	-29,9%	-38,2%	-10,9%
2006	-12,7%	-23,3%	-25,5%	15,5%	-30,3%	-39,7%	-9,2%
2007	-13,4%	-23,8%	-25,9%	17,9%	-30,0%	-40,6%	-8,1%
2008	-13,6%	-24,4%	-26,3%	20,2%	-30,2%	-41,9%	-8,0%
2009	-13,6%	-24,4%	-26,1%	22,2%	-30,3%	-42,9%	-7,8%
2010	-14,4%	-24,5%	-26,1%	23,7%	-30,5%	-43,8%	-8,0%
2011	-15,2%	-24,6%	-24,8%	25,8%	-30,6%	-44,9%	-8,0%
2012	-16,3%	-24,7%	-25,1%	27,7%	-30,4%	-45,6%	-7,9%
2013	-17,2%	-24,8%	-25,4%	28,9%	-30,8%	-46,3%	-8,0%
2014	-17,9%	-24,8%	-25,7%	31,4%	-30,7%	-47,2%	-7,9%
2015	-18,9%	-25,0%	-26,5%	32,0%	-30,8%	-47,6%	-7,8%
2016	-19,1%	-25,1%	-27,2%	34,0%	-30,4%	-48,0%	-7,3%
2017	-19,5%	-25,3%	-27,7%	33,4%	-30,9%	-47,9%	-7,4%
2018	-20,2%	-25,1%	-27,8%	33,0%	-31,3%	-48,4%	-8,3%
2019	-20,6%	-25,7%	-28,5%	33,2%	-31,8%	-48,8%	-8,2%
2020	-21,1%	-26,7%	-29,5%	15,2%	-41,1%	-48,6%	-19,9%

Alle dargestellten Variablen sind gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamts übernommen worden und orientieren sich an den dort getroffenen Annahmen und Definitionen. Für Details siehe Erläuterungen in Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 7. April 2022.

* Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bis 2010 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen.

** Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage einschließlich Stundenfälle.

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.2: Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2020, Vergleich der Bundesländer

Vergleich der Bundesländer									
	Krankenhäuser			aufgestellte Betten			Bettedichte*		
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)	Betten je 10.000 Einwohner	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)
Deutschland	1903	-0,6	-18,6	487.783	-1,3	-21,1	58,7	-1,4	-22,7
Baden-Württemberg	249	-0,4	-21,2	54.172	-2,3	-20,8	48,8	-2,5	-26,8
Bayern	353	1,7	-13,9	76.031	0,1	-12,6	57,9	-0,1	-20,9
Berlin	87	-	-9,4	20.584	-0,3	-42,2	56,1	-0,5	-45,2
Brandenburg	59	1,7	-1,7	15.020	-1,2	-14,3	59,5	-1,6	-14,0
Bremen	14	-	-6,7	5.040	-1,4	-29,0	74,0	-1,2	-28,8
Hamburg	62	3,3	51,2	12.897	0,8	-13,5	69,7	0,5	-20,3
Hessen	152	-3,2	-17,8	35.561	-1,7	-16,1	56,5	-1,9	-20,3
Mecklenburg-Vorpommern	38	2,7	2,7	10.308	1,2	-20,2	64,0	1,1	-8,9
Niedersachsen	178	0,6	-16,8	40.851	-1,3	-23,9	51,1	-1,4	-26,9
Nordrhein-Westfalen	337	-1,2	-30,5	114.917	-2,5	-24,6	64,1	-2,5	-25,2
Rheinland-Pfalz	89	2,3	-24,6	23.971	-2,0	-17,0	58,5	-2,1	-20,2
Saarland	24	-	-14,3	6.884	1,5	-20,5	69,9	1,8	-12,6
Sachsen	78	1,3	-17,9	25.151	-2,4	-21,3	61,9	-2,2	-11,0
Sachsen-Anhalt	47	-	-31,9	15.016	-0,3	-26,8	68,6	0,4	-7,4
Schleswig-Holstein	93	-13,9	-11,4	15.832	0,5	-7,3	54,5	0,2	-13,9
Thüringen	43	-	-31,7	15.548	-1,2	-19,4	73,1	-0,7	-4,3

	Fälle**			Ø Verweildauer**			Ø Bettenauslastung**		
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)	in Tagen	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)	in %	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)
Deutschland	16.793.962	-13,5	8,4	7,2	-0,2	-40,0	67,3	-12,8	-18,4
Baden-Württemberg	1.876.808	-12,5	5,6	7,2	0,1	-37,8	68,3	-10,5	-17,7
Bayern	2.551.505	-14,8	8,9	7,2	1,4	-35,9	66,4	-14,0	-20,3
Berlin	775.041	-11,6	21,0	7,2	-0,3	-59,3	74,2	-11,9	-14,8
Brandenburg	475.662	-15,9	13,2	7,9	1,6	-33,9	68,1	-13,7	-12,6
Bremen	178.420	-13,9	2,2	7,0	1,6	-42,1	67,8	-11,5	-16,7
Hamburg	438.204	-12,0	17,8	7,5	-0,4	-37,4	69,8	-13,3	-15,0
Hessen	1.177.034	-14,1	5,3	7,3	-1,0	-36,6	65,9	-13,7	-20,4
Mecklenburg-Vorpommern	372.912	-10,3	4,9	6,8	0,7	-35,6	66,8	-11,0	-15,6
Niedersachsen	1.471.185	-13,0	3,0	7,0	-1,3	-37,7	68,7	-13,2	-16,1
Nordrhein-Westfalen	4.010.410	-13,9	10,4	7,0	-0,7	-44,3	67,0	-12,4	-18,6
Rheinland-Pfalz	801.287	-15,2	5,9	6,9	-1,1	-40,5	63,0	-14,7	-24,1
Saarland	244.265	-15,1	-1,7	6,9	-1,2	-38,3	66,5	-17,5	-23,8
Sachsen	883.498	-12,2	19,2	7,2	-0,6	-43,2	68,7	-10,8	-14,2
Sachsen-Anhalt	507.724	-12,4	-2,2	6,9	-1,4	-39,5	63,8	-13,6	-19,5
Schleswig-Holstein	527.900	-11,5	3,2	7,6	-	-27,2	69,0	-12,2	-18,9
Thüringen	502.110	-13,4	9,7	7,3	-1,1	-39,9	64,8	-13,5	-18,0

Alle dargestellten Variablen sind gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamts übernommen worden und orientieren sich an den dort getroffenen Annahmen und Definitionen. Für Details siehe Erläuterungen in Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 7. April 2022.

* Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bis 2010 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen.

** Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage einschließlich Stundenfälle.

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.3: Krankenhäuser und aufgestellte Betten nach Art der Trägerschaft von 1991 bis 2020, Deutschland

	Krankenhäuser						
Jahr	Insgesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	2.411	1.110	46,0%	943	39,1%	358	14,8%
1992	2.381	1.062	44,6%	950	39,9%	369	15,5%
1993	2.354	1.023	43,5%	950	40,4%	381	16,2%
1994	2.337	987	42,2%	949	40,6%	401	17,2%
1995	2.325	972	41,8%	944	40,6%	409	17,6%
1996	2.269	933	41,1%	929	40,9%	407	17,9%
1997	2.258	919	40,7%	919	40,7%	420	18,6%
1998	2.263	890	39,3%	920	40,7%	453	20,0%
1999	2.252	854	37,9%	930	41,3%	468	20,8%
2000	2.242	844	37,6%	912	40,7%	486	21,7%
2001	2.240	825	36,8%	903	40,3%	512	22,9%
2002	2.221	817	36,8%	877	39,5%	527	23,7%
2003	2.197	796	36,2%	856	39,0%	545	24,8%
2004	2.166	780	36,0%	831	38,4%	555	25,6%
2005	2.139	751	35,1%	818	38,2%	570	26,6%
2006	2.104	717	34,1%	803	38,2%	584	27,8%
2007	2.087	677	32,4%	790	37,9%	620	29,7%
2008	2.083	665	31,9%	781	37,5%	637	30,6%
2009	2.084	648	31,1%	769	36,9%	667	32,0%
2010	2.064	630	30,5%	755	36,6%	679	32,9%
2011	2.045	621	30,4%	746	36,5%	678	33,2%
2012	2.017	601	29,8%	719	35,6%	697	34,6%
2013	1.996	596	29,9%	706	35,4%	694	34,8%
2014	1.980	589	29,7%	696	35,2%	695	35,1%
2015	1.956	577	29,5%	679	34,7%	700	35,8%
2016	1.951	570	29,2%	674	34,5%	707	36,2%
2017	1.942	560	28,8%	662	34,1%	720	37,1%
2018	1.925	552	28,7%	650	33,8%	723	37,6%
2019	1.914	545	28,5%	645	33,7%	724	37,8%
2020	1.903	551	29,0%	620	32,6%	732	38,5%

	Aufgestellte Betten						
Jahr	Insgesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	665.565						
1992	646.995						
1993	628.658						
1994	618.176						
1995	609.123						
1996	593.743						
1997	580.425						
1998	571.629						
1999	565.268						
2000	559.651						
2001	552.680						
2002	547.284	298.034	54,5%	200.635	36,7%	48.615	8,9%
2003	541.901	290.625	53,6%	197.343	36,4%	53.933	10,0%
2004	531.333	280.717	52,8%	189.334	35,6%	61.282	11,5%
2005	523.824	273.721	52,3%	184.752	35,3%	65.351	12,5%
2006	510.767	260.993	51,1%	180.200	35,3%	69.574	13,6%
2007	506.954	250.345	49,4%	177.632	35,0%	78.977	15,6%
2008	503.360	246.423	49,0%	177.085	35,2%	79.852	15,9%
2009	503.341	244.918	48,7%	174.711	34,7%	83.712	16,6%
2010	502.749	244.254	48,6%	173.457	34,5%	85.038	16,9%
2011	502.029	242.769	48,4%	172.219	34,3%	87.041	17,3%
2012	501.475	240.180	47,9%	171.276	34,2%	90.019	18,0%
2013	500.671	240.632	48,1%	170.086	34,0%	89.953	18,0%
2014	500.680	240.195	48,0%	169.477	33,8%	91.008	18,2%
2015	499.351	240.653	48,2%	167.566	33,6%	91.132	18,3%
2016	498.718	238.803	47,9%	166.858	33,5%	93.057	18,7%
2017	497.182	238.748	48,0%	165.245	33,2%	93.189	18,7%
2018	498.192	238.907	48,0%	164.081	32,9%	95.204	19,1%
2019	494.326	235.767	47,7%	162.958	33,0%	95.601	19,3%
2020	487.783	232.163	47,6%	158.536	32,5%	97.084	19,9%

Alle dargestellten Variablen sind gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamts übernommen worden und orientieren sich an den dort getroffenen Annahmen und Definitionen. Für Details siehe Erläuterungen in Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 7. April 2022.

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

Tabelle 3.4: Krankenhäuser und aufgestellte Betten nach Art der Trägerschaft im Jahr 2020, Vergleich der Bundesländer

Bundesland	Krankenhäuser						
	Insgesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	249	86	34,5%	56	22,5%	107	43,0%
Bayern	353	151	42,8%	44	12,5%	158	44,8%
Berlin	87	4	4,6%	32	36,8%	51	58,6%
Brandenburg	59	22	37,3%	14	23,7%	23	39,0%
Bremen	14	5	35,7%	4	28,6%	5	35,7%
Hamburg	62	3	4,8%	13	21,0%	46	74,2%
Hessen	152	48	31,6%	37	24,3%	67	44,1%
Mecklenburg-Vorpommern	38	7	18,4%	8	21,1%	23	60,5%
Niedersachsen	178	48	27,0%	60	33,7%	70	39,3%
Nordrhein-Westfalen	337	77	22,8%	211	62,6%	49	14,5%
Rheinland-Pfalz	89	17	19,1%	51	57,3%	21	23,6%
Saarland	24	8	33,3%	13	54,2%	3	12,5%
Sachsen	78	34	43,6%	16	20,5%	28	35,9%
Sachsen-Anhalt	47	12	25,5%	18	38,3%	17	36,2%
Schleswig-Holstein	93	14	15,1%	33	35,5%	46	49,5%
Thüringen	43	15	34,9%	10	23,3%	18	41,9%
Deutschland	1.903	551	29,0%	620	32,6%	732	38,5%

Bundesland	Aufgestellte Betten						
	Insgesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	54.172	36.522	67,4%	10.687	19,7%	6.963	12,9%
Bayern	76.031	53.487	70,3%	7.983	10,5%	14.561	19,2%
Berlin	20.584	8.271	40,2%	8.102	39,4%	4.211	20,5%
Brandenburg	15.020	7.820	52,1%	2.443	16,3%	4.757	31,7%
Bremen	5.040	3.197	63,4%	1.108	22,0%	735	14,6%
Hamburg	12.897	1.720	13,3%	4.115	31,9%	7.062	54,8%
Hessen	35.561	17.661	49,7%	9.073	25,5%	8.827	24,8%
Mecklenburg-Vorpommern	10.308	3.286	31,9%	1.838	17,8%	5.184	50,3%
Niedersachsen	40.851	17.124	41,9%	14.268	34,9%	9.459	23,2%
Nordrhein-Westfalen	114.917	34.553	30,1%	69.610	60,6%	10.754	9,4%
Rheinland-Pfalz	23.971	9.119	38,0%	13.086	54,6%	1.766	7,4%
Saarland	6.884	3.878	56,3%	2.966	43,1%	40	0,6%
Sachsen	25.151	15.460	61,5%	3.065	12,2%	6.626	26,3%
Sachsen-Anhalt	15.016	6.951	46,3%	4.237	28,2%	3.828	25,5%
Schleswig-Holstein	15.832	6.668	42,1%	3.087	19,5%	6.077	38,4%
Thüringen	15.548	6.446	41,5%	2.868	18,4%	6.234	40,1%
Deutschland	487.783	232.163	47,6%	158.536	32,5%	97.084	19,9%

Alle dargestellten Variablen sind gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamts übernommen worden und orientieren sich an den dort getroffenen Annahmen und Definitionen. Für Details siehe Erläuterungen in Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 7. April 2022.

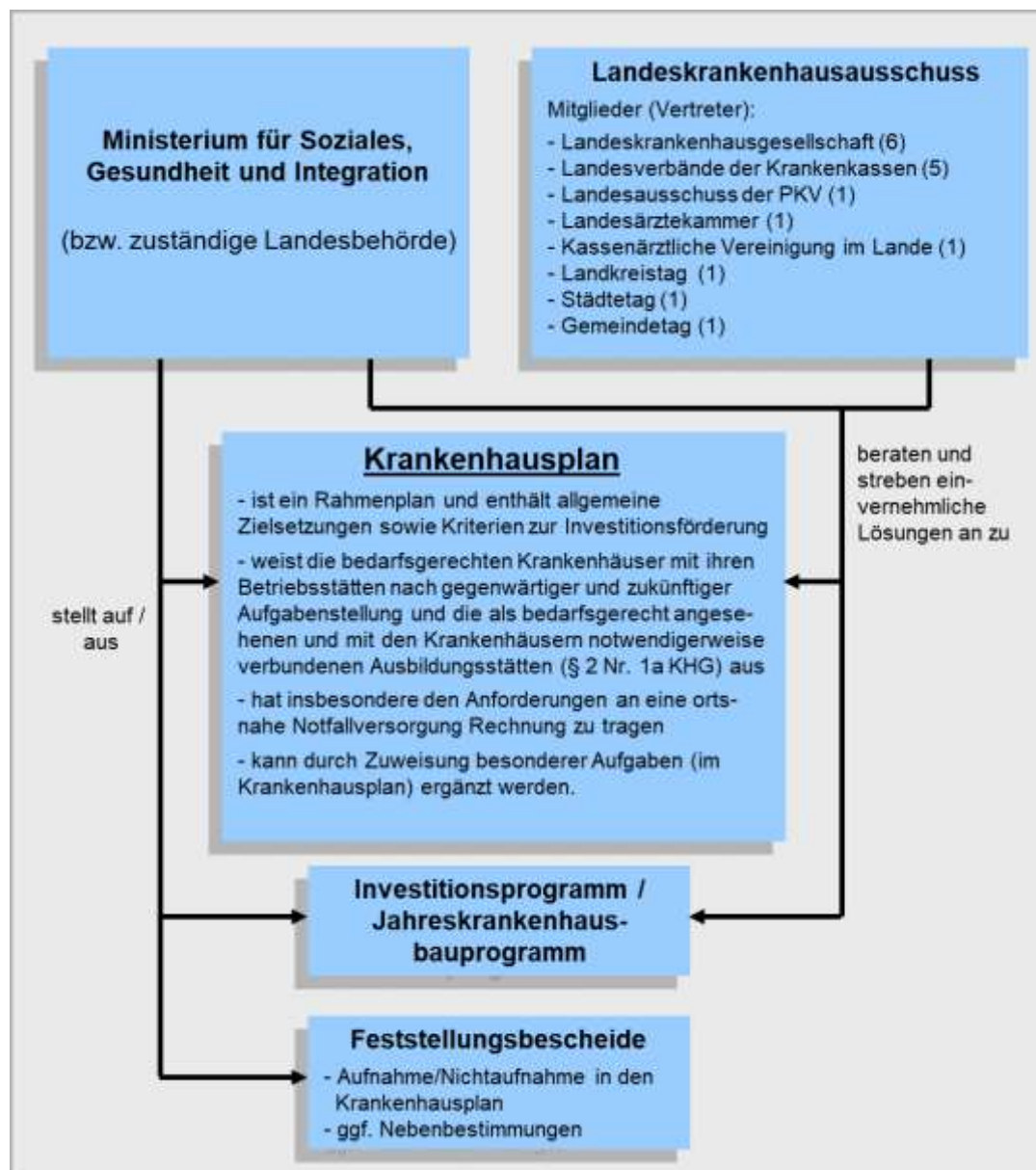
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

3.3 Krankenhausplanung in den Bundesländern

3.3.1 Baden-Württemberg

Der Krankenhausplan für das Land Baden-Württemberg wird nach § 4 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) vom Sozialministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss erstellt (vgl. dazu Abbildung 3.10). Gemäß § 5 Abs. 1 und 2 LKHG stellt der Krankenhausplan die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in Baden-Württemberg erforderlichen Krankenhäuser dar (bedarfsgerechte Krankenhäuser).

Abbildung 3.10: Krankenhausplanung in Baden-Württemberg



Quelle: LKHG, DKG.

Die planerischen Festlegungen betreffen gemäß des Krankenhausplans 2010 insbesondere den Standort des Krankenhauses und ggfs. den Standort seiner Betriebsstellen, die bedarfsgerechten Fachabteilungen des Krankenhauses, die Festlegung von Leistungsschwerpunkten bei „einheitlichen Krankenhäusern“ und Fachkliniken sowie die Gesamtplanbettenzahl. Für die somatischen Fachgebiete wird dabei nur ein

gesamthaftes Planbettenkontingent festgelegt, innerhalb dessen der Krankenhausträger die Betten auf die verschiedenen Fachabteilungen in eigener Verantwortung verteilen kann. Von der Möglichkeit des § 6 Abs. 1 S. 6 LKHG, Betten abteilungsbezogen festzulegen, wird in der Regel kein Gebrauch gemacht. Aus landesplanerischem Interesse werden jedoch konkrete Bettenzahlen unterhalb der Ebene der Fachgebiete für Herzchirurgie, Neurologische Frührehabilitation Phase B, Nuklearmedizinische Therapie, Beatmungsentwöhnung (Weaning) und Niederschwelliger Entzug festgelegt. Eine Zuweisung von Leistungsstufen erfolgt nicht mehr. In den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt weiterhin eine konkrete Zuweisung vollstationärer Planbetten bzw. teilstationärer Plätze.

Der Bedarf an Planbetten wird primär aus der tatsächlichen Nachfrage ermittelt, die in Anlehnung an über die Hill-Burton-Formel berechnet wird. Die Richtwerte zur Bettennutzung betragen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie 90 %, für Herzchirurgie und Neurologie 85 %, für Chirurgie, Dermatologie, Innere Medizin, Neurochirurgie und Strahlentherapie 82 %, für Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Nuklearmedizin (Therapie) und Urologie 80 % und für die Kinderheilkunde 75 %.

Eine besondere Erwähnung im vorliegenden Krankenhausplan finden die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die neurologische Frührehabilitation, die Geriatrie, die Schlaganfallversorgung, die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, die onkologischen Zentren, das Weaning (Beatmungsentwöhnung) sowie die chronische Dialyse.

Insbesondere in den Bereichen Organtransplantationen entsprechend der Zulassung nach dem Transplantationsgesetz, Versorgung erwachsener Mukoviszidosepatienten, Epilepsiechirurgie, Diabetologie und Rheumatologie wurden einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben zugewiesen.

Aktueller Krankenhausplan:

Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg, online abrufbar unter:

<http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung/> .

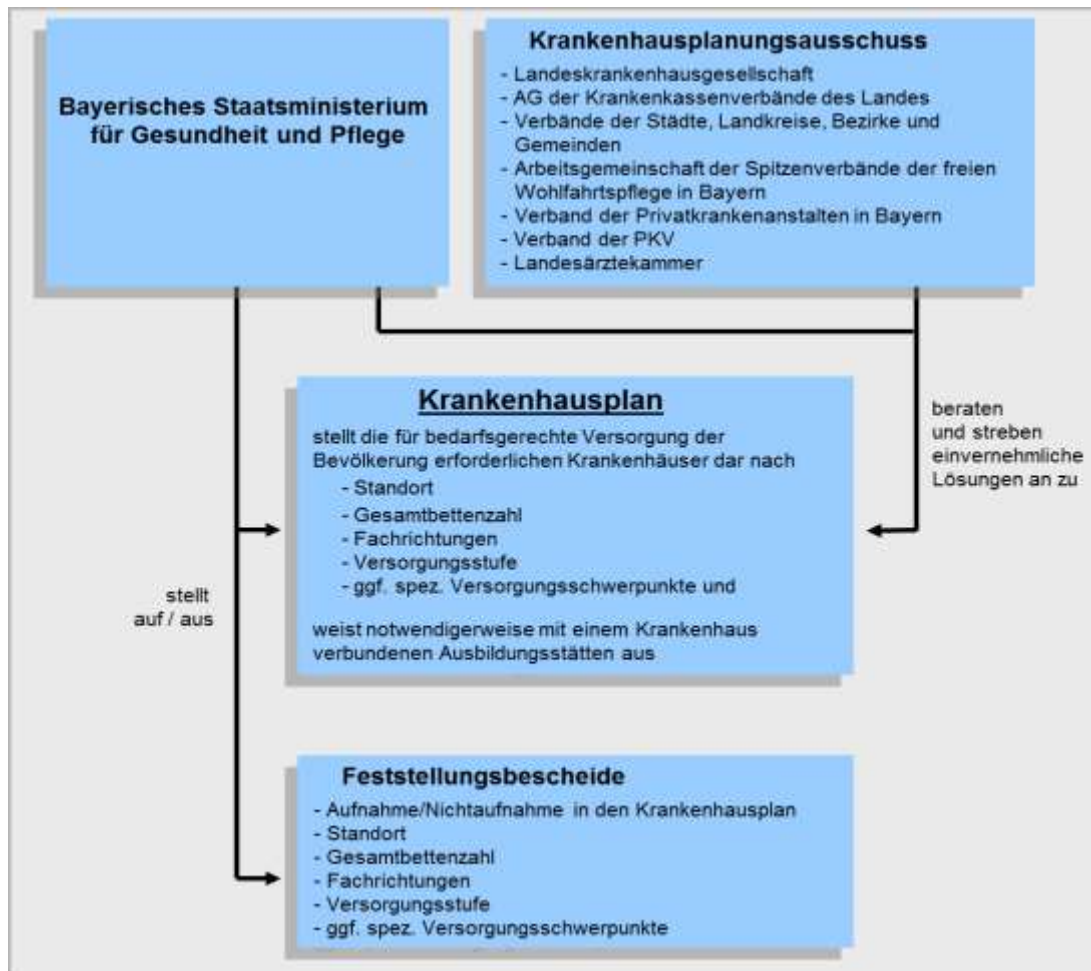
3.3.2 Bayern

Der Krankenhausplan stellt nach Art. 4 Abs. 1 Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Gesamtbettenzahl und teilstationären Plätzen, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar. Die Aufteilung der Gesamtbetten auf die Fachabteilungen obliegt der Klinik und kann von dieser eigenverantwortlich und ohne Genehmigungspflicht verändert werden. Der Krankenhausplan kann als Bestandteil auch Fachprogramme enthalten, in denen spezifische Versorgungsschwerpunkte ausgewiesen werden. Gemäß dem Krankenhausplan 2022 gelten aktuell die Fachprogramme „Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern“, „Stationäre Palliativversorgung“ sowie „Akutgeriatrie“. Ein Planungsvorbehalt gilt außerdem für Zentren für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten in Bayern (einschl. Stroke Units) für Telemedizinische

Schlaganfall-Netzwerke, Transplantationszentren sowie für Zentren für Schwerbrand-verletzte.

Krankenhausplanungsbehörde ist das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Unter Mitwirkung der Beteiligten nach Art. 7 BayKrG stellt es den Krankenhausplan auf und schreibt diesen jährlich fort. Die Beteiligten nach Art. 7 BayKrG sind im Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss organisiert. Ihm gehört u. a. die Bayerische Krankenhausgesellschaft an (vgl. dazu Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11: Krankenhausplanung in Bayern



Quelle: BayKrG, DKG.

Aufgrund einer Entscheidung des Krankenhausplanungsausschusses vom 18. Mai 2015 gilt für die Akutversorgung generell ein anzustrebender Bettennutzungsrichtwert von 80 %. Hiervon abweichend gelten im Regelfall folgende Zielwerte:

- Psychiatrie und Psychotherapie 90 %
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 90 %
- Kinder- und Jugendmedizin 70 %
- Kinderchirurgie 70 %
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 85 %
- Herzchirurgie 85 %

- Zentren für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten (neurologische Frührehabilitation Phase B) 85 %

Aktueller Krankenhausplan:

Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 46. Fortschreibung, Stand: 01. Januar 2022, die Zugangsdaten für den Download sowie das Passwort können unter: download@stmgp.bayern.de angefordert werden.

3.3.3 Berlin

Der Krankenhausplan und die Investitionsprogramme werden nach §§ 6 und 9 Landeskrankenhausgesetz Berlin (LKG) von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, aufgestellt und fortgeschrieben. Der Krankenhausplan 2020 weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte, humane, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standorten, Fachrichtungen einschließlich Schwerpunktbildung und Bettenzahl aus (vgl. dazu Abbildung 3.12). Die Gesamtzahl der Betten, mit der ein Krankenhausstandort in den Krankenhausplan aufgenommen ist, wird nach den vorgesehenen Hauptdisziplinen aufgegliedert. Die Gesamtbettenzahl schließt dabei die Belegbetten und die teilstationären Plätze ein. Dem Krankenhausträger steht es frei, von den je Standort im Plan festgestellten Bettenzahlen einer Hauptdisziplin bei unveränderter Gesamtbettenzahl um ± 15 % abzuweichen. Von dieser Regelung ausgenommen sind die ausgewiesenen Kapazitäten der psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Disziplin. Hier kann nur in dem oben vorbestimmten Rahmen (± 15 %) zwischen den jeweiligen fachspezifischen voll- und teilstationären Angeboten flexibilisiert werden.

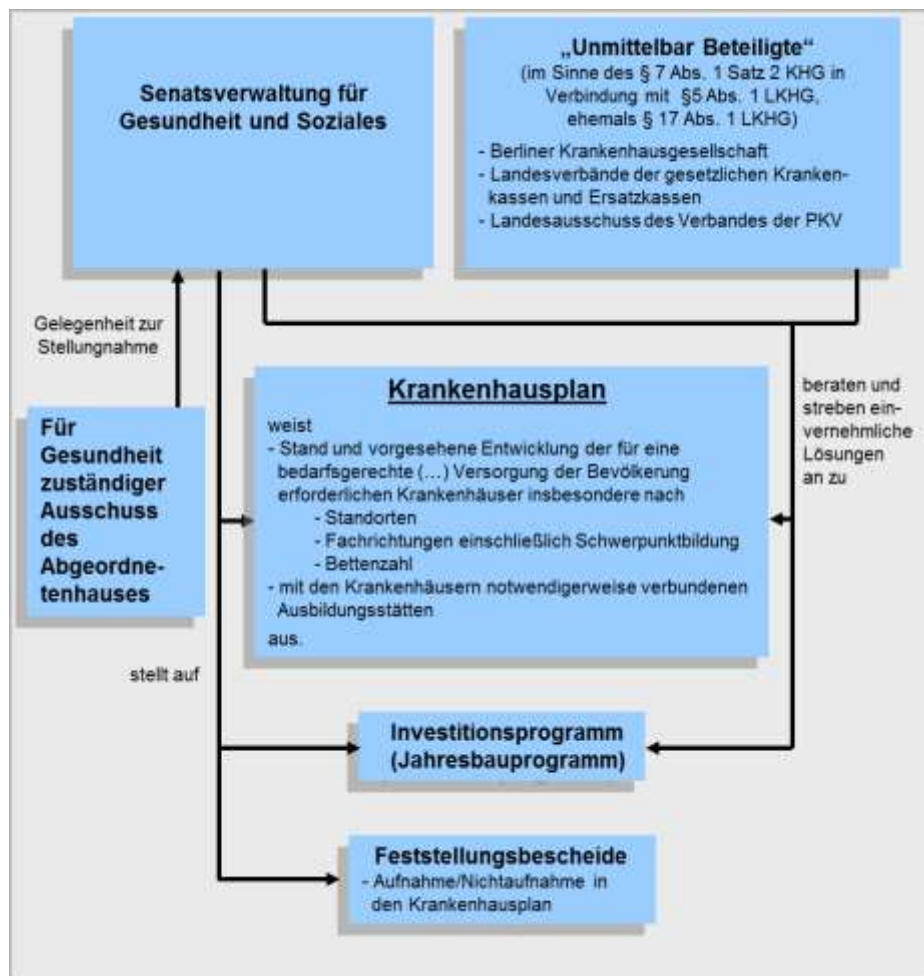
Der Krankenhausplan 2020 umfasst einen Planungshorizont bis zum Jahr 2025 und basiert auf der Bevölkerung gemäß Einwohnerregisterstatistik Berlin 2017, der Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2018 - 2030 der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (Basis Melderegister, mittlere Variante), der amtlichen Krankenhausstatistik Berlin 2017 sowie den InEK-Daten nach § 21 KHEntgG, Berlin, 2017.

Als Normauslastungen wurden folgende verweildauerabhängige Quoten beschlossen:

Fachgebiete	Normauslastung (%)
Fachgebiete mit einer durchschnittlichen Verweildauer	
von unter 3,5 Tagen	77,5
von 3,5 bis unter 5 Tagen	80
von 5 bis unter 11 Tagen	85
von 11 Tagen und mehr	90
Kinder- und Jugendmedizin	75
Belegbetten	65

Quelle: Berliner Krankenhausplan 2020.

Abbildung 3.12: Krankenhausplanung in Berlin



Quelle: LKG, DKG.

Basierend auf den Verweildauern des Jahres 2017 ergeben sich folgende fachabteilungsbezogene Normauslastungen:

Fachgebiet	Normauslastung (%)	Fachgebiet	Normauslastung (%)
Augenheilkunde	77,5	Neurochirurgie	85
Chirurgie*)	85	Neurologie	85
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	77,5	Nuklearmedizin	77,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	77,5	Strahlentherapie	85
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85	Urologie	80
Innere Medizin	85	Physik. und Rehabilitative Medizin	85
Geriatric	90	Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Kinder- und Jugendmedizin	75	Psychiatrie	90
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	77,5	Psychosomatik	90

*) gemäß Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans inkl. Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie u. Plastische Chirurgie

Quelle: Berliner Krankenhausplan 2020.

Für die Bedarfsanalyse für die somatischen Fachgebiete findet unter Berücksichtigung demografischer Faktoren bei der Prognose des Bettenbedarfs die Hill-Burton-Formel für den Krankenhausplan 2020 weiter Anwendung. Für die psychiatrischen Fachgebiete wird der unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung mittels Hill-Burton-Formel und nach fachlicher Bewertung im Landespsychiatriebeirat ermittelte Bedarf für das Land Berlin insgesamt in Bettenmessziffern ausgedrückt. Um den Bedarf an Betten für das Jahr 2025 zu prognostizieren, wurde für die somatischen Fachgebiete die erwartete demographische Entwicklung berücksichtigt und je Fachbereich eine Bettenprognose für 2025 unter der Annahme der jeweiligen Normauslastung berechnet. Weiterhin wurden die erwarteten Auswirkungen diverser Faktoren (bspw. des medizinisch-technischen Fortschritts und des Ausbaus der ambulanten Versorgung) auf die Bedarfsdeterminanten Fallhäufigkeit, Verweildauer und Auslastung geschätzt und die Bettenprognose für 2025 entsprechend adjustiert.

Der Krankenhausplan 2020 weist zusätzlich besondere Versorgungsschwerpunkte aus und enthält für diese besondere krankenhauplanerische Ausführungen und Festlegungen. Der Krankenhausplan 2020 stellt im Wesentlichen eine Weiterentwicklung des Krankenhausplans 2016 dar. Insbesondere die ohnehin schon hohen strukturellen Anforderungen und Qualitätsvorgaben werden, teilweise über die Vorgaben auf Bundesebene hinaus, weiter verschärft bzw. erhöht. Dies berührt insbesondere den Ausweis von Zentren, die Notfallversorgung und Geriatrie sowie die Beteiligung an der kardiologischen Notfallversorgung. Der Krankenhausplan 2020 ist in wesentlichen Grundzügen im Rahmen der Gemeinsamen Krankenhausplanung mit dem Land Brandenburg im Sinne einer Angleichung abgestimmt (siehe auch unten 3.3.4). Die Kapazitäten in Plankrankenhäusern werden vor allem in den Bereichen Geriatrie und Psychiatrie/Psychosomatik, vorwiegend durch Erweiterung der teilstationären Kapazitäten erhöht. Die Zahl der in diesen Plan aufgenommenen Betten steigt gegenüber den im vorherigen Krankenhausplan aufgenommenen Betten um rund 1373 auf 23.536 Betten. Damit wird zum einen auf das Bevölkerungswachstum in der Stadt und zum anderen auf die weiter fortschreitende demografische Alterung reagiert.

Aktueller Krankenhausplan:

Der Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin, online abrufbar unter:

https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/krankenhausplan_2020.pdf .

3.3.4 Brandenburg

Das zuständige Ministerium stellt nach Anhörung des zuständigen Ausschusses des Landtages einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte regional ausgeglichene, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Versorgungsgebiet, Standort und Träger, mit der Gesamtbettenzahl und den Fachabteilungen sowie Schulen für Gesundheitsberufe nach § 2 Nr. 1 a KHG aus. Die bedarfsgerechten Krankenhäuser ordnet er in ein strukturiertes Versorgungssystem in den Versorgungsgebieten ein.

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes wirken in den Versorgungsgebieten zu bildenden Konferenzen und die Landeskongress für Krankenhausplanung mit (vgl. dazu Abbildung 3.13). Die Gebietskongressen haben insbesondere die Aufgabe, dem zuständigen Ministerium auf der Grundlage der für die Krankenhausplanung maßgebenden Rahmendaten und unter Berücksichtigung der Vorgaben

der Landeskonzferenz projektbezogene Vorschläge zur Krankenhausplanung für ihr Versorgungsgebiet vorzulegen. Die Landeskonzferenz erarbeitet die Vorgaben für die Planungsziele und -kriterien des Krankenhausplanes, sowie Empfehlungen für die Umsetzung der Planungsziele und -kriterien unter Berücksichtigung der Vorschläge der Gebietskonferenzen.

Der am 23. Juli 2021 im Amtsblatt für Brandenburg veröffentlichte Vierte Krankenhausplan des Landes Brandenburg ergeht erstmals vor dem Hintergrund des langfristigen Ziels einer „Gemeinsamen Krankenhausplanung“ mit dem Land Berlin. Die beiden Länder hatten sich auf ein gemeinsames Grundlagenpapier verständigt, in dem u. a. gemeinsame Grundsätze und Versorgungsziele formuliert wurden. Das Grundlagenpapier diente als Richtschnur für die Aufstellung der jeweiligen Krankenhauspläne, wobei jedes Land seinen Krankenhausplan nach den jeweiligen Verfahrensvorgaben erstellt.

Ein Gemeinsamer Regionalausschuss begleitete und unterstützte die beiden Länder bei der Erarbeitung ihrer Krankenhauspläne. Die Krankenhausplanungen wurden in Teilen aufeinander abgestimmt. So wurden beispielsweise die Planungszyklen harmonisiert. Darüber hinaus wurden auch Strukturentscheidungen mit Berlin abgestimmt. So erfolgte in Brandenburg u. a. die Umstellung von der bisherigen Rahmenplanung auf eine Detailplanung beziehungsweise bettenscharfe Planung oder auch die Stärkung der geriatrischen tagesklinischen Versorgung.

Die Krankenhäuser werden wie bisher in Versorgungsstufen eingeordnet, wobei in jedem der fünf Brandenburger Versorgungsgebiete neben grundsätzlich einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung Krankenhäuser der Grund- oder Regelversorgung sowie Fachkrankenhäuser vertreten sind. Die Versorgungsstufe „Qualifizierte Regelversorgung“ dient der Charakterisierung eines besonders leistungsstarken Krankenhauses der Regelversorgung. Krankenhäuser eines Versorgungsgebietes sollen ein gemeinsames Netzwerk aufbauen und enger kooperieren.

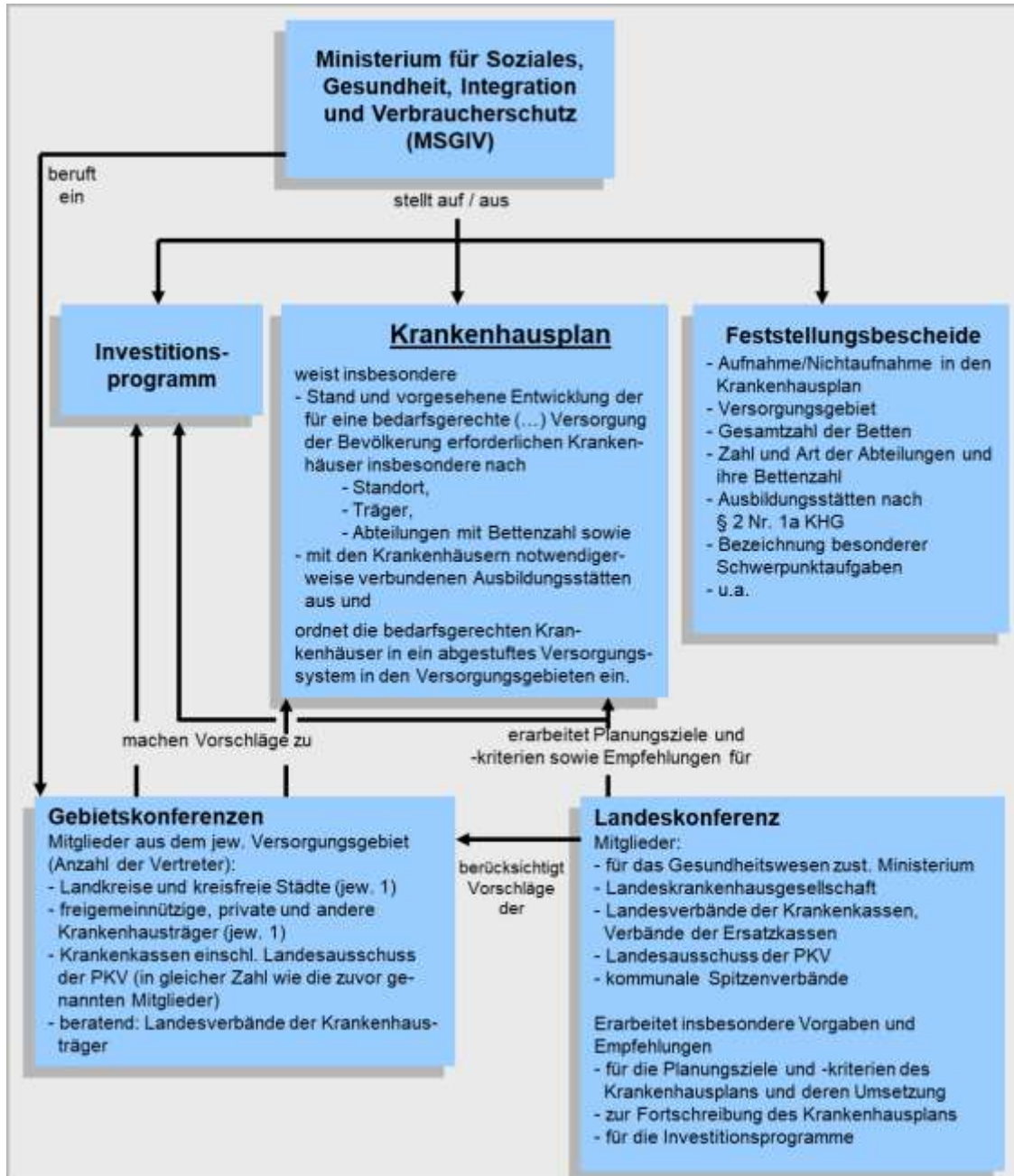
Mit dem Vierten Krankenhausplan werden nunmehr Soll-Auslastungen in Abhängigkeit von der Verweildauer festgelegt. Für die Ermittlung der benötigten Kapazitäten und zur Beurteilung des Bedarfs an Bettenkapazitäten an den Krankenhausstandorten wurden folgende Festlegungen zur Soll-Auslastung in Abhängigkeit von der Verweildauer festgesetzt:

Fachgebiete	Ø Landes VWD	Soll-Auslastung in %
Fachgebiete (ohne Kinderheilkunde)	Von unter 3,5 Tagen	77,5
	Von 3,5 bis 5 Tagen	80
	Von 5 bis unter 11 Tagen	85
	Von 11 Tagen und mehr	90
Kinderheilkunde		75
Belegabteilung		65

Die Gesamtzahl der Betten, mit der ein Krankenhausstandort in den Krankenhausplan aufgenommen ist, wird nach den vorgesehenen Fachgebieten aufgegliedert. Die Gesamtbettenzahl schließt dabei die Belegbetten und die teilstationären Plätze ein. Die teilstationären Plätze werden nach Standorten differenziert ausgewiesen. Dem Krankenhausträger steht es frei, von den je Standort im Plan festgestellten Bettenzahlen einer Hauptdisziplin bei unveränderter Gesamtbettenzahl um $\pm 15\%$ abzuweichen. Von dieser Regelung ausgenommen sind die ausgewiesenen Kapazitäten der

psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Disziplin. Hier kann nur in dem oben vorbestimmten Rahmen ($\pm 15\%$) zwischen den jeweiligen fachspezifischen voll- und teilstationären Angeboten flexibilisiert werden.

Abbildung 3.13: Krankenhausplanung in Brandenburg



Quelle: Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG), DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

Der aktuelle Vierte Krankenhausplan des Landes Brandenburg ist online abrufbar unter: https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan_2021.

3.3.5 Bremen

Der Krankenhausplan wird von der Senatorin oder vom Senator für Gesundheit aufgestellt und gemäß § 5 des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG) bei

Abweichung der tatsächlichen Entwicklung von der zugrunde gelegten Bedarfsentwicklung fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.14). Er sorgt für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung und steuert die insgesamt begrenzten Mittel.

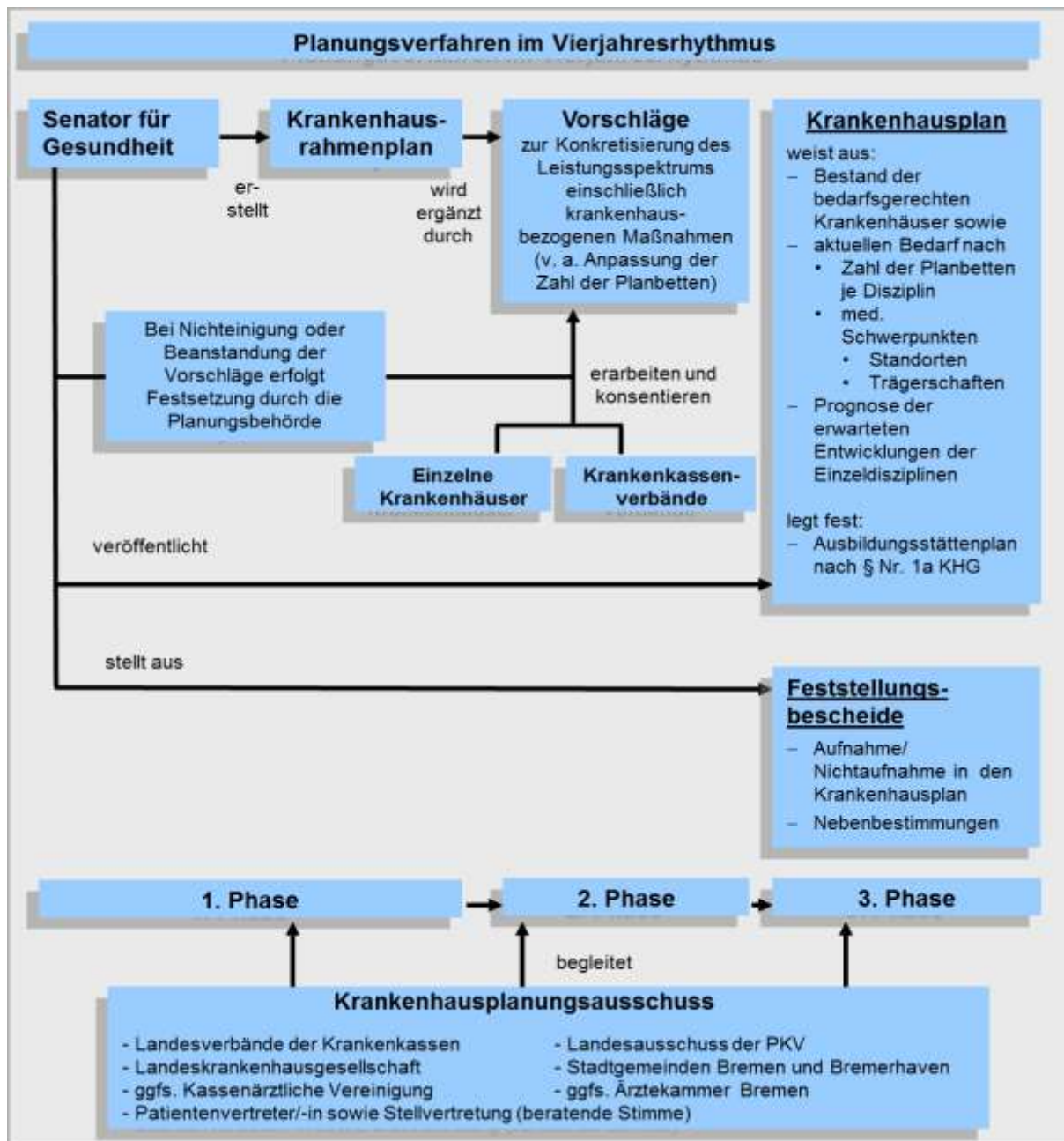
Das Planungsverfahren für den Krankenhausplan verläuft in drei Phasen.²⁴ Alle drei Phasen werden dabei ständig vom Planungsausschuss begleitet. Der Krankenhausplan umfasst den Krankenhausrahmenplan und die genehmigten Vorschläge zu dessen Umsetzung. Ersterer enthält die Grundsätze der Krankenhausversorgung und weist ihren aktuellen Stand und prognostizierten Bedarf an erforderlichen stationären Krankenhauskapazitäten sowie die Zahl der Planbetten je Fachgebiet aus. Weiterhin werden die medizinischen Schwerpunkte entsprechend der arbeitsteiligen Koordination dargestellt.

Gemäß dem Rahmenplan, welcher aufgrund der bestehenden Unsicherheiten bei der Kapazitätsprognose in Zusammenhang mit Belegungsschwankungen je nach Zuordnung zu Fachabteilungen mit langer oder kurzer Verweildauer eine Auslastungsspanne von 80 bis 90 % ausweist. An diesem Korridor können sich die Selbstverwaltungspartner bei ihren Vorschlägen zur Umsetzung des Rahmenplans orientieren.

Der aktuelle Landeskrankenhausplan gilt vom 01.01.2018 bis 31.12.2021. Ein aktualisierter Krankenhausplan soll nach Aussage der Gesundheitsbehörde Mitte 2023 verabschiedet werden.

²⁴ In der ersten Phase erstellt die Senatorin oder der Senator für Gesundheit einen Rahmenplan. Dieser wird in der zweiten Phase durch zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassenverbänden konsentierten Vorschläge zu den krankenhausbefugten Maßnahmen (im Wesentlichen Anpassung der Zahl der Planbetten) ergänzt. Im Falle einer Nichteinigung bzw. einer Beanstandung der Vorschläge durch die Planungsbehörde würde eine Festsetzung durch den Senator für Gesundheit erfolgen. Im Anschluss (3. Phase) an diese Phase wird der endgültige Krankenhausplan vom Senator für Gesundheit veröffentlicht.

Abbildung 3.14: Krankenhausplanung in Bremen



Quelle: BremKrhG, DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

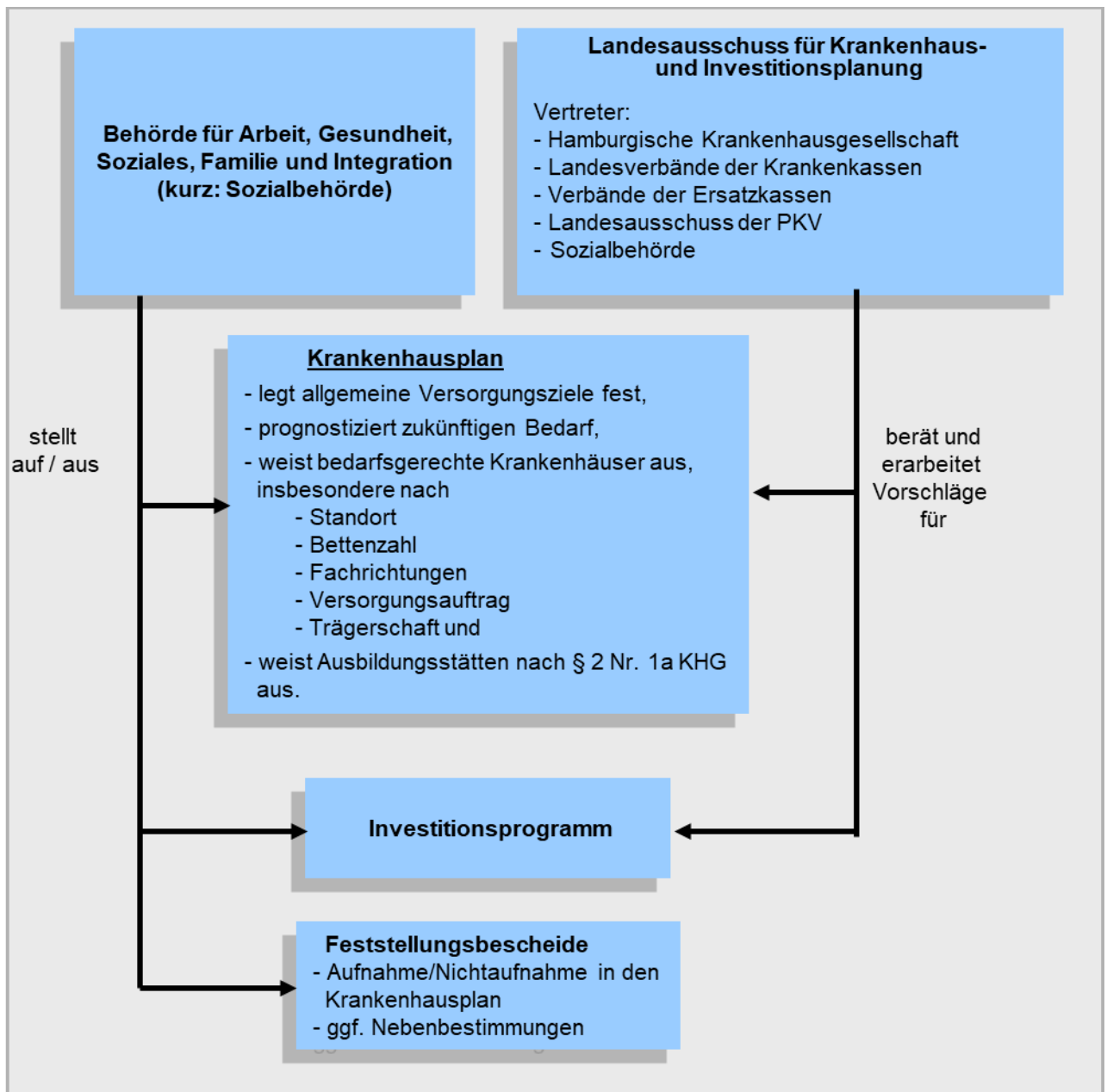
Krankenhausplan – 2018 bis 2021, online abrufbar unter: <https://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/detail.php?gsid=bremen121.c.1967.de>.

3.3.6 Hamburg

Gemäß § 15 Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG) legt der Krankenhausplan – erstellt durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (kurz: Sozialbehörde) – die allgemeinen Versorgungsziele fest und prognostiziert den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheitsarten, der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungsstruktur, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, der Bettenausnutzung sowie vor- und nachstationärer Leistungsangebote

(vgl. dazu Abbildung 3.15). Zusätzlich werden auch Informationen über erwartete Leistungsmengenentwicklungen von den einzelnen Fachgesellschaften erfragt und Fachgebietskonferenzen mit Expertinnen und Experten durchgeführt, um so qualitative Faktoren über den demographischen Faktor hinaus berücksichtigen zu können.

Abbildung 3.15: Krankenhausplanung in Hamburg



Quelle: HmbKHG, DKG.

Der „Krankenhausplan 2020“ umfasst eine Laufzeit von Januar 2016 bis Dezember 2020. Vor dem Hintergrund der Corona Pandemie erfolgte eine Zwischenfortschreibung 2021 bis 2023. Als ausgewählte Versorgungsschwerpunkte und Grundlage für den Krankenhausplan 2020 werden im Krankenhausplan genannt:

Stärkung der Altersmedizin, sowie Ausbau neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation, Kinderheilkunde sowie Kinderorthopädie. Qualitätsvorgaben erfolgen zur Versorgung von Patienten mit Schlaganfall und für Patienten mit Herzinfarkt, in der

Geriatrie, Psychiatrie/Psychotherapie sowie für Neurochirurgie und Neurologische Frührehabilitation. Weitere Qualitätsvorgaben werden auf der Basis von § 6b Abs. 2 HmbKHG erarbeitet. Zum 01. Januar 2018 sind die einvernehmlich festgelegten Qualitätsanforderungen in der Neurochirurgie in Kraft getreten. Die Anforderungen auf der Basis von § 6b Abs.3 für die Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie und Thoraxchirurgie traten zum 01. Juli 2018 in Kraft.

Für die Berechnung des Planbettenbedarfs zum 01. Januar 2016 sowie zum 31. Dezember 2020 wurde erneut eine verweildauerabhängige Normauslastung zugrunde gelegt. Die rechnerische Prognose der Verweildauer wurde in einigen somatischen Fächern für 2020 um 0,2 % abgesenkt und der Planbettenbedarf entsprechend zum 31. Dezember 2020 reduziert.

Auf Basis der Belegungsdaten des Jahres 2016 sowie der Auswirkungen des KHSG ist eine Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans im Jahr 2017 erfolgt. Coronabedingt erfolgte eine weitere Zwischenfortschreibung in 2020 für das Jahr 2023.

Aktueller Krankenhausplan:

Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg, sowie die aktuelle Zwischenfortschreibung sind online abrufbar unter:

<http://www.hamburg.de/krankenhausplanung/> .

3.3.7 Hessen

Seit dem in 2011 in Kraft getretenen Landeskrankenhausgesetz (Hessische Krankenhausgesetz 2011 – HKHG 2011) wird in Hessen auf eine bettenbezogene Kapazitätsplanung in den somatischen Fachgebieten verzichtet. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgebiete werden Bettenzahlen und sonstige Kapazitätsfestlegungen soweit und solange festgesetzt, wie es für die Budgetverhandlungen erforderlich war. Seit 2020 ist die Bettenplanung auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Fachbereiche entfallen.

Für das Land Hessen wird ein Krankenhausplan aufgestellt, auf dessen Grundlage „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten“ ist (§ 1 Abs. 1 HKHG). Der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan beinhaltet laut § 17 Abs. 4 HKHG 2011

1. die allgemeinen Rahmenvorgaben,
2. die qualitativen, strukturellen und zeitlichen Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung,
3. die Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben und besonderer Aufgaben,
4. die Entscheidungen nach §19 Abs. 1 S. 1 und 2 (betrifft Aufnahme und Herausnahme aus dem Krankenhausplan, Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung, Festlegung oder Zuordnung von Aufgaben nach § 17 Abs. 7 (d. h. für spezielle medizinische Fachgebiete kann der Plan eine versorgungsgebietsübergreifende landesweite Aufgabenwahrnehmung festlegen) und Abs. 8 S. 2 (d. h. einzelnen Krankenhäusern oder Netzwerken aus mehreren Krankenhäusern können zur Umsetzung dieser Anforderungen besondere Aufgaben zugeordnet werden))

- auf die Bestimmung des Standorts und der Fachgebiete sowie die Berücksichtigung der entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität).
5. die Ausweisung der Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG.

Am 01.07.2020 wurde der neue hessische Krankenhausplan 2020 von der hessischen Landesregierung beschlossen, der den bisher gültigen aus dem Jahr 2009 ablöst. Im Krankenhausplan 2020 wurde der qualitativ hochwertigen Versorgung nochmals ein höherer Stellenwert eingeräumt. Dabei verzichtet Hessen auf die Festlegung eigener Qualitätsanforderungen, sondern übernimmt insbesondere die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c SGB V beschlossenen planungsrelevanten Indikatoren zu Struktur, Prozess und Ergebnisqualität. Die Änderungen betreffen insbesondere das Notfallstufenkonzept, das sich an das Konzept des G-BA vom 19. April 2018 anlehnt. Dabei soll jedes Plankrankenhaus einer der vier Stufen per Feststellungsbescheid zugeordnet werden.

Mit dem Krankenhausplan 2020 soll zudem im Sinne einer stärkeren Patientenorientierung der sektorenübergreifenden Versorgung ein neuer Stellenwert eingeräumt werden. Durch den gesamten Plan zieht sich die Verpflichtung zur Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg. Dabei ist gleichwohl berücksichtigt, dass Krankenhausplanung auf Landesebene bestehende bundesrechtliche Zuständigkeiten nicht beseitigt. Die Sicherstellung für die ambulante Bedarfsplanung liegt nach § 73 SGB V in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Länder wiederum sind zuständig für die Krankenhausplanung. Ziel der Landesregierung ist es darauf hinzuwirken, dass die durch Bundesrecht bestehenden Hürden für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung überwunden werden können.

Darüber enthält der Krankenhausplan 2020 zukünftig einen umfassenden und jährlich erscheinenden Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser. In diesem werden die Leistungsdaten für alle hessischen Plankrankenhäuser, die Versorgungsgebiete und Hessen insgesamt auf Ebene der Fachgebiete im Zeitverlauf dargestellt.

Künftig soll der Krankenhausplan hinsichtlich sowohl seiner Grundlagen als auch der Auswirkungen des demografischen Wandels auf das stationäre Leistungsgeschehen alle zwei Jahre überarbeitet werden, um die aktuellen Entwicklungen aufzunehmen.

Auf Landesebene ist der Landeskrankenhausausschuss neben der Aufstellung und Fortschreibung des Landeskrankenhausplans auch an den krankenhauserplanerischen Einzelfestlegungen (Feststellungsbescheide) beteiligt. Dem Landeskrankenhausausschuss gehören an:

- der Hessische Landkreistag, der Hessische Städtetag und der Hessische Städte- und Gemeindebund
- die Hessische Krankenhausgesellschaft
- die Landesverbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen
- der Landesausschuss Hessen des Verbandes der privaten Krankenversicherung
- der Landesverband Mitte der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- die Landesärztekammer Hessen
- die Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- der Landespflegerat

- sowie ein Vertreter des für die Universitätsklinik zuständigen Ministeriums und ein Patientenvertreter mit beratender Stimme.

Zur Unterstützung des Landes in der Krankenhausplanung wurden in früheren Jahren regionale Gesundheitskonferenzen in den sechs Versorgungsgebieten eingerichtet. Diese regionalen Gesundheitskonferenzen hatten eine beratende Funktion und sollten insbesondere „[...] die regionalen Versorgungsstrukturen beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog führen [...]“. Die Gesundheitskonferenzen sollten u. a. Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen und dem zuständigen Ministerium Empfehlungen für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans vorlegen sowie Anträge von Krankenhausträgern und die jährlichen Krankenhausbauprogramme (die es seit 2016 nicht mehr gibt) beurteilen.

Mit Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes in 2018 sind die Gesundheitskonferenzen seit 2019 rechtlich nicht mehr im Hessischen Krankenhausgesetz verankert und nehmen auch keine krankenhauplanerischen Aufgaben mehr wahr. Sie sind nunmehr als regionale „Versorgungskonferenzen“ dem Landesgremium nach § 90a SGB V zugeordnet.

Aktueller Krankenhausplan:

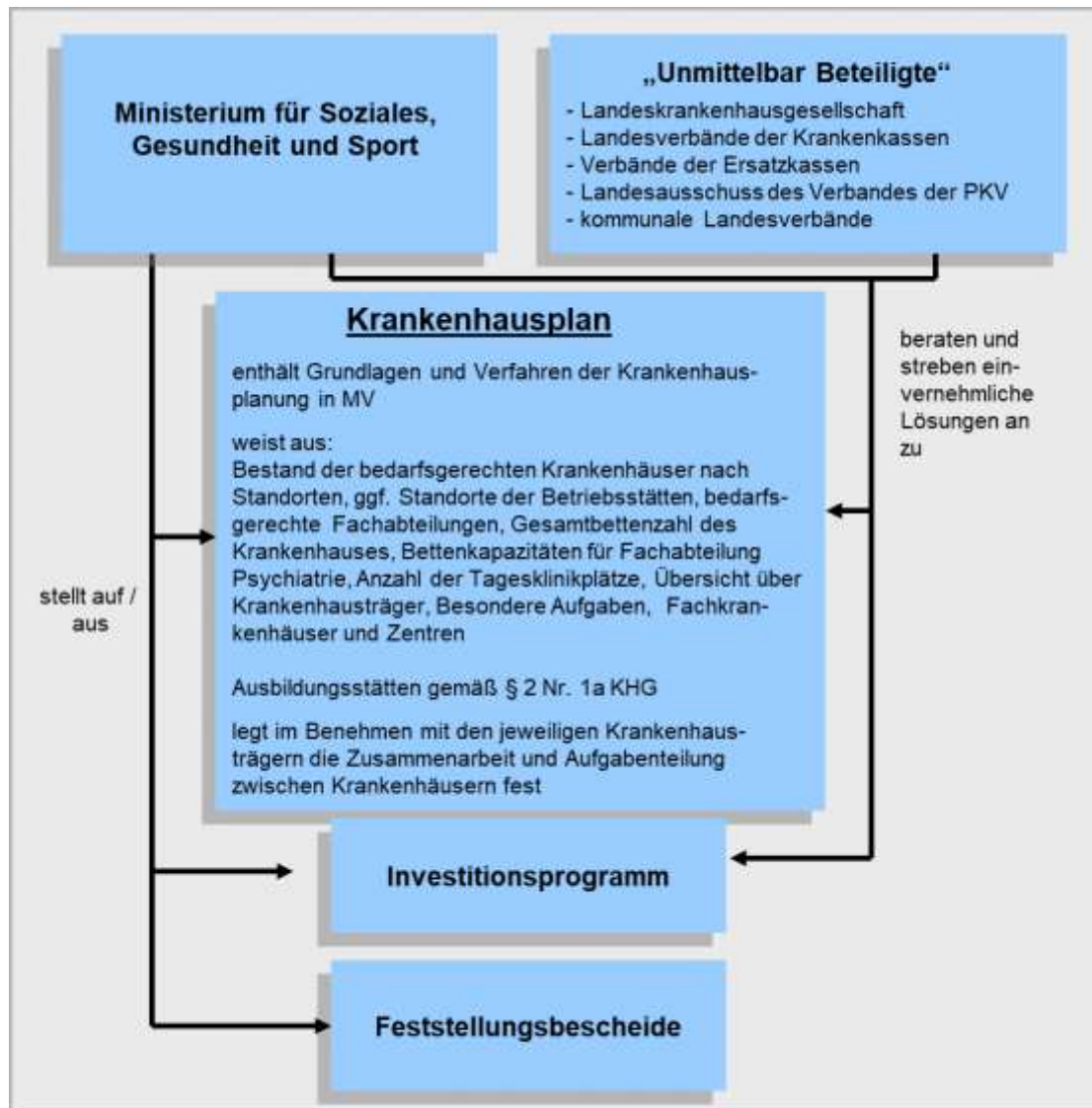
Hessischer Krankenhausplan 2020 online abrufbar unter https://redaktion.hessen-agentur.de/publication/2020/3089_Krankenhausplan2020komplett.pdf.

3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern

Der ab 01. Januar 2012 gültige Krankenhausplan 2012 in Mecklenburg-Vorpommern ist als Rahmenplanung angelegt. Er weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser nach Standorten und gegebenenfalls die Standorte der Betriebsstätten, die bedarfsgerechten Fachabteilungen und die Gesamtbettenzahl des Krankenhauses aus. Nicht in die Rahmenplanung einbezogen sind die Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, die Psychosomatische Medizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die teilstationären Versorgungsangebote (Tagesklinikplätze), die mit konkreten Betten- bzw. Platzzahlen ausgewiesen werden. Weiterhin enthält der Krankenhausplan 2012 eine Übersicht der Krankenhausträger sowie besondere Aufgaben, Fachkrankenhäuser und Zentren.

Die im Vierten Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern als Richtwerte für die angemessene Platz- und Bettennutzung angesetzten Auslastungsgrade haben sich bewährt und werden beibehalten: Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85 %. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde/Kinderchirurgie 75 %, Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie 90 %, Belegbetten 75 %, Anästhesie/Intensivmedizin 70 %, Belegabteilungen 75 % und Tageskliniken bei Zugrundelegung einer 5-Tage-Woche 85 %. Auch die Ausbildungsstätten und Hinweise zu Weiterbildungsstätten finden im Krankenhausplan Berücksichtigung.

Abbildung 3.16: Krankenhausplanung in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V), DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern, online abrufbar unter: <http://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/gesundheits/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen>.

3.3.9 Niedersachsen

Der aktuelle Krankenhausplan 2022 wird nach § 4 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG vom 28. Juni 2022 (Nds. GVBl. S. 376) vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung aufgestellt und jährlich fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.17). Er enthält die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsregionen, den Standorten, der Zahl der Planbetten und teilstationären Plätze und den Fachrichtungen, sowie die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG. Dabei handelt es sich bei dem Krankenhausplan um einen Rahmenplan, der durch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V konkretisiert werden kann.

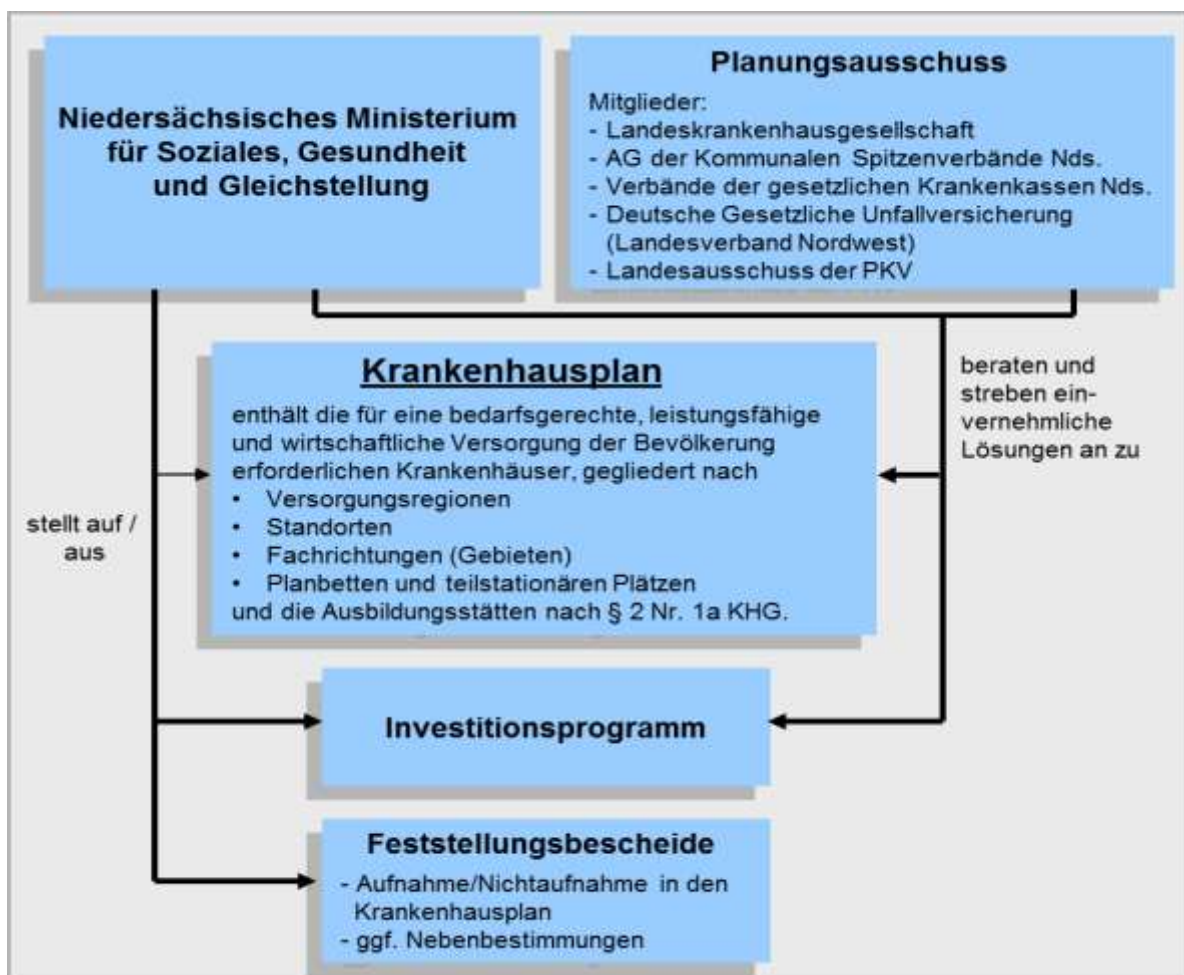
Der derzeit aktuelle Krankenhausplan (2022) enthält u. a. einen Krankenhaushauptplan „Zentren“ nach § 4 Abs. 5 NKHG. Nach § 4 Abs. 5 NKHG kann der Krankenhausplan

durch Krankenhausfachpläne ergänzt werden, die Teil des Krankenhausplans sind. In Niedersachsen erfolgt die Ausweisung der besonderen Aufgaben von Zentren durch die Aufnahme in den „Krankenhausfachplan Zentren“. Die krankenhauserische Ausweisung der besonderen Aufgaben von Zentren steht im Ermessen der Krankenhausplanungsbehörde.

Die Bettenprognose nach Fachrichtungen richtet sich nach den Fachgebieten der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen und wird auf Basis des tatsächlich zu versorgenden Bedarfs fortgeschrieben.

Für die Fachrichtungen werden dabei durchschnittliche Auslastungsgrade von 85 % berücksichtigt. Ausnahmen gelten für: Kinder- und Jugendmedizin 80 %, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 90 %.

Abbildung 3.17: Krankenhausplanung in Niedersachsen



Quelle: NKHG, DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

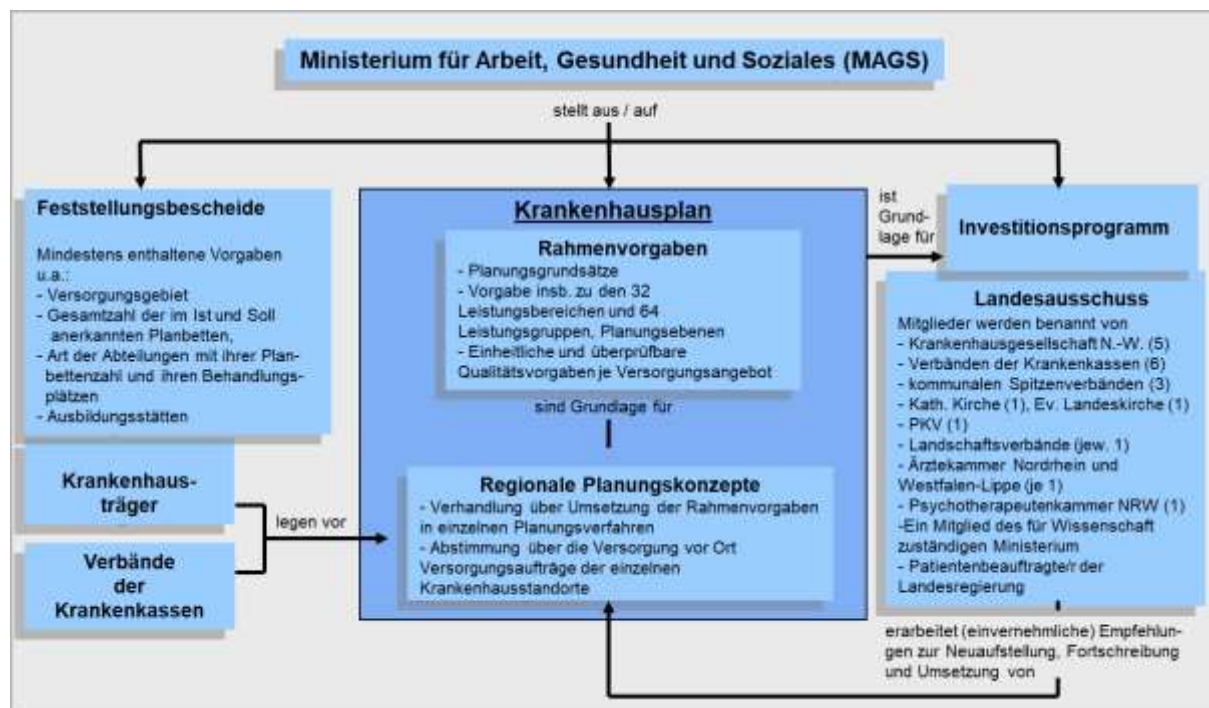
Niedersächsischer Krankenhausplan 2022, Stand: 01. Januar 2022, 37. Fortschreibung, online abrufbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/krankenhauser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html

Das Niedersächsische Krankenhausgesetz ist im Juni 2022 neugefasst worden und tritt zum 01.01.2023 in Kraft. Der aktuelle Krankenhausplan basiert jedoch noch auf der alten Fassung des Gesetzes.

3.3.10 Nordrhein-Westfalen

Das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) stellt einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort (vgl. dazu Abbildung 3.18). Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus und besteht nach § 12 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) aus den Rahmenvorgaben und den regionalen Planungskonzepten.

Abbildung 3.18: Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen



Quelle: KHGG NRW, DKG.

Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 ist am 27. April 2022 veröffentlicht worden und löst die bisherigen Rahmenvorgaben (Krankenhausplan NRW 2015) ab. Die rechtliche Grundlage für die Einführung der neuen Rahmenvorgaben wurde mit der Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), in Kraft getreten im März 2021, geschaffen.

Der neue Krankenhausplan sieht eine grundlegende Änderung der Rahmenvorgaben vor: Die Krankenhausplanung wird nicht mehr wie bislang vorrangig die starre Plangröße Bett zu Grunde legen, sondern von den tatsächlichen Fallzahlen in den verschiedenen Leistungsbereichen ausgehen. Eine weitere wesentliche Neuerung ist die Einführung einer neuen Planungssystematik, in der fortan statt wie bislang 24

Fachabteilungen (FAB) nun 32 Leistungsbereiche (LB) mit 64 untergeordneten Leistungsgruppen (LG) ausgewiesen werden, die detailliert medizinische Fachgebiete und spezifische medizinische Leistungen abbilden. Jeder dieser Leistungsgruppen werden darüber hinaus konkrete Qualitätsvorgaben zugeordnet. Als Grundlage für die regionalen Planungsverfahren weist der Krankenhausplan über eine Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose außerdem den Bedarf der einzelnen Leistungsgruppen aus. Der Bedarf wird durch drei verschiedene Kennzahlen je medizinischem Gebiet beschrieben: der stationären Fallzahl (FZ), den Belegtagen (BT) und der durchschnittlichen Verweildauer (VWD).

In 2018 hat das MAGS NRW im Rahmen einer Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 eine Ergänzung des Anhang F des Krankenhausplans NRW 2015 um die Ausweisung von besonderen Aufgaben von Zentren, vorgenommen. Auch im Krankenhausplan 2022 sind die Zentren nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgewiesen sowie weitere landeseigene Zentren für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie), Zentren für hochkontagiös erkrankte Patienten und Zentren für Schwerbrandverletzte.

Aktueller Krankenhausplan:

Informationen zur zukünftigen neuen Krankenhausplanung in NRW finden sich auf der Internetseite des MAGS NRW. (<https://www.mags.nrw/aktueller-krankenhausplan-nordrhein-westfalen>). Am 17.10.2022 werden die Krankenhäuser flächendeckend zur Aufnahme von Gesprächen im Hinblick auf die neue Krankenhausplanung aufgefordert (Initiierung durch die Bezirksregierungen) und am 17.11.2022 beginnt der sechsmonatige Zeitraum zur Umsetzung der regionalen Planungskonzepte. Geplant ist seitens des Ministeriums, die mit großen Herausforderungen verbundene neue Krankenhausplanung über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen in den kommenden zwei Jahren umsetzen zu wollen.

3.3.11 Rheinland-Pfalz

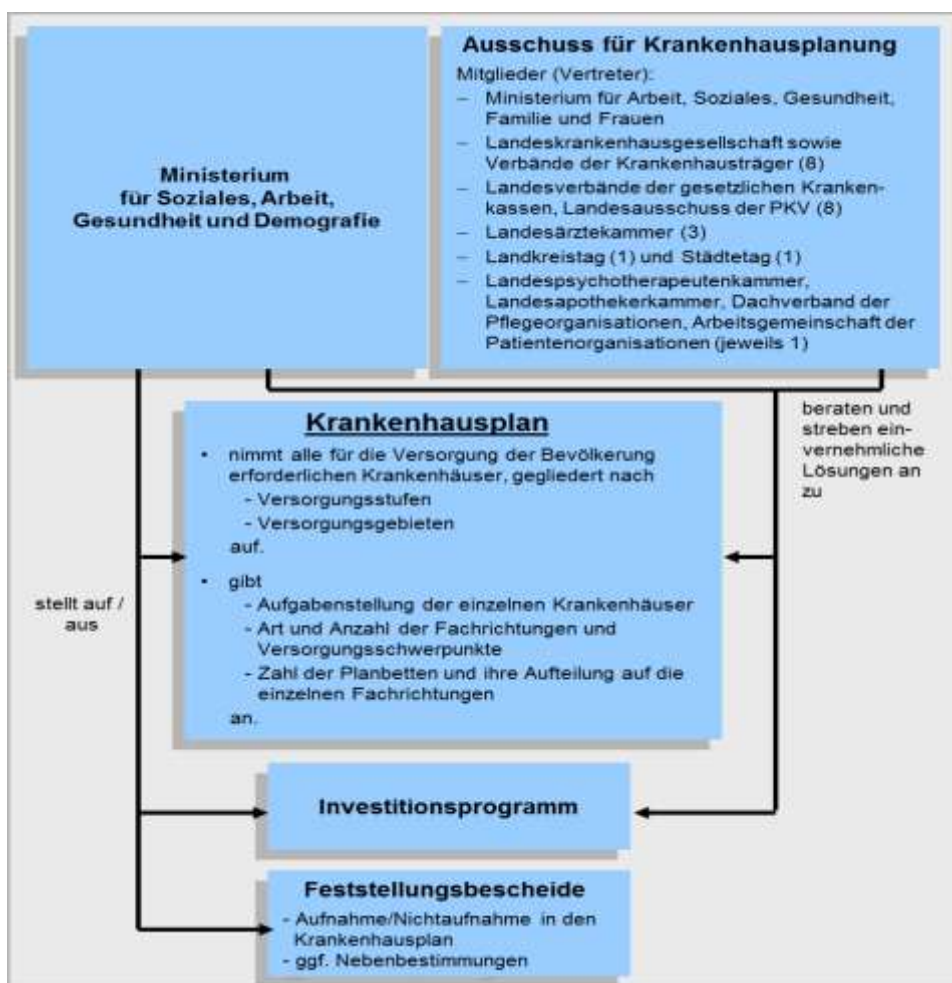
In den Krankenhausplan werden gemäß § 6 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz (LKG) alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. Der Krankenhausplan umfasst den gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsauftrag der einzelnen Krankenhäuser, die Art und die Anzahl der Fachrichtungen und Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen. Aufgestellt wird der Krankenhausplan nach § 7 LKG in mehrjährigen Zeitabständen vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung und nach Anhörung von weiteren im Bereich des Krankenhauswesens tätigen Verbänden und Organisationen (vgl. dazu Abbildung 3.19). Der Krankenhausplan wird von der Landesregierung beschlossen und im Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz veröffentlicht.

Der aktuelle Krankenhausplan 2019 gilt bis 2025. Er wurde auf Basis eines vorbereitenden Gutachtens durch das IGES Institut, Berlin erstellt sowie unter Begleitung einer Unterarbeitsgruppe des Krankenhausplanungsausschusses und unter Anhörung von Experten im Rahmen von Befragungen und Fachgebietskonferenzen.

Ein wesentliches Ziel des Krankenhausplanes ist es, den Übergang zu einer Rahmenplanung zu fundieren. Es ist beabsichtigt, mittel- bis langfristig regionale Versorgungskonferenzen zu etablieren, an denen die Versorgungsverantwortlichen der Region gemeinsam über die Handlungsalternativen abstimmen. Hinsichtlich der ausgewiesenen Bettenzahlen der einzelnen Krankenhäuser soll ein intensives fortlaufendes Monitoring implementiert werden. Dauerhafte Unterauslastung eines Krankenhausstandortes wird in Zukunft zu einer Korrektur des Versorgungsauftrages führen. Zudem werden in Zukunft auch gezielte Analysen zu Versorgungsprozessen und -konzepten erfolgen.

Zur Kapazitätsermittlung wird ein verweildauerabhängiger Soll-Nutzungsgrad verwendet. Dieser beträgt bei einer Verweildauer von <4,5 Tagen 75 %, 4,5 bis < 5,5 Tagen 80 %, 4,5 < 11 Tagen 85 %, 11 < 18 Tagen 90 % und > 18 Tagen 95 %.

Abbildung 3.19: Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz



Quelle: LKG, DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

Landeskrankenhausplan 2019 - 2025, online abrufbar unter:

https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Landeskrankenhausplan_RLP_2019-2025_web.pdf.

3.3.12 Saarland

Das Saarländische Krankenhausgesetz (SKHG) wurde im Jahr 2018 überarbeitet. Mit den Änderungen sollten insbesondere die Qualitätsaspekte passgenau in das SKHG Einzug finden. Gemäß § 1 SKHG ist es Ziel des Gesetzes, im Saarland eine bedarfsgerechte stationäre und teilstationäre und auch qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes System leistungsfähiger, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser zu sozial tragbaren Vergütungen sicherzustellen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes hat als Krankenhausplanungsbehörde auf der Basis eines von einem Sachverständigen erstellten Gutachtens über die konkrete Versorgungssituation und den künftig zu erwartenden Versorgungs- und Ausbildungsbedarf einen Krankenhausplan für das Saarland aufzustellen, der die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser ausweist.

Auf die mit der Neufassung des SKHG im Jahr 2015 neu in das Gesetz aufgenommene Krankenhausplanung in zwei Phasen, also die Erstellung eines Rahmenplans in der Phase 1 und der Konkretisierung – Verteilung der Planbetten und teilstationären -plätze in den einzelnen Krankenhäusern durch die Selbstverwaltungspartner in der Phase 2 – wurde auf Wunsch des Gesundheitsministeriums und mit Zustimmung der SKG und der Krankenkassen bei der Aufstellung des Krankenhausplans 2018 – 2025 verzichtet. Das im Jahr 2018 novellierte Saarländische Krankenhausgesetz sieht eine Rückkehr zu dem seit Jahrzehnten bewährten Verfahren der Detailplanung vor.

Wie bereits in den Vorjahren wurde der Krankenhausplan 2018 - 2025 auf der Basis eines Gutachtens über die konkrete Versorgungssituation und den zukünftig zu erwartenden Versorgungsbedarf erstellt. Mit diesem Gutachten wurde erneut die Firma aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH – im Folgenden „aktiva“ genannt – beauftragt. Die Firma aktiva hat sich bei der Erstellung des Planungsgutachtens wieder verschiedener Datenquellen (§ 21-Daten des Jahres 2016, Statistiken) und Fragebögen (Strukturfragebogen, Personalausstattung, Intensivabfrage, Expertenbefragung) bedient. Erstmals wurde auch der Investitionsbedarf der Krankenhäuser untersucht. Die Firma aktiva hat hierzu gemeinsam mit der Firma JSE GmbH einen Fragebogen entwickelt. Weiterhin wurde aktiva beauftragt, Empfehlungen zu Personalmindestbesetzungen abzugeben.

Die Ermittlung der bedarfsnotwenigen Kapazitäten für das Jahr 2025 erfolgte auf der Basis der Hill-Burton Formel. Folgende Soll-Nutzungsgrade wurden von der Krankenhausplanungsbehörde vorgegeben:

Bezug	Soll-Nutzungsgrad
Verweildauerabhängig	
< 4,5 Tage	70 %
4,5 bis 5,5 Tage	80 %
> 5,5 Tage	85 %
Fachabteilungsbezogen	
Psychiatrie u. Psychotherapie	95 %
Psychosomatik	95 %
Geriatric	90 %
Intensivmedizin	90 %
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80 %
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	95 %

Die Veröffentlichung des Saarländischen Krankenhausplans 2018 - 2025 erfolgte am 02.08.2018 mit rückwirkender Geltung zum 01.01.2018. Der Krankenhausplan enthält folgende Schwerpunkte:

Standort-Definition

Beim Ausweis der Krankenhausstandorte erfolgt eine Orientierung an der neuen Standort-Definition, die gemäß § 2a Abs. 1 KHG zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart wurde.

Ausweis von Zentren

Vor dem Hintergrund der Regelung im KHEntgG, dass Zuschläge für ein Zentrum bzw. einen Schwerpunkt im Sinne von § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG nur noch vereinbart werden können, wenn im Krankenhausplan des Landes die besondere Aufgabe des Zentrums oder Schwerpunkts ausgewiesen ist, hat sich die Anzahl der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zentren stark erhöht. Insgesamt werden 25 Zentren an neun Krankenhäusern ausgewiesen.

Verbesserung der Qualität

Mit dem Hinweis auf eine Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung in den Krankenhäusern wurden Hinweise zu folgenden Themen in den Krankenhausplan aufgenommen:

- Personalvorgaben: Verordnungsermächtigung im Saarländischen Krankenhausgesetz
- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Die Empfehlungen des G-BA sind Bestandteil des Krankenhausplans
- Landeseigene Qualitätsvorgaben: Ziel der Landesregierung ist es auch weiterhin, eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Im Fokus steht hierbei eine Stärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, der sektorenübergreifenden Versorgung, des Abbaus von Doppelstrukturen verknüpft mit Neuausrichtungen und Spezialisierungen.

Besondere Versorgungsstrukturen und Versorgungsleistungen

Als besondere Versorgungsstrukturen und Versorgungsleistungen werden herausgehoben:

- Organtransplantationen
- Hochkontagiose Erkrankungen

- Stroke Units, Behandlungen von Patient/Innen mit akutem Schlaganfall
- Kardiologische Notfallversorgung
- Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Versorgung von älteren und hochbetagten Menschen
- Versorgungen von Patient/Innen im Wachkoma
- Psychiatrische Pflichtversorgung
- Traumanetzwerk „SaarLorLux-Westpfalz“ im Traumanetzwerk DGU
- Hospiz- und Palliativversorgung

Die 1. Fortschreibung des Krankenhausplans 2018 – 2020 wurde am 30.09.2021 veröffentlicht.

Aktueller Krankenhausplan:

Saarländischer Krankenhausplan 2018 - 2025, online abrufbar unter:

https://www.saarland.de/msgff/DE/portale/gesundheitundpraevention/leistungenabisz/gesundheitsschutz/salkrankenhauswesen/salkrankenhauswesen_node.html#doce5590214-2b7b-4e4c-917b-314e1e877727bodyText1 .

3.3.13 Sachsen

Gemäß § 4 Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG) weist der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten und dazugehörigen Ausbildungskapazitäten aus. Das zuständige Staatsministerium wird nach § 5 SächsKHG durch das Mitwirken der Beteiligten, u. a. der Krankenhausgesellschaft Sachsen, in einem Krankenhausplanungsausschuss unterstützt (vgl. dazu Abbildung 3.20).

Die Bedarfsanalyse basiert auf den folgenden Bettennutzungsgraden (Sollwerte):

Abbildung 3.20: Bettennutzungsgrade Sachsen

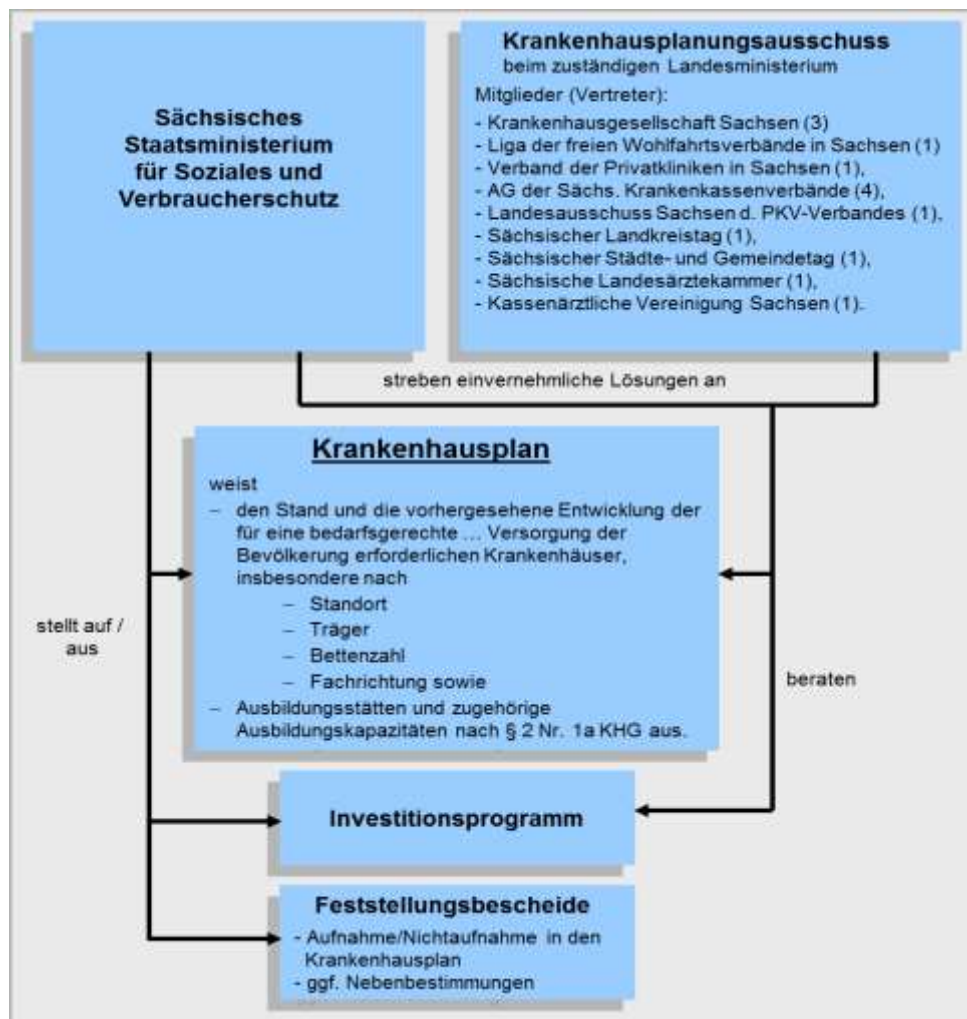
Fachgebiet bzw. Teilgebiet oder Fachprogramm		Bettennutzungsgrad (BN _{Soll 2018 Fachgeb n}) in %	
Somatische Fachgebiete		Haupt- abteilung	Beleg- abteilung
	Augenheilkunde	80	Alle Fach- gebiete 60
	Chirurgie	85	
	darunter Herzchirurgie	85	
	darunter Kinderchirurgie	75	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	85	
	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	85	
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	85	
	Innere Medizin und Allgemeinmedizin	85	
	Kinder- und Jugendmedizin	75	
	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	85	
	Neurochirurgie	85	
	Neurologie	85	
	darunter Neurologische Frührehabilitation Phase B	90	
	Nuklearmedizin	85	
	Strahlentherapie	85	
	Urologie	85	

Psychische Fachgebiete			
	Psychiatrie und Psychotherapie	90*	
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	90*	
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	90*	

* Bezogen auf die Belegungstage inklusive Beurlaubungstage

Quelle: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2018.

Abbildung 3.21: Krankenhausplanung in Sachsen



Quelle: SächsKHG, DKG.

Mittels Gewichtung der fachgebietsbezogenen Bettennutzungsgrad-Sollwerte mit den Pflgetagen je Fachgebiet wurde bei der Bedarfsermittlung für die somatischen Fachgebiete für jedes Krankenhaus ein durchschnittlicher individueller Bettennutzungsgrad zugrunde gelegt.

Besondere Aufgaben und Fachprogramme sieht der derzeit aktuelle Krankenhausplan für den Fachbereich Innere und Allgemeinmedizin (Spezialisierte Versorgung geriatrischer Patienten, Behandlung von Erkrankungen durch hochpathogene und lebensbedrohliche Erreger, Spezialisierte Adipositasbehandlungen) vor. Darüber hinaus wurden als Fachprogramme ebenfalls aufgenommen: die Versorgung Schwerbrandverletzter, die Neurologische Frührehabilitation Phase B, zum Versorgungsbereich der Transplantationen (Transplantationszentren nach Transplantationsgesetz und die Stammzell- und Knochenmarktransplantation) sowie die Cochlear-Implantation in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Die sächsische Staatsregierung hat den aktuellen Krankenhausplan 2018 (12. Fortschreibung) am 28. August 2018 verabschiedet. Am 01. September trat er in Kraft. Wesentliche Änderung gegenüber dem vorhergehenden Krankenhausplan sind insbesondere die Ausweisung von 23 Zentren im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG sowie die deutliche Aufstockung der Ausbildungskapazitäten um rund 15 %.

Hinsichtlich der Kapazitäten erfolgen in Einzelfällen moderate Erhöhungen. So erhöht sich die Zahlen der somatischen Betten (+183) und der Betten im psychischen Bereich (+218). Ein Fokus des aktuellen Krankenhausplanes liegt in der Versorgung von älteren Menschen.

Derzeit wird das aktuelle Sächsische Krankenhausgesetz (SächsKHG) aus dem Jahr 1993 novelliert. Der Regierungsentwurf zur Novellierung des SächsKHG befindet sich im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren und soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden. Das neue Krankenhausgesetz soll voraussichtlich zum 01.01.2023 in Kraft treten. Auf der Grundlage des novellierten SächsKHG soll dann die nächste Fortschreibung des Krankenhausplans für den Freistaat Sachsen erfolgen. Die Erarbeitung dieser 13. Fortschreibung hat bereits begonnen und der neue Krankenhausplan soll zum 01.01.2024 in Kraft treten.

Aktueller Krankenhausplan:

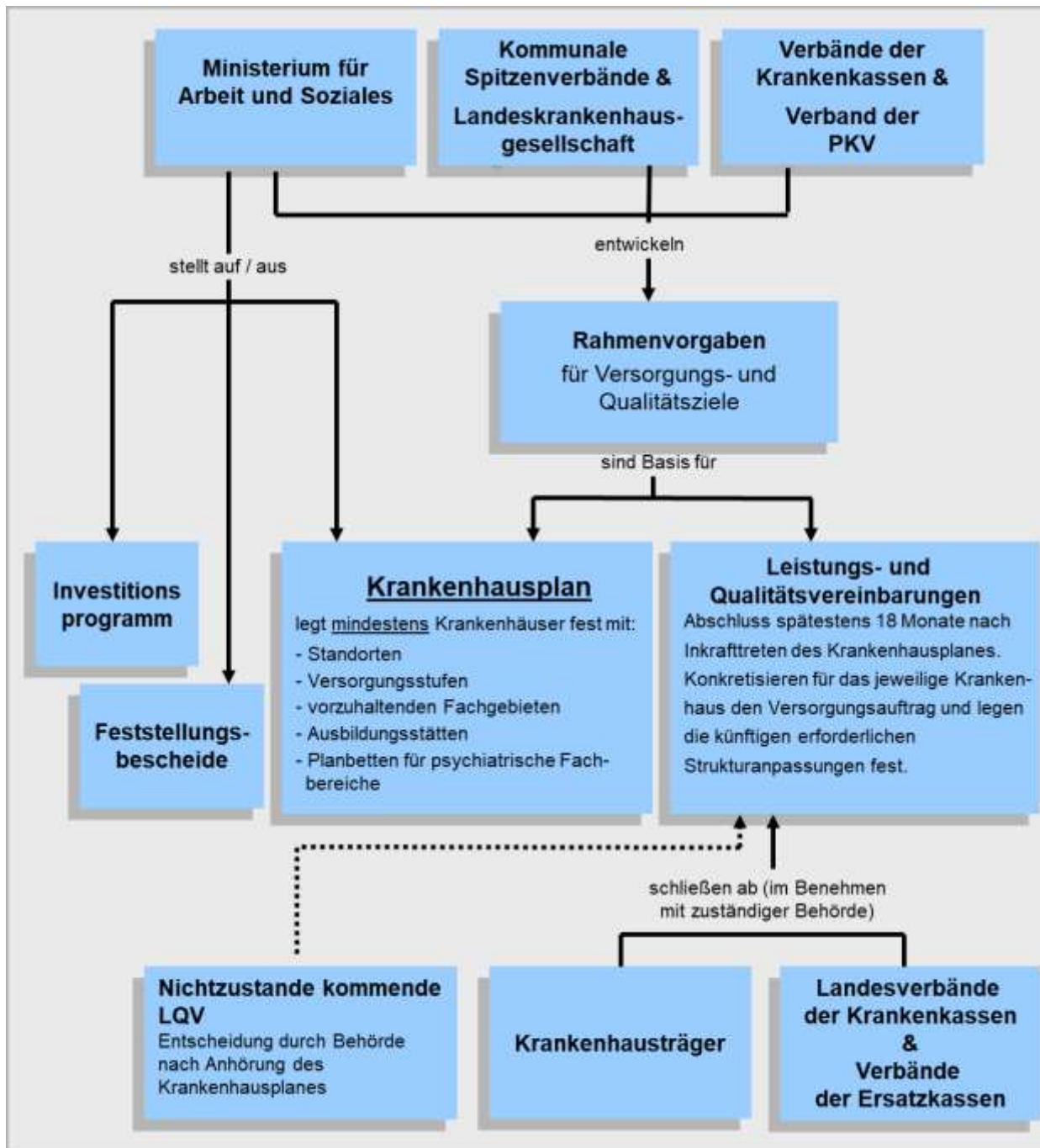
Krankenhausplan 2018 des Freistaates Sachsen, 12. Fortschreibung, aktualisiert mit Stand 01. Juli 2022, online abrufbar unter: <https://www.gesunde.sachsen.de/56.html> .

3.3.14 Sachsen-Anhalt

Der Krankenhausplan verfolgt insbesondere das Ziel der Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung des Landes mit stationären Leistungen und wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen. Gemäß § 3 Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) ist er in mindestens zweijährigem Turnus zu überprüfen und legt auf Basis der Rahmenvorgaben nach § 3 Abs. 2 KHG LSA mindestens Krankenhäuser mit Standorten, Versorgungsstufen und vorzuhaltenden Fachgebieten sowie Ausbildungsstätten fest (vgl. dazu Abb. 3.22). Für die psychiatrischen Fachbereiche werden bis auf weiteres Planbetten ausgewiesen.

Auslastungsgrade werden im Krankenhausplan nicht angegeben. Im Krankenhausplan werden Krankenhausstrukturen mit den Versorgungsstufen Basisversorgung, Schwerpunktversorgung, Spezialversorgung und universitäre Versorgung, Fachgebiete, Schwerpunkte und Zentren ausgewiesen.

Abbildung 3.22: Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt



Quelle: KHG LSA, DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

Neuer Krankenhausplan ist zum 01.10.2022 gültig, zum bisherigen Krankenhausplan wurde hier die Anlage 7 überarbeitet.

Es erfolgte eine Überprüfung der Zentren auf die Qualitätsvorgaben des G-BA.

Online abrufbar unter: <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000011902> .

3.3.15 Schleswig-Holstein

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein stellt den Krankenhausplan auf und passt ihn der Entwicklung an. Der Plan ist mindestens alle sechs Jahre fortzuschreiben. Er legt insbesondere den Standort, die Bettenzahl, die Fachrichtungen sowie die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte der Krankenhäuser fest und weist die Ausbildungsstätten aus (vgl. dazu Abb. 3.23). Der aktuelle Krankenhausplan legt Betten je Fachrichtung fest.

Im Krankenhausplan wird zudem eine Zusammenarbeit zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg berücksichtigt. Als besondere Schwerpunkte werden die Teilnahme an der Notfallversorgung, Perinatalzentren, Traumazentren, Onkologische Zentren, Brustzentren und Stroke Units genannt.

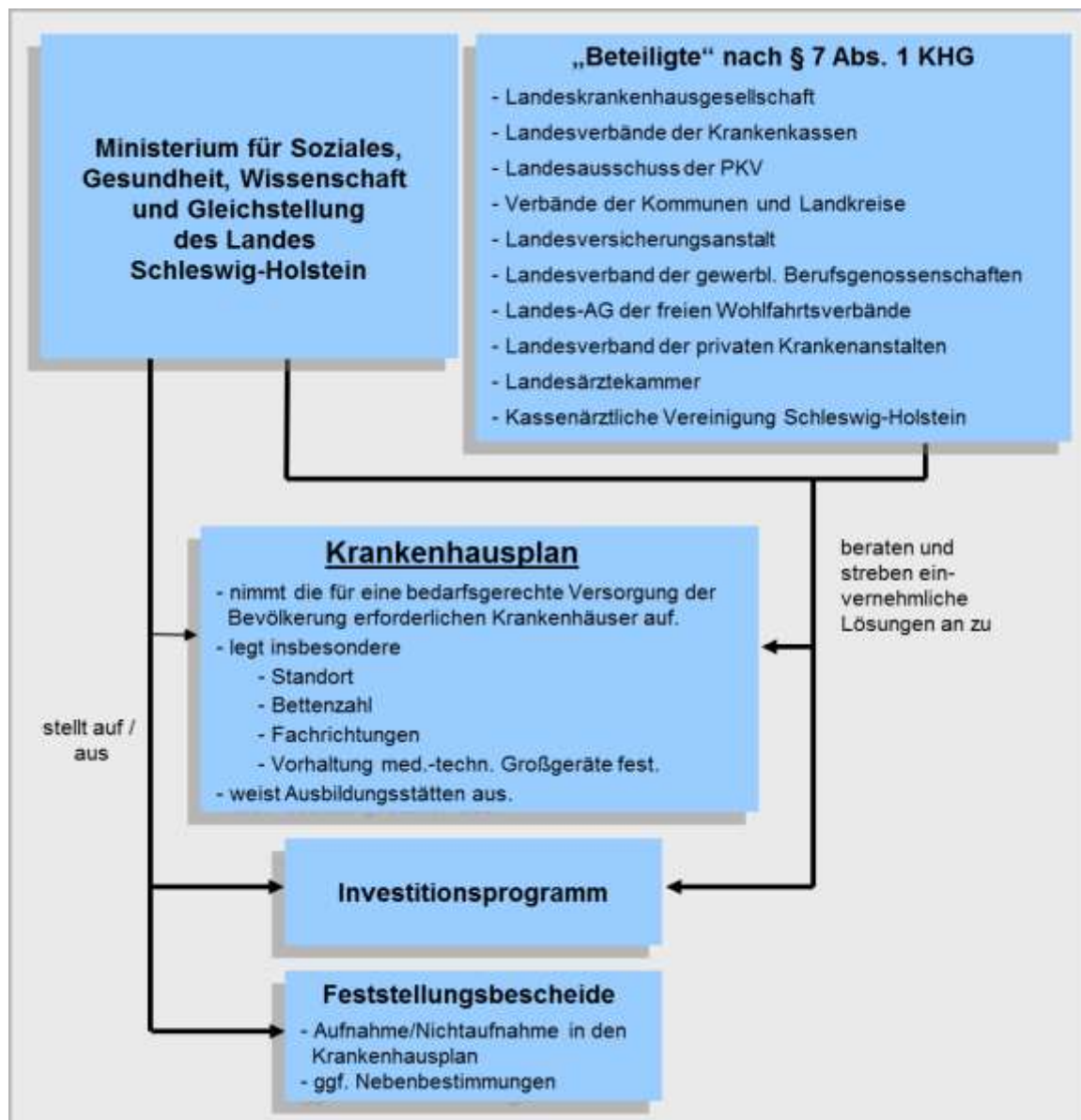
Die Richtwerte für die Bettenauslastung der Fachabteilungen orientieren sich grundsätzlich an der durchschnittlichen Verweildauer des jeweiligen Fachgebietes:

- Durchschnittliche Verweildauer (landesweit) < 5 Tage 80 %
- Durchschnittliche Verweildauer (landesweit) 5 bis < 11 Tage 85 %
- Durchschnittliche Verweildauer (landesweit) > 11 Tage 90 %

Für einige Fachabteilungen wurden davon abweichende Richtwerte für die Bettenauslastung festgelegt:

- Innere Medizin 80 %
- Kinderheilkunde 75 %
- KJP 85 %
- Neurologie 82 %
- Psychosomatik 95 %

Abbildung 3.23: Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein



Quelle: Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG), DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, veröffentlicht im Amtsblatt Schleswig-Holstein Nr. 2, 2017, online abrufbar unter:

<https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Krankenhausplan.html>.

3.3.16 Thüringen

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) stellt einen Krankenhausplan auf, der gemäß § 4 Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) insbesondere die für eine patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl, Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze festlegt. Der Krankenhausplan enthält auch die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG und soll in angemessenen Zeiträumen, spätestens jedoch nach sechs Jahren, fortgeschrieben werden (vgl. dazu Abb. 3.24).

Zur Vorbereitung auf den aktuellen 7. Thüringer Krankenhausplan hatte das TMAS-GFF das IGES Institut Berlin beauftragt, eine Prognose der versorgungsnotwendigen Kapazitäten bis zum Jahr 2021 unter Berücksichtigung der Leistungs- und Bedarfsentwicklung, des medizinischen Fortschritts sowie sich ändernder medizinischer Versorgungsstrukturen für die von der Planung umfassten Fächer der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen, aber auch zu Sonderfragen zur Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen sowie zu Sonderfragen der Krankenhausplanung insbesondere zu möglichen Qualitätsindikatoren zu ermitteln. Da bei Erteilung des Gutachtenauftrages im Jahre 2014 weder die Verlängerung der Laufzeit des 6. Thüringer Krankenhausplans bis zum 31. Dezember 2016 noch die Trennung der Beplanung der Weiterbildungsgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie absehbar waren, wurden ergänzend zum Gutachten eigene Auswertungen der Planungsbehörde, z. B. zur Entwicklung der Bevölkerungsprognose in den Planungsprozess mit einbezogen.

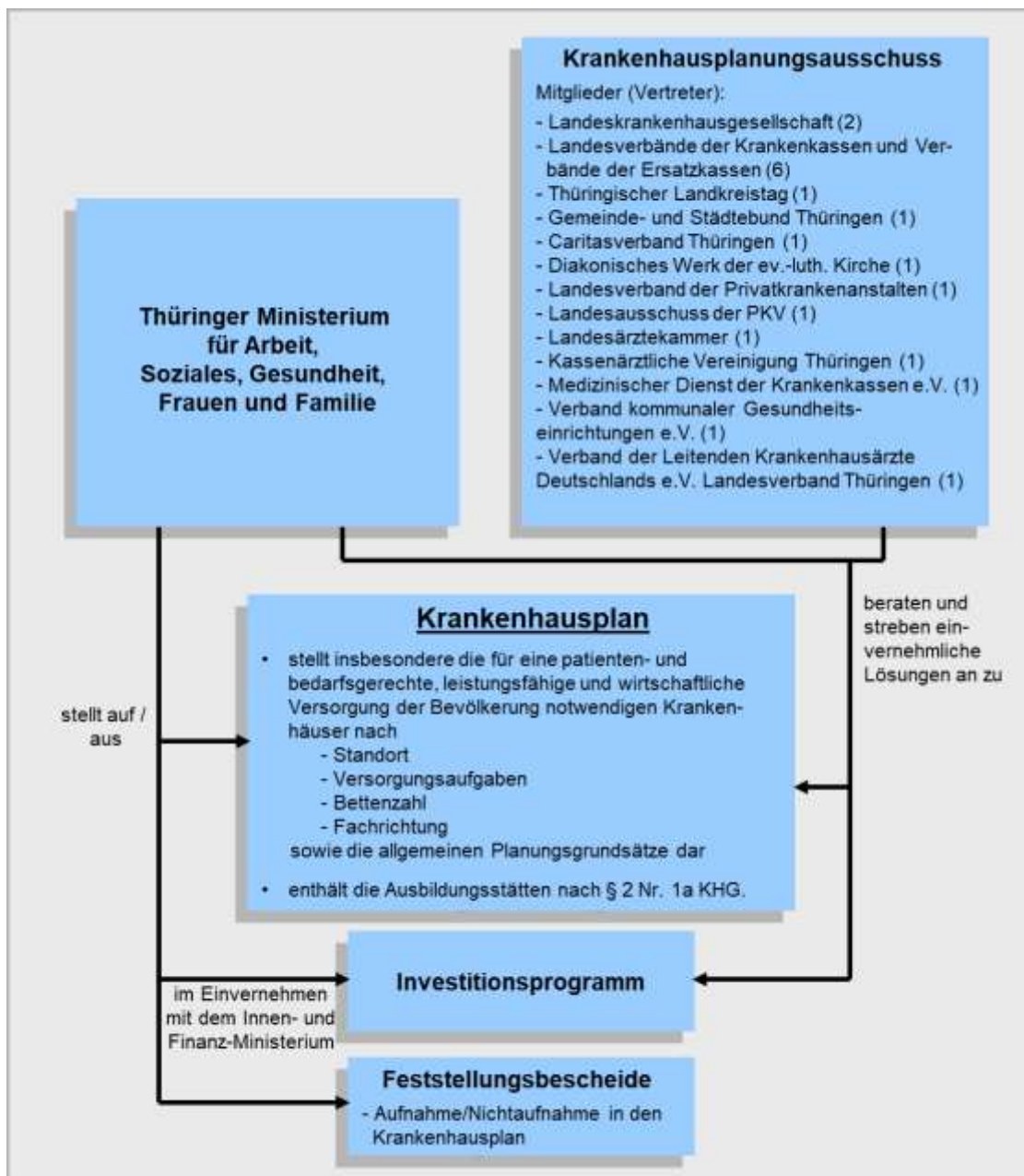
Im 7. Thüringer Krankenhausplan wurde die Versorgung von Schlaganfällen neu aufgenommen. Hierzu wurde ein Konzept erarbeitet, dass eine strukturierte Versorgung vorsieht. Erstmals wurde das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beplant. Weiter wurde durch die Novellierung des ThürKHG mit dem neu eingefügten § 19 Abs. 2 besonderes Augenmerk auf die Palliativmedizin gelegt. Danach ist eine angemessene Versorgung von Sterbenden und Patienten mit begrenzter Lebensdauer zunächst Aufgabe jedes Krankenhauses. Darüber hinaus wurden flächendeckend bei einer Vielzahl von Krankenhäusern palliativmedizinische Betten nachrichtlich ausgewiesen. Während der Laufzeit des 7. Thüringer Krankenhausplans ist die Erarbeitung eines Hospiz- und Palliativplans geplant.

Im Krankenhausplanungsausschuss wurde die Ermittlung der Soll-Auslastungsgrade nach der Hill-Burton-Formel intensiv diskutiert und von der Krankhausseite zur besseren Abbildung der Versorgungsrealität im Krankenhaus die Einführung einer verweildauerabhängigen Vorgabe für die Soll-Ausnutzungsgrade gefordert. Dem ist das TMASGFF nicht gefolgt, da der Gutachter im Ergebnis seiner Untersuchung festgestellt hat, dass eine Anpassung auf Grundlage von verweildauerabhängigen Soll-Auslastungsgraden die Planbettenermittlung nur unwesentlich beeinflussen würde. Insofern wurden bei der Bedarfsprognose Soll-Auslastungsgrade von 85 % berücksichtigt. Ausnahmen gelten für die Kinderheilkunde 75 %, die Orthopädie 90 %, die Psychiatrie 90 %, die Intensivtherapie 80 % und die Kinderchirurgie 75 %.

Gemäß § 4 Abs. 7 ThürKHG kann die Planungsbehörde während der Laufzeit des Krankenhausplans die Feststellungsbescheide zweijährlich auf der Grundlage der Daten nach § 21 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 des KHEntgG des jeweiligen Vorjahres und einer Prognoseberechnung, die den Bevölkerungsstand sowie eine Bevölkerungsprognose berücksichtigt, überprüfen. Grundlage für die Prognoseberechnung bilden Daten des Thüringer Landesamtes für Statistik. Eine solche Nachplanung wurde für das Jahr 2018 durchgeführt. In den Datenblättern für das jeweilige Krankenhaus werden Bettenkapazitäten für die entsprechenden Fachgebiete zum 01. Januar 2017 ausgewiesen und eine Prognose für das Jahr 2022 getroffen. Grundlage hierfür ist eine Berechnung der Bevölkerungsprognose und die § 21-Daten KHEntgG des Jahres 2015. Flankierend zum 7. Thüringer Krankenhausplan ist die Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen (ThürQSVO) nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes zum 01. Januar 2017 in Kraft getreten. Diese Verordnung trifft personelle Vorgaben zur ärztlichen Besetzung und weist darüber hinaus zur Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, zur Geriatrie und zur Neurologischen Frührehabilitation der

Phase B spezielle Struktur- und Personalvorgaben aus. Diese sind in einer gesonderten Anlage der ThürQSVO dargelegt.

Abbildung 3.24: Krankenhausplanung in Thüringen



Quelle: ThürKHG, DKG.

Der 7. Thüringer Krankenhausplan ist zum 01. Januar 2017 in Kraft getreten.

Aktueller Krankenhausplan:

7. Thüringer Krankenhausplan, online abrufbar unter:

<https://www.tmasgff.de/gesundheit/krankenhaus#c487> .

3.4 Weitere Vorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung bzgl. der Notfallversorgung, Qualitätskriterien und -festlegungen, Ausbildungsstätten, der Frührehabilitation sowie teilstationären Leistungen

Eine Übersicht zu den in den Krankenhausplänen enthaltenen Vorgaben zur Notfallversorgung sowie zu Qualitätskriterien und -festlegungen, Ausbildungsstätten, der Frührehabilitation und teilstationären Leistungen ist den zwei folgenden Tabellen zu entnehmen (Tabelle 3.5 und Tabelle 3.6). Eine detaillierte Darstellung der jeweiligen Vorgaben ist in Anhang 5.4 bis 5.8 dargestellt.

Tabelle 3.5: Vorgaben zur Notfallversorgung sowie zu Qualitätskriterien und -festlegungen

Bundesland	Notfallversorgung	Qualitätskriterien und -festlegungen
Baden-Württemberg	-	Vorgaben im Rahmen von Fachplanungen für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologische Frührehabilitation, Geriatrie, Schlaganfallversorgung, Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, onkologische Zentren sowie kooperierende onkologische Schwerpunkte, Traumazentren, Weaning sowie chronische Dialyse.
Bayern	-	Vorgaben für die Fachprogramme Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern, Palliativversorgung in Krankenhäusern, Akutgeriatrie.
Berlin	Auflistung teilnehmender Krankenhäuser und ihrer Versorgungsstufe.	Beschreibung von Versorgungsschwerpunkten Beschreibung genereller qualitätssichernder Anforderungen für alle Plankrankenhäuser wie z. B. Mindestanforderungen an die Facharztbesetzung einer Fachabteilung, zum Pflegepersonal auf Intensivstationen sowie Beschreibung von Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität in Verbindung mit Versorgungskonzepten (z. B. Anforderungen an die geriatrische Versorgung im Krankenhaus, zur Schlaganfallversorgung (Stroke Unit), Einheiten für neurologische Frührehabilitation, Tumormedizin) und dem Ausweis von Abteilungen auf der Ebene von Subdisziplinen (kardiologische Abteilungen, Orthopädie / unfallchirurgische Abteilungen,

Bundesland	Notfallversorgung	Qualitätskriterien und -festlegungen
		gefäßmedizinische Schwerpunkte, thoraxchirurgische Abteilungen). Besondere qualitätssichernde Anforderungen gelten zudem für die Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren.
Brandenburg	An der Notfallversorgung sollen alle Krankenhäuser entsprechend ihrem Versorgungsauftrag teilnehmen. Dies ist unabhängig davon, ob Krankenhäuser gemäß dem Beschluss des G-BA zu den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen an dem gestuften System teilnehmen.	Der Vierte Brandenburger Krankenhausplan weist darauf hin, dass die Qualität der Krankenhausversorgung ein wichtiges Zielkriterium der Krankenhausplanung ist, das mit den weiteren Zielkriterien in eine bestmögliche Abstimmung zu bringen ist. Dies gilt insbesondere für die Zielsetzung der „regional ausgeglichenen Versorgung“, oft auch als „flächendeckende Versorgung“ bezeichnet. Der Krankenhausplan enthält für verschiedene Fachgebiete differenzierte Vorgaben mit der Zielstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung.
Bremen	Alle Krankenhäuser sind verpflichtet an der Notfallversorgung teilzunehmen sowie eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft zu gewährleisten.	Die im BremKrhG ermöglichte Einbeziehung von Qualitätsvorgaben im Krankenhausrahmenplan wurde bisher noch nicht umgesetzt.
Hamburg	Auflistung teilnehmender Krankenhäuser (eingeschränkt, uneingeschränkt).	Qualitätsanforderungen für die Neurochirurgie (gem. § 6b Abs. 2 HmbKHG) und für Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie und Thoraxchirurgie (gem. HmbQualiVO). Erläuterung von Qualitätsaspekten u. a. für die Bereiche Herzinfarktversorgung, Schlaganfallversorgung, Kindgerechte Krankenhausversorgung, Geriatrische und Psychiatrische Versorgung sowie Frührehabilitation.
Hessen	Verweis auf die Vorgaben des G-BA zur gestuften Notfallversorgung. Weiterentwicklung und Aktualisierung bereits bestehender eigenständiger medizinisch-fachlicher und organisatorischer Kriterien für	Festlegung von Kriterien zur Sicherstellung der Qualität und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

Bundesland	Notfallversorgung	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Allgemeinkrankenhäuser bzw. für unfallchirurgische Fachkrankenhäuser durch die LÄKH über die Strukturvorgaben des G-BA hinaus, soweit sie den bundesrechtlichen Vorgaben nicht widersprechen.	
Mecklenburg-Vorpommern	Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern sind im Rahmen des Versorgungsauftrags grundsätzlich zur Versorgung von Notfällen verpflichtet. Die Erfüllung der Voraussetzungen der Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß der Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen, gemäß § 136c Abs. 4 SGB V, wird von den Pflege-satzparteien nach § 18 Abs. 2 KHG jährlich überprüft und bei Erfüllen der Voraussetzungen entsprechend vereinbart.	Festlegungen zu besonderen Aufgaben und Standortausweisung für: Frührehabilitation von schweren Schädel-Hirn-Schädigungen, Frührehabilitation von Querschnittslähmung, Perinatalzentren Level 1 und Level 2, Schlaganfallversorgung (überregionale Stroke Unit und regionale Stroke Unit), Adipositas-Chirurgie und Transplantationszentrum, Palliativmedizin im Krankenhaus, Geriatrie im Krankenhaus, Herzkatheterlabore im Krankenhaus, Zentren nach G-BA sowie zunächst eine Definition des „Krankenhausplanerischen Begriff des Zentrums“ und anschließend für „Onkologische Zentren“, „Pädiatrische Zentren“, „Traumazentren“ und „Herzmedizinische Zentren“ sowie ein Kapitel zur akut-stationären Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung
Niedersachsen	-	Ausweisung von Zentren und besonderen Aufgaben nach G-BA Kriterien bzw. Landesrecht.
Nordrhein-Westfalen	Die Notfallversorgung wird im Krankenhausplan NRW 2022 unter dem Punkt „Planungsgrundsätze“ beschrieben.	Der Krankenhausplan NRW 2022 weist für alle Leistungsgruppen spezifische Qualitätskriterien aus. Für die Leistungsgruppen sind dabei je Anforderungsbereich Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien festgelegt. Mindestvoraussetzungen legen die Anforderungen fest, die ein Krankenhaus bzw. Standort mindestens erfüllen muss, um einen Versorgungsauftrag für die gewünschte Leistungsgruppe erhalten zu können.
Rheinland-Pfalz	-	Onkologische Versorgung, Herzmedizinische Versorgung, Versorgung cerebrovasculärer Erkrankungen.
Saarland	Verweis auf die Vorgaben des G-BA zur gestuften Notfallversorgung.	Vorgaben für die Bereiche Chest Pain Units, Stroke Units, Geriatrie sowie Mindestmengenvorgabe für gynäkologische-geburtshilfliche Abteilungen.

Bundesland	Notfallversorgung	Qualitätskriterien und -festlegungen
Sachsen	Die Krankenhäuser sind grundsätzlich zur ambulanten und stationären Notfallbehandlung verpflichtet. Neben einer der Aufgabenstellung entsprechenden Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an den Wochenenden ist die Möglichkeit einer Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung zu gewährleisten.	Vorgaben für die Bereiche, Palliativversorgung, spezialisierte kardiologische Leistungen, spezialisierte septische Chirurgie, Versorgung von Schlaganfallpatienten, Kinder- und Jugendmedizin, regionale onkologische Netzwerke, spezialisierte geriatrische Versorgung, Cochlear-Implantation.
Sachsen-Anhalt	Festlegung von strukturellen Mindestanforderungen gemäß Rahmenvorgaben.	Lediglich Festlegung von Kriterien innerhalb der „Rahmenvorgaben“, auf die sich der Krankenhausplan stützt.
Schleswig-Holstein	Auflistung der Krankenhäuser, die am gestuften System der Notfallstrukturen (gemäß G-BA) teilnehmen.	Vorgaben für Traumazentren, geriatrische, palliativmedizinische und Schlaganfallversorgung, sowie onkologische Zentren und Brustzentren. Die Ausweisung von Zentren und besonderen Aufgaben nach G-BA-Kriterien erfolgt ebenfalls.
Thüringen	Sollvorgaben bzgl. struktureller Anforderungen (Tabelle 12.5, 7. Thüringer KH-Plan).	Vorgaben zur Palliativmedizin, Behandlung von Schlaganfallpatienten, Inkrafttreten der ThürQSVO mit personellen Vorgaben für Ärzte sowie Strukturvorgaben insbesondere zur Psychosomatischen Medizin, zur Geriatrie und zur Neurologie Phase B.

Quelle: Eigene Darstellung aus Krankenhausplänen.

Tabelle 3.6: Vorgaben zu Ausbildungsstätten, der Frührehabilitation und teilstationären Leistungen

Bundesland	Ausbildungsstätten	Frührehabilitation	Teilstationäre Leistungen
Baden-Württemberg	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe.	Zuweisung einer konkreten Bettenanzahl für die neurologische Frührehabilitation Phase B.	Krankenhausträger und Krankenkassen sollen sich vor der krankenhaushausplanerischen Ausweisung neuer somatischer teilstationärer Kapazitäten in Form einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V über das hier zu erbringende Leistungsspektrum einigen.
Bayern	Ausweisung der Ausbildungsstätten.	Im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation ist eine vorherige Aufnahme ins Fachprogramm Akutgeriatrie notwendig. Im Bereich der neurologischen Frühreha Phase B gilt ein Planungsvorbehalt.	Es erfolgt eine Planung teilstationärer Kapazitäten (Plätze).
Berlin	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe.	Ausweisung der Einheiten für neurologische Frührehabilitation Phase B.	Planung teilstationärer Kapazitäten insbesondere im Bereich der psychiatrischen Versorgung.
Brandenburg	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe.	Planung der neurologischen Frührehabilitation Phase B.	Standortbezogene Planung der Tagesklinikplätze.
Bremen	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe sowie Anzahl der Ausbildungsplätze.	Festlegungen zur neurologischen Frührehabilitation; interdisziplinäre Frührehabilitation und die Weiterentwicklung der geriatrischen Frührehabilitation waren Schwerpunkte des Krankenhausplans 2010-2017.	Planung teilstationärer Kapazitäten bzw. Tagesklinikplätze.
Hamburg	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe sowie Anzahl der Ausbildungsplätze.	Ausweisung der Frührehabplätze je Krankenhaus.	Planung teilstationärer Kapazitäten.

Bundesland	Ausbildungsstätten	Frührehabilitation	Teilstationäre Leistungen
Hessen	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe per Feststellungsbescheid.	Ausweisung der Standorte für die Versorgung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten der Frühphase B und geriatrischer Fachabteilungen (incl. geriatrischer Reha im Rahmen eines „fallabschließenden“ Behandlungskonzepts).	Planung teilstationärer Kapazitäten.
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe sowie Gesamtanzahl der Ausbildungsplätze.	Ausweisung der Fachabteilung, keine Angaben zu Betten.	Planung der Tagesklinikplätze.
Niedersachsen	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe.	-	Planung teilstationärer Einrichtungen und Kapazitäten.
Nordrhein-Westfalen	Das Land hat im Jahr 2017 die Bedarfsplanung der einzelnen Ausbildungsplätze durch den flexiblen Aufbau von Ausbildungsplätzen abgelöst. Die Ausbildungsstätten werden im Feststellungsbescheid des Krankenhauses ausgewiesen, jedoch ohne Angabe einer konkreten Platzzahl. Vielmehr erfolgen die Ausweisungen nur mit einem Hinweis auf die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätte für den jeweiligen Gesundheitsfachberuf. Zwingende Obergrenze ist dabei immer die ausgewiesene Anzahl der Ausbildungsplätze der staatlichen Anerkennung. (Vgl. Kapitel 4.11 des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022 Ausbildungsstätten, S. 58ff.)	Etablierung einer Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“. Die Versorgungsstrukturen im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sind in den vergangenen Jahren immer wieder zum Gegenstand von teils auch öffentlich geführten Diskussionen geworden. Es bleibt Ziel des Landes, in beiden Landesteilen ein bedarfsgerechtes, leistungsfähiges Versorgungsangebot mit angemessenen Erreichbarkeiten zu etablieren. Die Planung über eine eigene Leistungsgruppe schafft dafür die Voraussetzungen. (Vgl. 7.26.3 des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022, S. 247ff.)	In der somatischen Versorgung wird die teilstationäre Versorgung nicht explizit beplant. Es ist den Versorgern überlassen, wie die Leistungserbringung entsprechend dem Versorgungsauftrag voll- und teilstationär erbracht wird. Diese Flexibilität hat sich bewährt und wird somit weitergeführt. Das Patientenwohl hat hierbei stets an oberster Stelle zu stehen. In den Leistungsbereichen „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ sind die Leistungsgruppen nach voll- und teilstationär getrennt gegliedert. Dies betont den hohen Stellenwert der teilstationären Versorgung in diesem

Bundesland	Ausbildungsstätten	Frührehabilitation	Teilstationäre Leistungen
			Bereich. (Vgl. 4.6 des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022, S. 46ff.)
Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe sowie Anzahl der Ausbildungsplätze.	-	Planung der Tagesklinikplätze.
Saarland	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe sowie Anzahl der Ausbildungsplätze.	Ausweisung von Betten für neurologische Früh-Reha innerhalb der Neurologie.	Planung teilstationärer Kapazitäten.
Sachsen	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe sowie Anzahl der Ausbildungsplätze.	Ausweisung der 9 Krankenhäuser zur akut-stationären Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen, Neurologische Frührehabilitation Phase B.	Planung der Tagesklinikplätze

Bundesland	Ausbildungsstätten	Frührehabilitation	Teilstationäre Leistungen
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe.	Ausweisung der Zentren für neurologische Frührehabilitation.	Planung der Tagesklinikplätze für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
Schleswig-Holstein	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe.	Zuweisung des Versorgungsauftrages als Bemerkung im Feststellungsbescheid.	Planung teilstationärer Kapazitäten und Tagesklinikplätze.
Thüringen	Ausweisung der Ausbildungsstätten und -berufe (Tabelle 12.3 Thüringer KH-Plan).	Ausweisung der neurologischen Frührehabilitation nach Phase B bei Plankrankenhäusern innerhalb des Fachgebietes Neurologie durch entsprechenden Zusatz. Bisherige Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V wurden mit den Leistungen der Neurologie Phase B in den 7. Thüringer KH-Plan aufgenommen.	Planung teilstationärer Kapazitäten in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Geriatrie. Ausweisung erfolgt als Tageskliniken. In den somatischen Disziplinen können Vereinbarungen gemäß § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V mit den Krankenkassenverbänden abgeschlossen werden. Diese sind der Planungsbehörde anzuzeigen und würden nachrichtlich in den Datenblättern des 7. Thüringer KH-Plans ausgewiesen.

Quelle: Eigene Darstellung aus Krankenhausplänen.

3.5 Abgrenzung von Versorgungsstufen in den Bundesländern

Tabelle 3.7: Versorgungsstufen der Bundesländer

Bundesland	Kriterien	Versorgungs- / Leistungsstufen
Baden-Württemberg	Mit der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes vom 29.11.2007 ist die Einteilung nach Leistungsstufen im Krankenhausplan explizit abgeschafft worden. Eine Präzisierung des Versorgungsauftrags kann nach § 6 Abs. 1 LKHG falls erforderlich durch Fachplanungen erfolgen. Im Krankenhausplan 2010 erfolgt keine Zuweisung von Leistungsstufen mehr.	
Bayern	- Versorgungsaufgaben der Krankenhäuser - Klinikstandorte (Oberzentren, Mittelzentren)	- 1. Versorgungsstufe - 2. Versorgungsstufe - 3. Versorgungsstufe - Fachkrankenhäuser
Berlin	- Spezifische Strukturvorgaben	<u>Für die Notfallversorgung:</u> - Notfallkrankenhaus - Notfallzentrum
Brandenburg	- Anzahl und Spezialisierung der Fachabteilungen	- Grundversorgung - Regelversorgung und qualifizierte Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Fachkrankenhäuser
Bremen	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen.	
Hamburg	Differenzierung nach der Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung	
Hessen	Mit Einführung des Hessischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2002 (HKHG) wurde die Unterscheidung von Versorgungsstufen faktisch abgeschafft.	
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen.	
Niedersachsen	- Anzahl der Betten - Definition von Anforderungsstufen erfolgt nach Pauschal-förderverordnung	- Anforderungsstufe 1 (bis 230 Betten) - Anforderungsstufe 2 (231 - 330 Betten) - Anforderungsstufe 3 (331 - 630 Betten) - Anforderungsstufe 4 (über 630 Betten)
Nordrhein-Westfalen	Auf die Zuordnung der einzelnen Krankenhäuser zu bestimmten Versorgungsstufen wird verzichtet. Einteilung der medizinischen Versorgung in Leistungsgruppen und Leistungsbereiche.	
Rheinland-Pfalz	- Grundversorgung: Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie - Regelversorgung: zusätzlich zu INN und CHIR 2 weitere Fachabteilungen - Schwerpunktversorgung: zusätzlich zu INN und CHIR 6 weitere Fachabteilungen - Schwerpunktversorgung: zusätzlich zu INN und CHIR 10 weitere Fachabteilungen	- Grundversorgung (bis 250 Betten) - Regelversorgung (251 - 500 Betten) - Schwerpunktversorgung (501 - 800 Betten) - Maximalversorgung (über 800 Betten) - Fachkrankenhäuser
Saarland	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen, jedoch Differenzierung nach Basis- und Spezialversorgung.	
Sachsen	- Art und Anzahl der Fachrichtungen (Fachgebiete nach WBO)	- Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Maximalversorgung - Fachkrankenhäuser (Ergänzung)
Sachsen-Anhalt	Die Definition der Versorgungsstufen erfolgt gemäß der Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA	- Basisversorgung - Schwerpunktversorgung - Spezialversorgung - Universitäre Versorgung
Schleswig-Holstein	- Art und Anzahl der Fachabteilungen	- begrenzte Regelversorgung - Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Zentralversorgung - Fachkrankenhäuser
Thüringen	- Anzahl der Betten - Art und Anzahl der Fachabteilungen	- Regionale Versorgung - (Regional) intermediäre Versorgung - Überregionale Versorgung - Fachkrankenhäuser

Quelle: Krankenhauspläne, Krankenhausgesetze und Rechtsverordnungen der Bundesländer.

4 Investitionsfinanzierung

4.1 Gesamtentwicklung und Investitionsquote

Insgesamt stellten die Bundesländer im Jahr 2021 ca. 3,285 Mrd. Euro zur Investitionsförderung nach § 9 KHG zur Verfügung. Das Gesamtvolumen der nominalen KHG-Mittel auf Bundesebene liegt damit zwar leicht oberhalb des langfristigen Durchschnitts der Jahre 1991 bis 2021, entspricht allerdings einem realen Wertverlust von ca. 45 % gegenüber dem Jahr 1991. Der Blick auf die Verteilung der KHG-Mittel auf die einzelnen Bundesländer zeigt, dass sich die Entwicklung in den Ländern weiterhin sehr unterschiedlich darstellt, jedoch in nahezu allen Ländern real weniger Fördermittel bereitgestellt werden als im Vergleichsjahr 1991 (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Nominale KHG-Fördermittel gesamt²⁵ in Mio. Euro

KHG-Fördermittel in Mio. Euro						
	2019	2020	2021	Ø 1991 - 2021	Ø 2011 - 2021	reale Veränderung ggü. 1991 (in %)
Baden-Württemberg	451,31	451,31	451,31	360,51	415,31	-16,8%
Bayern	643,43	643,43	643,43	559,17	538,09	-41,9%
Berlin	81,80	113,79	137,80	159,30	101,45	-74,1%
Brandenburg	100,00	110,00	110,00	139,00	99,56	-68,6%
Bremen	38,63	38,24	38,65	35,03	36,37	-37,6%
Hamburg	109,43	109,53	109,53	93,22	106,04	-6,1%
Hessen	280,00	308,50	303,00	230,73	259,13	-0,1%
Meckl.-Vorpommern	49,84	52,00	52,00	92,51	56,71	-74,4%
Niedersachsen	265,50	261,06	263,62	221,56	261,55	-23,9%
Nordrhein-Westfalen	626,24	665,60	671,60	536,25	548,54	-37,9%
Rheinland-Pfalz	125,80	125,80	129,80	128,52	121,80	-41,7%
Saarland	32,50	32,50	32,50	34,22	32,36	-50,8%
Sachsen	125,00	125,00	119,50	193,18	111,16	-76,6%
Sachsen-Anhalt	48,75	54,75	60,00	131,04	51,60	-79,3%
Schleswig-Holstein	134,59	116,11	103,01	85,76	96,27	-10,4%
Thüringen	60,00	60,00	60,00	127,35	62,02	-72,1%
Deutschland	3.172,82	3.267,62	3.285,75	3.127,35	2.897,97	-45,82%

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

²⁵ Die Angaben basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Bei kreditfinanzierter Förderung enthalten die Angaben nur die Annuitäten, nicht aber den gewährten Gesamtförderbetrag. Nicht berücksichtigt sind: die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser, die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, Mittel aus einem Konjunkturprogramm, Strukturfondsmittel nach § 12 und 12a KHG (auch Länderanteile).

In den gemeldeten Angaben für Berlin sind der Schuldendienst (Zins- und Tilgung) i.H. von 33,878 Mio. € (bis 2014) bzw. 16,951 Mio. € (2015) für Investitionen 1995 bis 2002 enthalten. Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur Wachsende Stadt und Nachhaltigkeitsfonds (SIWANA) sind nicht enthalten.

In den für Nordrhein-Westfalen gemeldeten Gesamtsummen sind die besonderen Beträge sowie sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem KHGG NRW enthalten. Mit dem Nachtragshaushalt 2017 wurden einmalig 250 Mio. € zusätzlich für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (TG 61 im Haushaltsplan) zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2020 wurden über ein Sonderprogramm Krankenhäuser 750 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Um lt. Landesregierung die Krankenhausstrukturen „pandemiefest“ zu machen, wurden 2021 weitere 192 Mio. Euro bereitgestellt.

Hinweis: In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt.

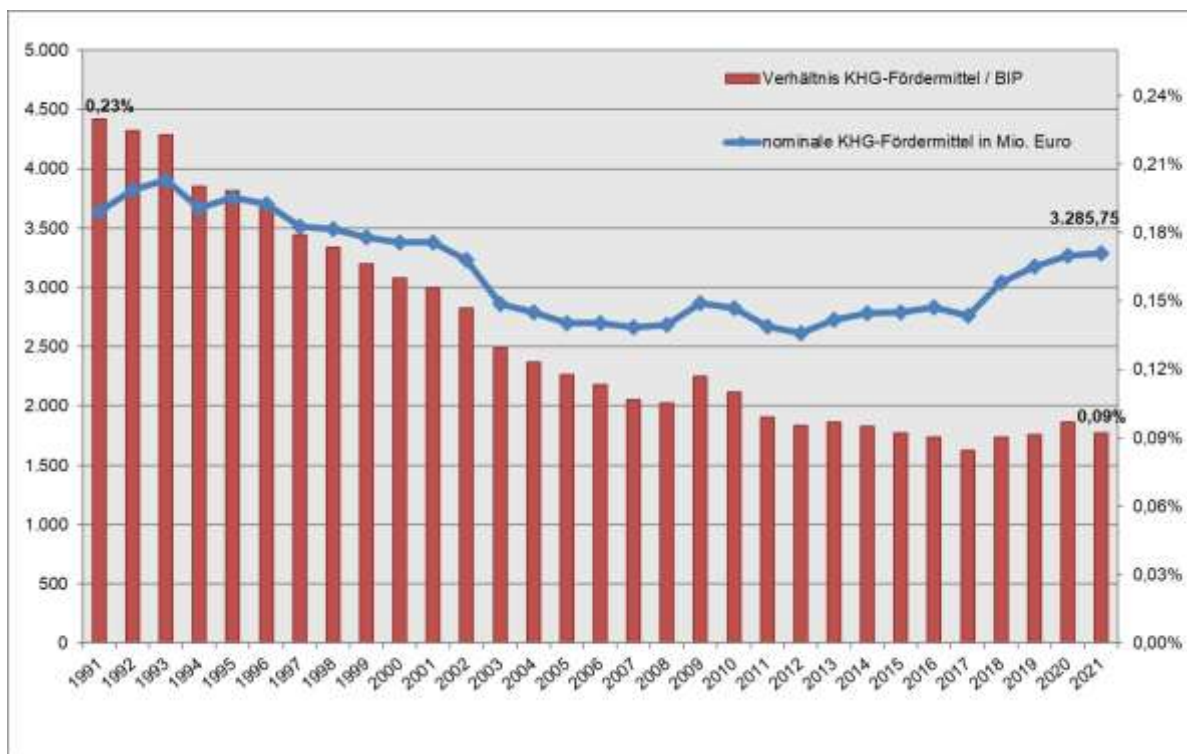
Hinweis: In Niedersachsen sind seit 2017 auch Finanzmittel aus dem „Sondervermögen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung in Niedersachsen“ enthalten. Das Sondervermögen dient der Finanzierung von Zins- und Tilgungsleistungen für Darlehen von Plankrankenhäusern in den Jahren 2017 bis 2042.

Der reale Wert ist der um die Preissteigerung bereinigte Nominalwert des Jahres 2021, berechnet auf Grundlage der prozentualen Veränderung vom Indexstand des Verbraucherpreisindex 1991 bis zum Indexstand 2021.

Die Entwicklung der Fördermittelvolumina seit 1991 ist in Abbildung 4.1 bzw. im Detail in Tabelle 5.1 im Anhang dargestellt. Infolge der langfristigen Negativentwicklung auf Bundesebene (Summe der Fördermittel) ist der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,23 % im Jahr 1991 auf 0,09 % im Jahr 2021 gesunken.

Abbildung 4.2 stellt die Entwicklung der KHG-Fördermittel, des BIP und der Krankenhausaussgaben gegenüber und veranschaulicht die immer weiter auseinandergehende Schere. Im Vergleich zum Jahr 1991 sanken die KHG-Fördermittel bis 2021 nominal um ca. 10 %, während das BIP im selben Zeitraum um 125 % anstieg und sich die bereinigten Kosten der Krankenhäuser bis 2021 um ca. das 3,25-fache erhöhten.

Abbildung 4.1: Entwicklung der nominalen KHG-Mittel²⁶ in Mio. Euro und im Verhältnis zum BIP in Prozent von 1991 bis 2021

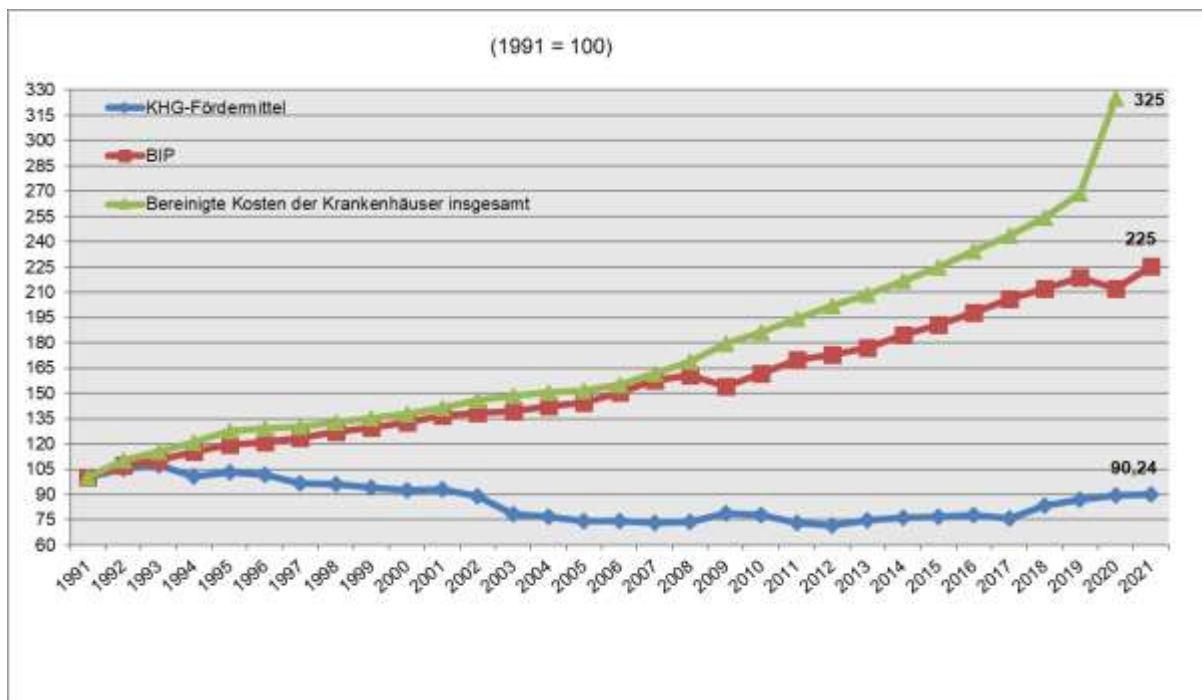


In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

²⁶ In den Jahren 2009 und 2010 stellte der Bund Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Kommunen und Länder im Beteiligungsverhältnis 75:25 zur Verfügung (Konjunkturpaket II). Der Anstieg in 2009 und 2010 ist insbesondere auf dieses Konjunkturprogramm der Bundesregierung zurückzuführen.

Abbildung 4.2: Entwicklung der KHG-Mittel, des BIP und der bereinigten Kosten²⁷ der Krankenhäuser von 1991 bis 2020 (indexiert)



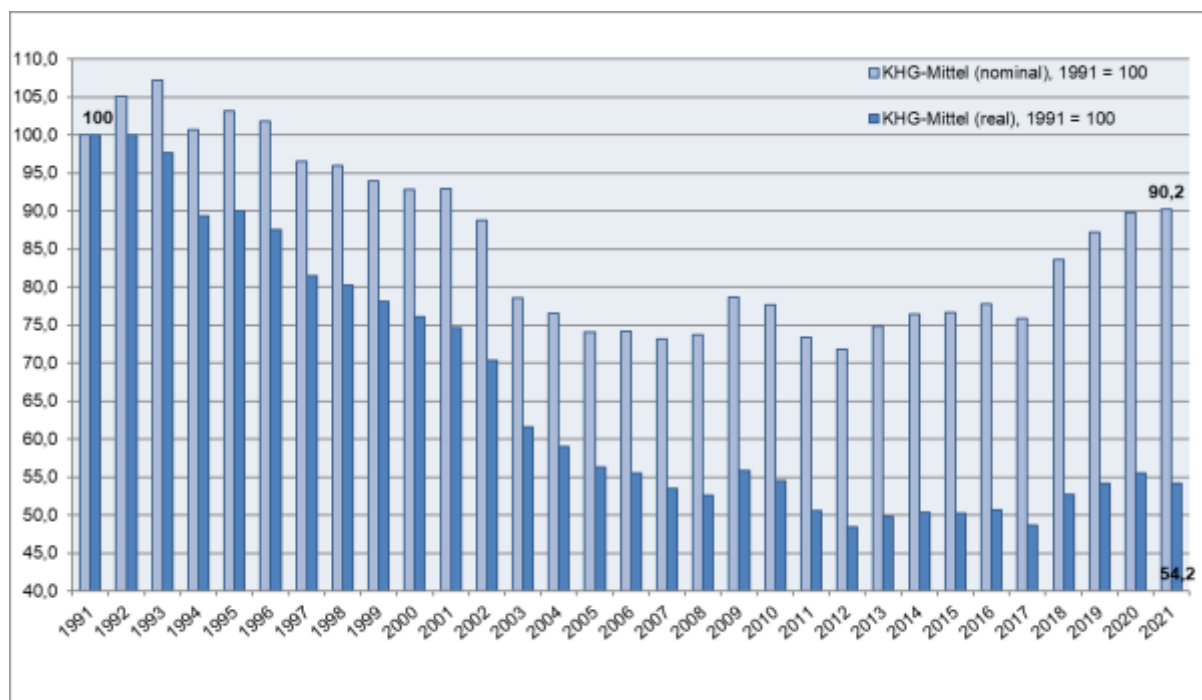
In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 4.3 stellt die nominale Entwicklung der KHG-Gesamtfördermittel der realen Wertentwicklung im Verlauf der Jahre 1991 bis 2021 gegenüber. Zieht man den Verbraucherpreisindex als Indikator zur Beurteilung der Geldwertentwicklung heran, entspricht der reale Wert der KHG-Gesamtfördermittel des Jahres 2021 nur noch 54,2 % der Fördermittel des Jahres 1991.

²⁷ „Bereinigte Kosten sind die vollstationären Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Brutto-Gesamtkosten und den Abzügen.“ (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Abbildung 4.3: Entwicklung der nominalen und preisbereinigten²⁸ KHG-Mittel von 1991 bis 2021 (indexiert)



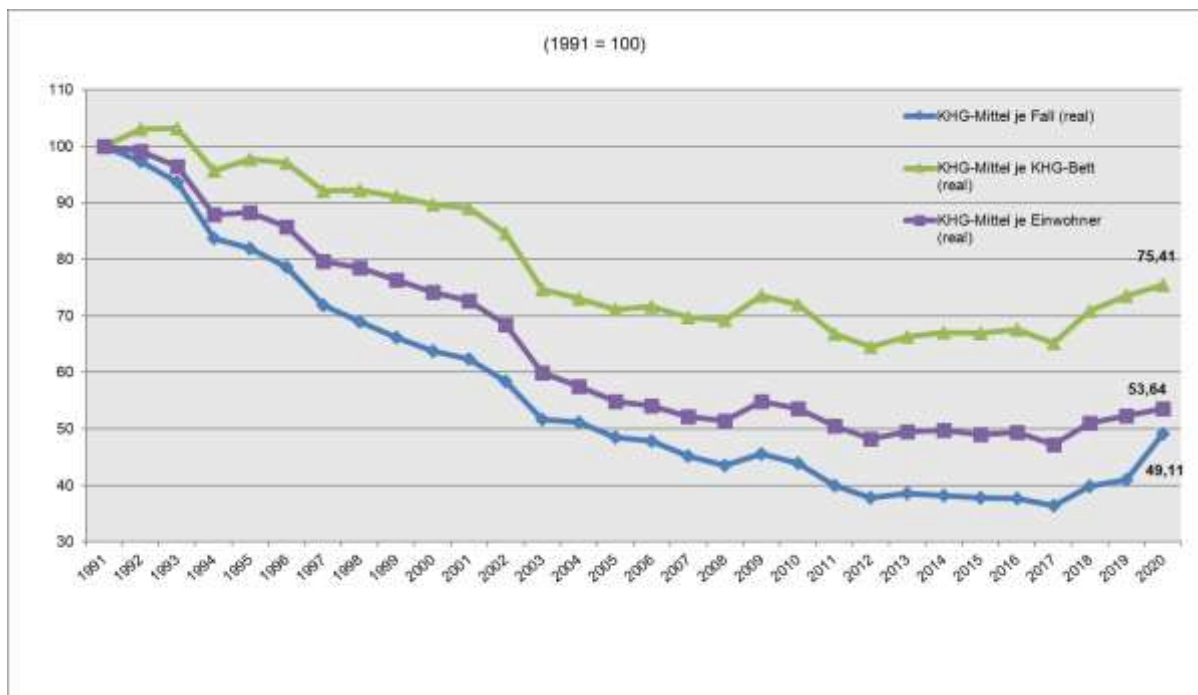
In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Die Abnahme des realen Werts der bereitgestellten KHG-Fördermittel zeigt sich in vergleichbarer Deutlichkeit, wenn die Anzahl der Krankenhausfälle, die Anzahl der nach KHG geförderten Betten und der Bevölkerungsstand des jeweiligen Jahres als Bezugsgrößen herangezogen werden. So sank das im Bundesdurchschnitt zur Verfügung stehende Investitionsfördervolumen seit 1991 bis 2020 je KHG-Bett preisbereinigt um ca. 25 %, je Einwohner um ca. 46 % und je Krankenhausfall um ca. 51 % (vgl. Abbildung 4.4).

²⁸ Der reale Wert ist der um die Preissteigerung bereinigte Nominalwert, berechnet auf Grundlage der prozentualen Veränderung vom Indexstand des Verbraucherpreisindex 1991 bis zum Indexstand 2016.

Abbildung 4.4: Entwicklung der preisbereinigten KHG-Mittel je Fall²⁹, je KHG-Bett³⁰ und je Einwohner³¹ (indexiert) bis 2020



In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich erwartungsgemäß auch in der für den Krankenhaussektor ermittelten Investitionsquote nieder. Zieht man zur Berechnung der Krankenhaus-Investitionsquote die bereinigten Kosten der Krankenhäuser insgesamt als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel heran, so ergibt sich für den Zeitraum von 1991 bis 2020 eine Abnahme der Investitionsquote von 9,7 % auf 2,7 %. Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, die sich aus dem Quotienten von Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt errechnet, lag im Jahr 2020 demgegenüber bei 21,9 % und übertraf damit die auf die Kosten aller Krankenhäuser bezogene Investitionsquote um das Sechsfache. Auch bezogen auf die bereinigten Kosten der nach dem KHG geförderten Krankenhäuser zeigt sich eine Abnahme der Investitionsquote von 11,4 % im Jahr 1991 auf 3,5 % in 2020 (vgl. Abbildung 4.5).

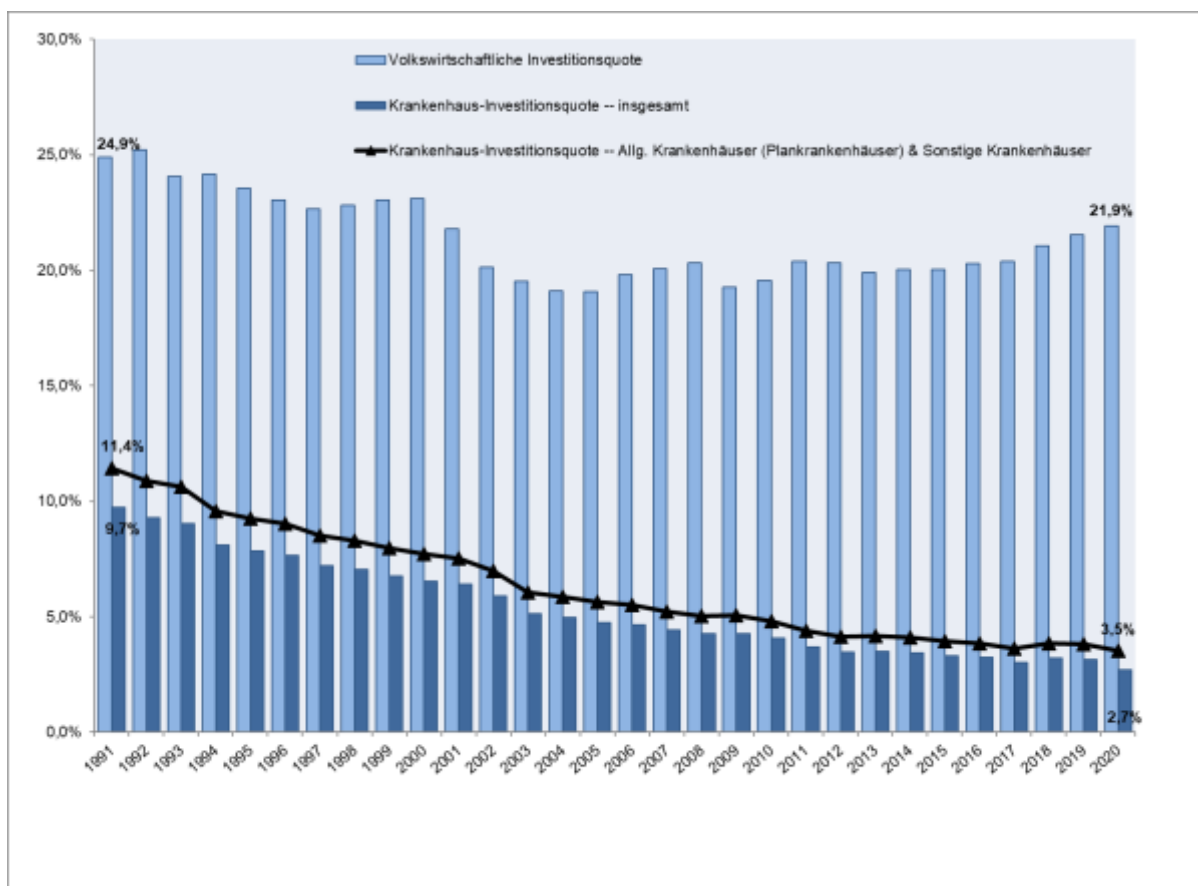
Die herangezogenen bereinigten Krankenhauskosten enthalten auch die Kosten von Krankenhäusern, insbesondere Hochschulkliniken, die regelmäßig keine KHG-Fördermittel erhalten. Aus diesem Grund wird in Abbildung 4.5 auch die Entwicklung der Krankenhaus-Investitionsquote bezogen auf die bereinigten Kosten der Allgemeinen Krankenhäuser (davon Plankrankenhäuser) und Sonstigen Krankenhäuser nach der Definition des Statistischen Bundesamtes dargestellt. Diese stellten 2020 100 % aller nach KHG geförderten Betten und ca. 90 % der Krankenhausbetten insgesamt. Eine Übersicht über die Anzahl der Betten und einrichtungsbezogenen Fälle im Jahr 2019 nach Krankenhaustyp auf Bundesebene ist in Tabelle 4.2 dargestellt.

²⁹ Fallzahlen der Krankenhäuser insgesamt.

³⁰ Betten, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden (Krankenhäuser insgesamt).

³¹ Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

Abbildung 4.5: Krankenhaus-Investitionsquote³² und volkswirtschaftliche Investitionsquote³³ von 1991 bis 2020



In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

³² Krankenhausinvestitionsquote: KHG-Fördermittel / bereinigte Krankenhauskosten (differenziert nach Kosten der Krankenhäuser insgesamt sowie Allg. Krankenhäuser: Plankrankenhäuser & Sonstige Krankenhäuser). In den bereinigten Kosten der Krankenhäuser insgesamt sind auch die der Universitätskliniken enthalten.

³³ Volkswirtschaftliche Investitionsquote: Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 1.5).

Tabelle 4.2: Bettenausstattung und Fallzahl im Jahr 2020 nach Krankenhaustyp

	Betten im Jahr 2020						Einrichtungs- bezogene Fallzahl im Jahr 2020 einschließlich Stundenfälle	Vergleich zum VJ in %
	Insgesamt	Vergleich zum VJ in %	davon gefördert nach					
			KHG	Vergleich zum VJ in %	landes- rechtliche Hochschulbau- vorschriften	Vergleich zum VJ in %		
Krankenhäuser insgesamt	487.783	-1,32%	421.570	-1,8%	47.003	0,7%	16.793.962	-13,5%
davon:								
Allgemeine Krankenhäuser	441.818	-1,39%	380.332	-1,9%	47.003	0,7%	16.274.707	-13,6%
Hochschulkliniken/ Universitätsklinika	47.311	0,67%	294	-0,3%	47.003	0,7%	1.804.776	-8,4%
Plankrankenhäuser	384.352	-1,88%	379.990	-1,9%	-	-	14.127.709	-14,6%
Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag	7.179	3,21%	48	-	-	-	248.118	-2,0%
Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag	2.976	25,09%	-	-	-	-	94.105	26,7%
Sonstige Krankenhäuser/ Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten	45.965	-0,69%	41.238	-0,9%	-	-	519.255	-9,8%

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

4.2 Einzel- und Pauschalförderung

Der Gesamtförderbetrag setzt sich grundsätzlich aus der Förderung nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG (Einzelförderung, vgl. Tabelle 4.3) und der Förderung nach § 9 Abs. 3 KHG (Pauschalförderung, vgl. Tabelle 4.4) zusammen. Das Land Brandenburg hat im Jahr 2013 eine Zusammenführung der Pauschal- und Einzelfördermittel in Form einer einheitlichen Investitionspauschale als Regelfall der Investitionsförderung eingeführt.³⁴ Einen ähnlichen Weg beschritten die Länder Berlin (zum 01. Juli 2015) und Hessen (zum 01. Januar 2016) mit der Umstellung auf einheitliche Investitionspauschalen, die auf den vom InEK kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 KHG basieren. Bei diesen drei Ländern ist eine Unterscheidung zwischen Einzelförderung und Pauschalförderung nicht mehr möglich, daher erfolgt die Ausweisung der KHG-Fördermittel für diese Länder ausschließlich im Rahmen der Gesamtausweisung der KHG-Fördermittel (vgl. Tabelle 4.1 bzw. Tabelle 5.1 im Anhang). Einige Bundesländer sind dazu übergegangen, ihre Einzelförderung für langfristige Investitionsmaßnahmen zu pauschalisieren (Bremen, NRW), wobei die Zweckbindung für Einzelförderungstatbestände gem. § 9 Abs. 1 und 2 KHG grundsätzlich aufrechterhalten bleibt.

³⁴ Die Investitionspauschale kann für alle Fördertatbestände des § 9 KHG mit Ausnahme des § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG (Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern) verwendet werden. In Einzelfällen kann auf Antrag eine Investitionsmaßnahme nach Maßgabe des § 9 Abs. 1 und 2 des KHG gefördert werden.

Tabelle 4.3: KHG-Einzelförderung³⁵ bis 2021 in Mio. Euro

	Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG) in Mio. Euro				
	2019	2020	2021	Ø 1994 - 2021	Ø 2010 - 2021
Baden-Württemberg	281,31	291,31	291,31	209,47	256,51
Bayern	373,43	366,93	365,43	347,91	311,97
Berlin*	-	-	-	107,57	58,55
Brandenburg*	-	-	-	110,97	76,18
Bremen	21,46	21,07	-	17,43	19,03
Hamburg	78,43	78,53	78,53	65,06	75,00
Hessen*	-	-	-	130,86	143,52
Meckl.-Vorpommern	27,00	27,00	27,00	68,55	33,51
Niedersachsen*	155,56	151,12	150,74	122,09	145,17
Nordrhein-Westfalen**	291,24	324,60	324,60	220,40	231,71
Rheinland-Pfalz	71,60	71,60	67,80	76,35	69,20
Saarland	19,21	19,21	20,21	18,46	16,92
Sachsen	60,00	60,00	54,50	130,15	54,54
Sachsen-Anhalt	5,00	11,00	16,25	93,75	23,09
Schleswig-Holstein	92,45	72,70	59,60	48,14	55,02
Thüringen	20,00	20,00	20,00	93,67	31,81
Deutschland	1.496,69	1.515,07	1.475,97	1.860,82	1.601,73

* In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt. Aus diesem Grund erfolgt die Ausweisung der KHG-Fördermittel für diese Länder ausschließlich in Tabelle 4.1 bzw. Tabelle 5.1 im Anhang (KHG-Fördermittel insgesamt). In Niedersachsen sind seit 2017 auch Finanzmittel aus dem „Sondervermögen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung in Niedersachsen“ enthalten. Das Sondervermögen dient der Finanzierung von Zins- und Tilgungsleistungen für Darlehen von Plankrankenhäusern in den Jahren 2017 bis 2042.

** Einschließlich "Baupauschale".

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

³⁵ Anmerkungen siehe Fußnote zu Tabelle 5.3 im Anhang.

Tabelle 4.4: KHG-Pauschalförderung³⁶ bis 2021 in Mio. Euro

	Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG) in Mio. Euro				
	2019	2020	2021	Ø 1994 - 2021	Ø 2010 - 2021
Baden-Württemberg	170,00	160,00	160,00	154,35	158,80
Bayern	270,00	276,50	278,00	199,95	226,13
Berlin*	-	-	-	46,17	36,58
Brandenburg*	-	-	-	32,28	27,87
Bremen	17,17	17,17	38,65	17,87	18,92
Hamburg	31,00	31,00	31,00	30,52	31,04
Hessen*	-	-	-	92,74	96,00
Meckl.-Vorpommern	22,84	25,00	25,00	21,10	23,20
Niedersachsen	109,94	109,94	112,88	100,05	116,38
Nordrhein-Westfalen	335,00	341,00	347,00	303,62	316,83
Rheinland-Pfalz	54,20	54,20	62,00	51,24	52,60
Saarland	13,29	13,29	12,29	15,50	15,44
Sachsen	65,00	65,00	65,00	47,98	56,62
Sachsen-Anhalt	43,75	43,75	43,75	27,79	28,51
Schleswig-Holstein	42,14	43,41	43,41	39,22	41,26
Thüringen	40,00	40,00	40,00	30,45	30,21
Deutschland	1.214,33	1.220,26	1.258,98	1.210,83	1.276,38

* In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt. Aus diesem Grund erfolgt die Ausweisung der KHG-Fördermittel für diese Länder ausschließlich in Tabelle 4.1 bzw. Tabelle 5.1 im Anhang (KHG-Fördermittel insgesamt).

NRW: Im Rahmen des Sonderprogramms Krankenhäuser wurden in NRW 2020 für Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen der stationären Versorgung 750 Mio. € zur Verfügung gestellt, für die bisher keine Fördermöglichkeit durch das Land bestand. Dazu zählen u. a. energetische Sanierungen, Maßnahmen zur Verbesserung des Brandschutzes, bauliche Umgestaltungen wie bspw. Patienten- und Badezimmer sowie Investitionen in die IT-Infrastruktur. Um lt. Landesregierung die Krankenhausstrukturen „pandemiefest“ zu machen, wurden 2021 weitere 192 Mio. Euro bereitgestellt.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

Die nominale Entwicklung der Einzel- und Pauschalförderung seit 1994 auf Bundes- und Landesebene kann im Detail der Tabelle 5.2 bzw. Tabelle 5.3 im Anhang entnommen werden.

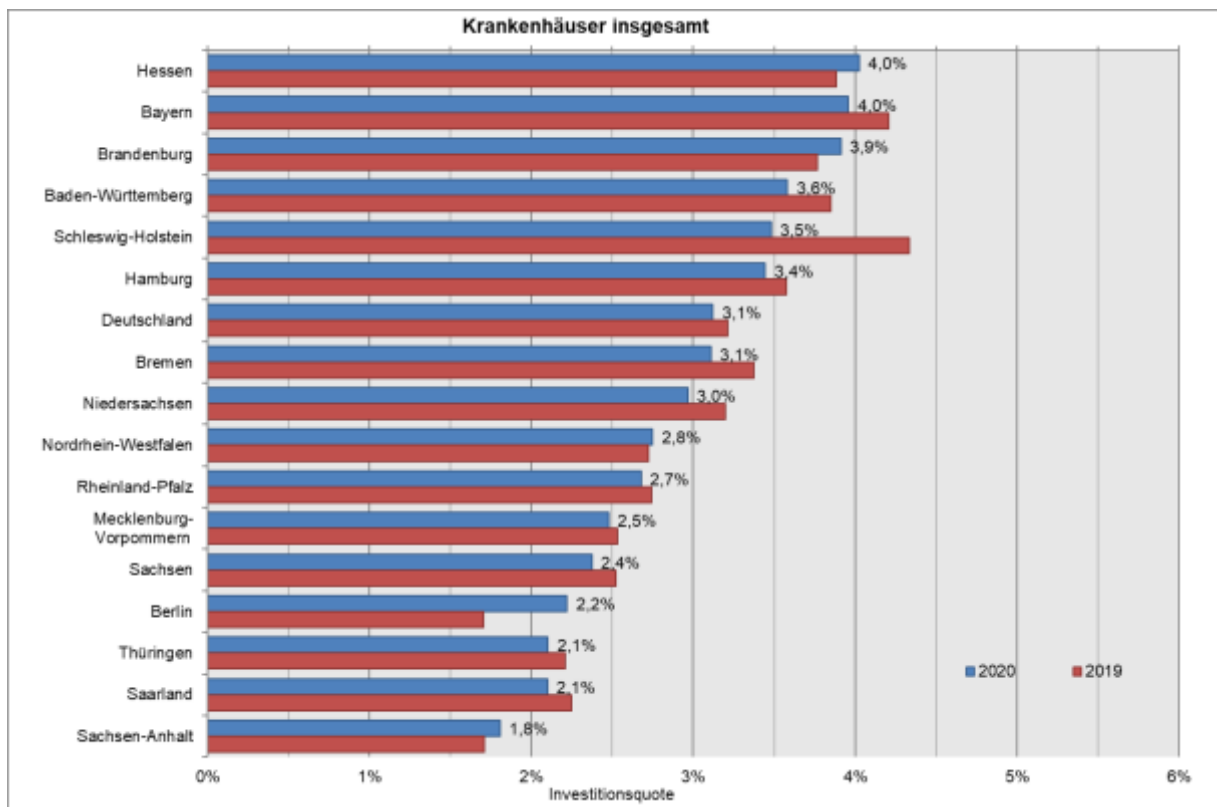
4.3 Investitionsförderung in den Bundesländern³⁷

Die nach Bundesländern differenzierte Darstellung der Krankenhaus-Investitionsquoten im Jahr 2020 zeigt ein weiterhin heterogenes Bild (vgl. Abbildung 4.6). Gegenüber 2019 fallen die Investitionsquoten im Jahr 2020 in den meisten Bundesländern etwas geringer aus. Als Bezugsgrößen zur Berechnung der Krankenhaus-Investitionsquoten dienen erneut zum einen die bereinigten Kosten der Krankenhäuser insgesamt, zum anderen die bereinigten Kosten der nach KHG geförderten Krankenhäuser auf der jeweiligen Landesebene.

³⁶ Anmerkungen siehe Fußnote zu Tabelle 5.2 im Anhang.

³⁷ Die nachfolgenden Ausführungen und Abbildungen beschränken sich auf eine rein deskriptive Darstellung der gemäß den Haushaltsansätzen der Länder bereitgestellten und in Relation zu bestimmten Bezugsgrößen gesetzten Investitionsfördermittel auf Landesebene. Von einem bewertenden Vergleich wird wie in den Vorjahren abgesehen.

Abbildung 4.6: Krankenhaus-Investitionsquote³⁸ differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2019 und 2020



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

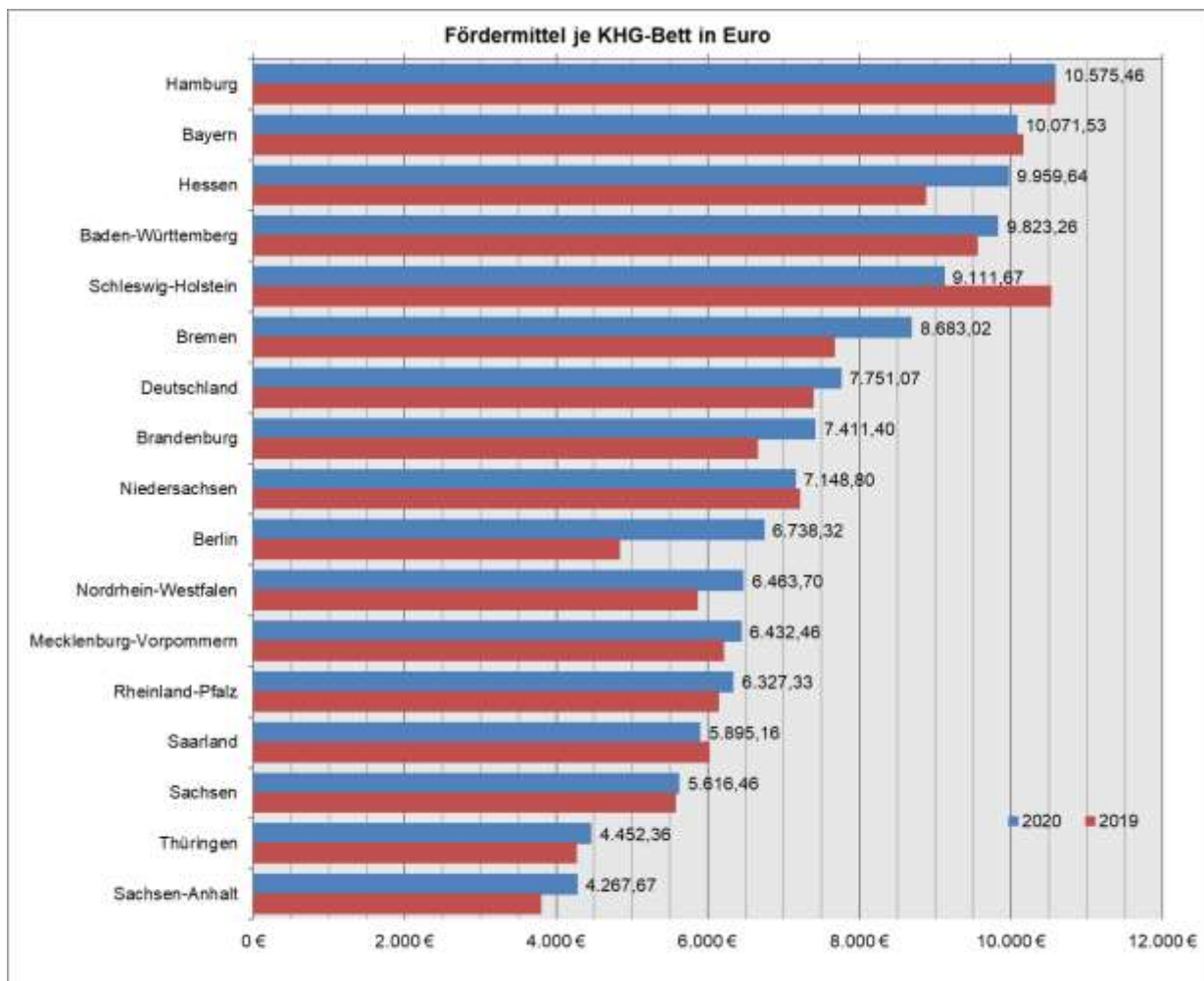
Als weitere Bezugsgrößen werden im Folgenden die Anzahl der nach KHG geförderten Betten, die Anzahl der (Plan-)Krankenhaufälle und der Bevölkerungsstand der Jahre 2019 bzw. 2020 herangezogen.

Je gefördertem Krankenhausbett wurden im Jahr 2020 im Bundesdurchschnitt 7.751 Euro (Vorjahr: 7.387,96 Euro, -4,7%) an Investitionsfördermitteln von den Bundesländern bereitgestellt.

Einen Überblick über die nominalen Gesamtfördermittel je KHG-Bett in den einzelnen Bundesländern für die Jahre 2019 und 2020 ist Abbildung 4.7 zu entnehmen. Die Beträge bewegen sich im Jahr 2020 zwischen 4.267,67 Euro je KHG-Bett in Sachsen-Anhalt und 10.575,46 Euro in Hamburg.

³⁸ Krankenhaus-Investitionsquote: KHG-Fördermittel / bereinigte Krankenhauskosten (differenziert nach Kosten der Krankenhäuser insgesamt sowie Allg. Krankenhäuser: Plankrankenhäuser & Sonstige Krankenhäuser). In den bereinigten Kosten der Krankenhäuser insgesamt sind auch die der Universitätskliniken enthalten.

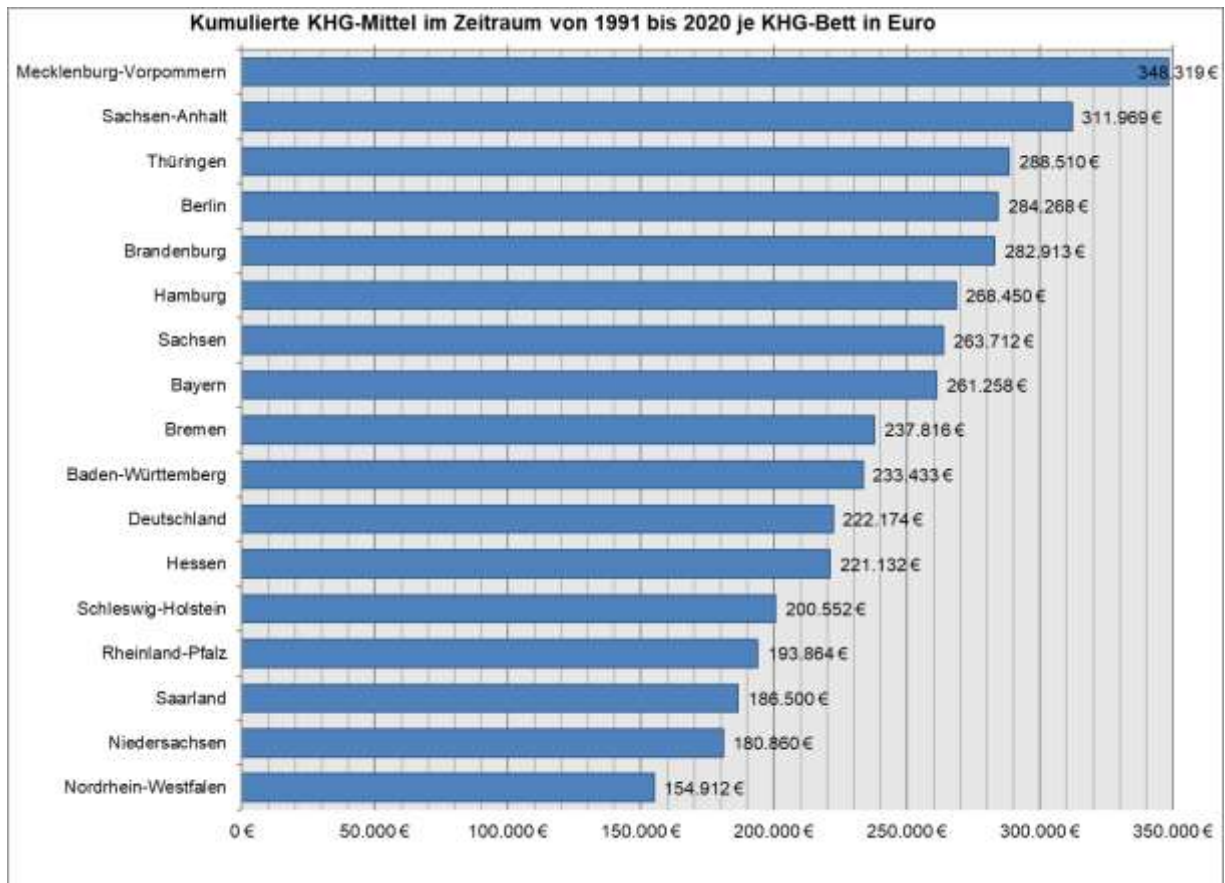
Abbildung 4.7: KHG-Mittel je KHG-Bett³⁹ differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2019 und 2020



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Im Zeitraum von 1991 bis einschließlich 2021 wurden in den Bundesländern insgesamt 96,9 Mrd. Euro zur KHG-Investitionsförderung zur Verfügung gestellt. Je KHG-Bett des Jahres 2020 wurden damit im Bundesdurchschnitt 222.174 Euro bereitgestellt (vgl. Abbildung 4.8). Im Bundesgebiet variiert der Betrag dabei zwischen 154.912 Euro in Nordrhein-Westfalen und 348.319 Euro in Mecklenburg-Vorpommern.

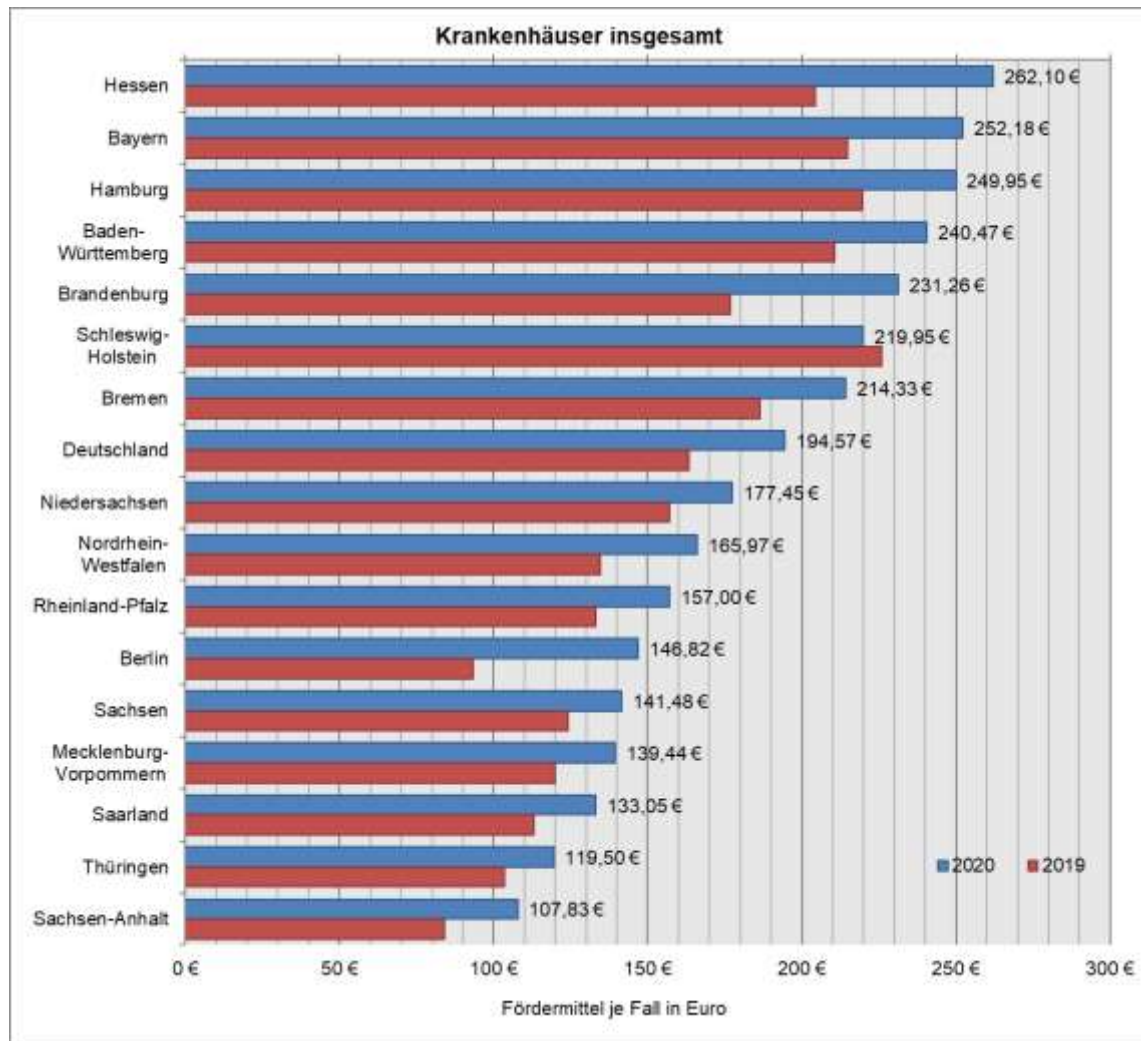
³⁹ Betten im Jahr 2019 bzw. 2018, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden (Krankenhäuser insgesamt).

Abbildung 4.8: Summe der KHG-Mittel je KHG-Bett⁴⁰ von 1991 bis 2020

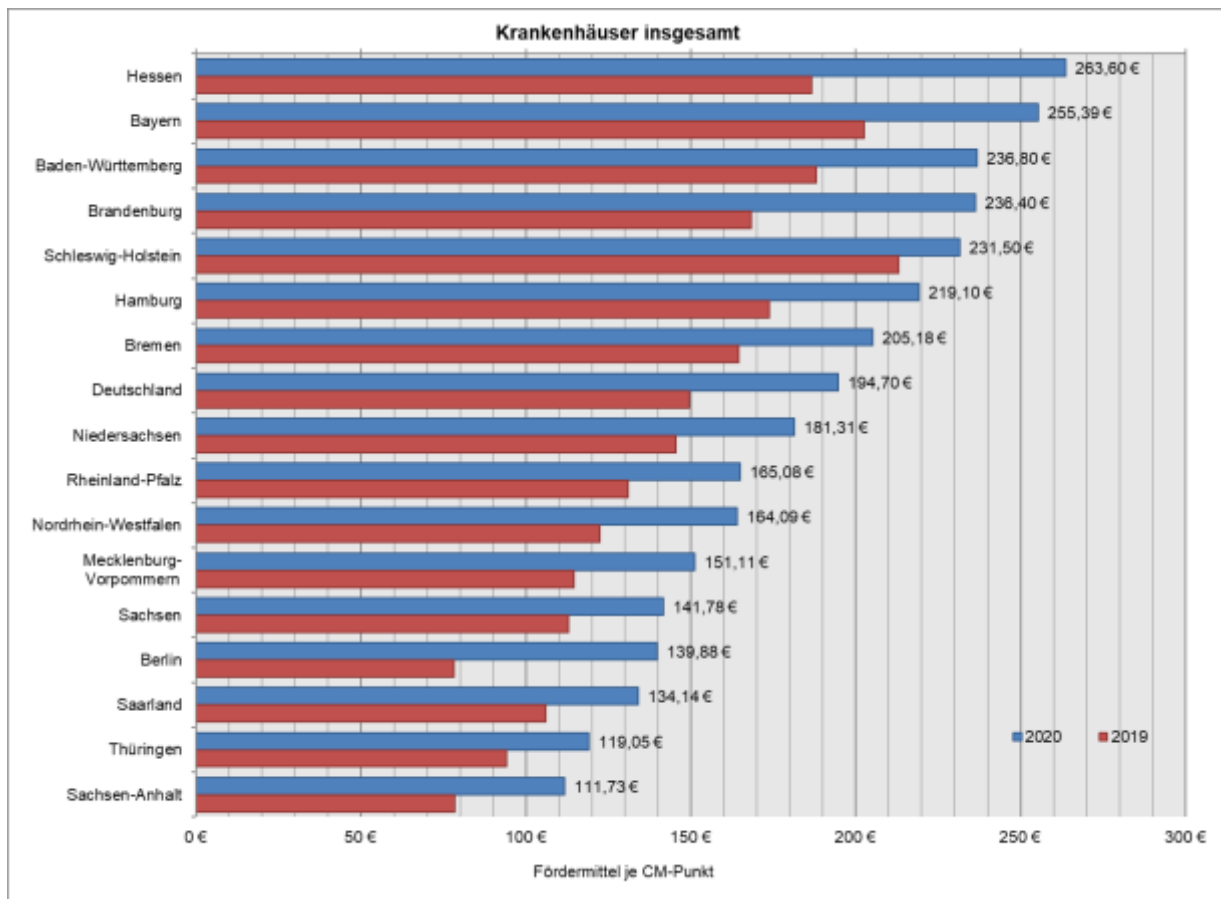
Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Einen Überblick über die nominalen KHG-Fördermittel je Krankenhausfall sowie die KHG-Fördermittel je CM-Punkt in den Jahren 2019 und 2020 gibt Abbildung 4.9. Je Fall wurden im Jahr 2020 im Bundesdurchschnitt 194,57 Euro an Investitionsfördermitteln zur Verfügung gestellt (Vorjahr: 163,42 Euro) (vgl. Abbildung 4.9). Im Jahr 2020 wurden je CM-Punkt im Bundesdurchschnitt 194,70 Euro an Investitionsmitteln zur Verfügung gestellt (Vorjahr: 149,55 Euro).

⁴⁰ Betten im Jahr 2020, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden (Krankenhäuser insgesamt).

Abbildung 4.9: KHG-Mittel je Fall⁴¹ und je Casemixpunkt für die Jahre 2019 und 2020

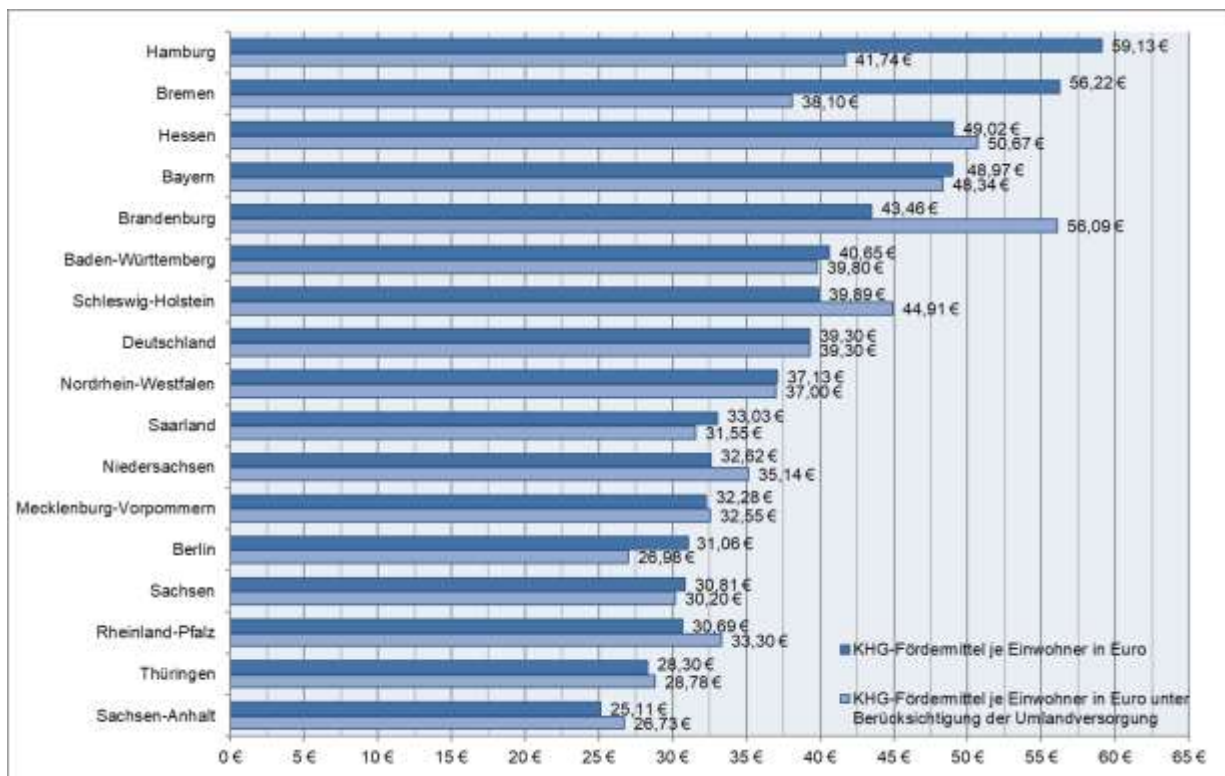
⁴¹ Fallzahl der Krankenhäuser insgesamt einschließlich Stundenfälle.



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Je Einwohner wurden im Jahr 2020 im Bundesdurchschnitt 39,30 Euro KHG-Fördermittel zur Verfügung gestellt. Auch bei Zugrundelegung dieser Bezugsgröße zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Dies gilt ebenfalls, wenn die Versorgung von Patienten aus dem bzw. durch das Umland berücksichtigt wird, auch wenn hierdurch die Streuung zwischen den Bundesländern zurückgeht (vgl. Abbildung 4.10). An dieser Stelle ist zu beachten, dass das Statistische Bundesamt das Berichtswesen zur Fachserie 12 Reihe 6.2.1 (Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern) mit der Publikation für das Jahr 2016 (erschienen am 20.11.2017) eingestellt hat. Die Daten des Jahres 2016 und 2017 zu den vollstationären Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser nach dem Wohnort (Land) und dem Behandlungsort (Land) beruhen auf dem Jahr 2016. Bei den Daten ab 2018 liegt eine andere Datenquelle zugrunde, welche in der entsprechenden Fußnote aufgeführt ist.

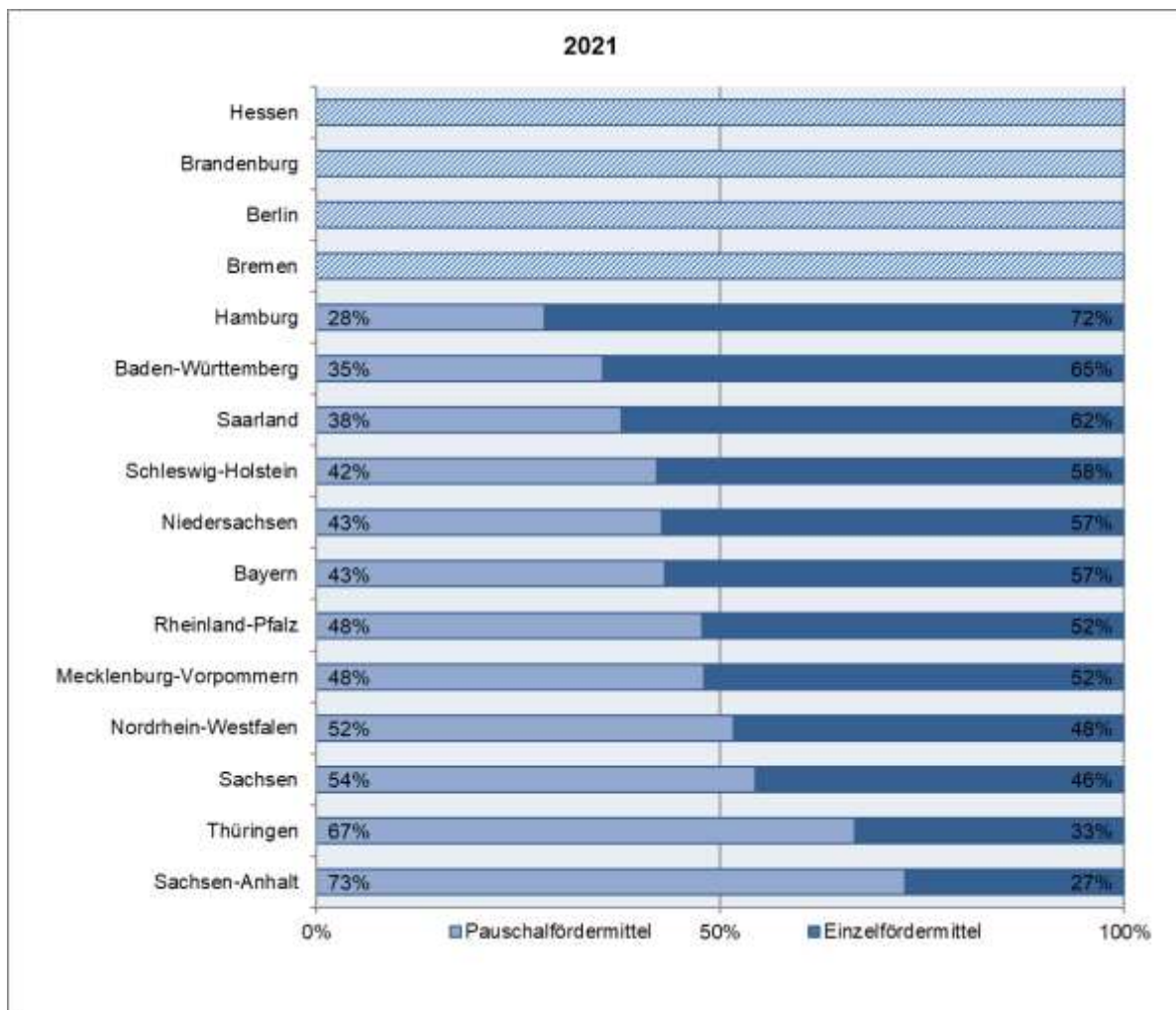
Abbildung 4.10: KHG-Mittel 2020 je Einwohner in Euro zum Stichtag 31.12.2020 mit und ohne Berücksichtigung der Umlandversorgung⁴²



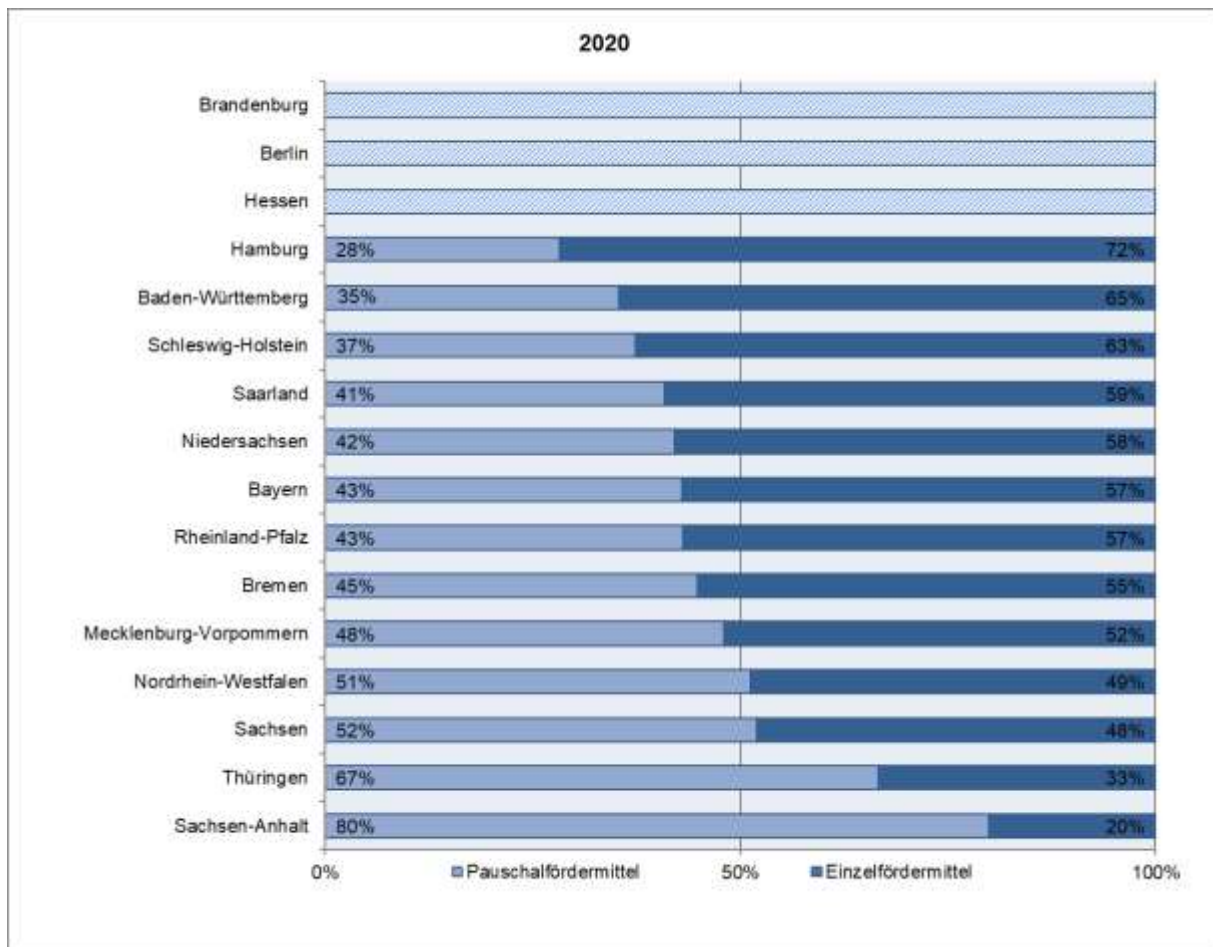
Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, eigene Berechnungen.

Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich nicht nur für die Höhe der KHG-Fördermittel, sondern auch für deren Verteilung auf die Pauschal- und Einzelförderung in den Jahren 2020 und 2021 ausmachen (vgl. Abbildung 4.11).

⁴² Zur Berücksichtigung der Umlandversorgung wurde der Saldo aus zu- bzw. abgewanderten Fällen durch die Anzahl der Fälle mit Wohnsitz in dem jeweiligen Bundesland als auch Behandlung in einem Krankenhaus mit Sitz in diesem Bundesland geteilt, die Einwohnerzahl um diesen Quotienten (plus 1) adjustiert und entsprechend die Summe der Fördermittel durch die adjustierte Einwohnerzahl dividiert (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.2.1, ab der Berechnung des Jahres 2018 liegen die Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes zu Grunde). So führt bspw. die rechnerische Berücksichtigung der Mitversorgung von Patienten aus dem Umland durch den Stadtstaat Hamburg zu einer kleineren Relation von Fördermitteln zu Einwohnern.

Abbildung 4.11: Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung in den Jahren 2020 und 2021⁴³

⁴³ In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt. Aus diesem Grund erfolgt die Ausweisung der KHG-Fördermittel für diese Länder ausschließlich in Tabelle 4.1 bzw. Tabelle 5.1 im Anhang (KHG-Fördermittel insgesamt). In Nordrhein-Westfalen (Baupauschale, 2008), sowie in Bremen (2011) Einzelförderung pauschaliert unter weitgehender Aufrechterhaltung der Zweckbestimmung für Einzelförderungstatbestände. Die Anordnung der Bundesländer erfolgt prozentual aufsteigend gemessen an der Einzelförderung bzw. absteigend gemessen an der Pauschalförderung.



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen

4.4 Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG bzw. zur Investitionspauschale

Baden-Württemberg									
Verordnung vom 29. Juni 1998, Änderung vom 19. Juni 2012									
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr								
Jahrespauschalen für: - die Wiederbeschaffung sowie die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter (kurzfristige Anlagegüter), - sonstige nach § 12 Abs. 1 LKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 LKHG festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen. Kostengrenzen für Krankenhäuser mit: <table> <tr> <td>bis zu 250 Planbetten</td><td>60.000 €</td></tr> <tr> <td>bis zu 350 Planbetten</td><td>95.000 €</td></tr> <tr> <td>bis zu 650 Planbetten</td><td>120.000 €</td></tr> <tr> <td>über 650 Planbetten</td><td>155.000 €</td></tr> </table>	bis zu 250 Planbetten	60.000 €	bis zu 350 Planbetten	95.000 €	bis zu 650 Planbetten	120.000 €	über 650 Planbetten	155.000 €	1. Grundpauschale Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 95 % der Grundpauschale des Jahres 2004 und wird um die für 2004 gewährte Großgerätepauschale erhöht. Die Grundpauschale wird einmalig ermittelt und unverändert jährlich weitergewährt, es sei denn das Krankenhaus - reduziert die Planbetten um mehr als 20 %, - scheidet mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung aus dem Krankenhausplan des Landes aus oder wird mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung in den Krankenhausplan aufgenommen, - wird mit einer um mindestens 20 % höheren Planbettenzahl in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen. Bemessungsgrundlage für die Planbettenzahlabweichung ist die der Pauschalförderung 2005 zugrunde liegende Planbettenzahl beziehungsweise die nach einer erfolgten Anpassung der Grundpauschale zugrunde liegenden Planbettenzahl. 2. Fallmengenpauschale Die Fallmengenpauschale errechnet sich durch Multiplikation der Fallzahl mit den Fallwerten Fallzahlen werden nach Fachgebieten aufgeschlüsselt der amtlichen Krankenhausstatistik entnommen; maßgeblich sind die gemeldeten Daten des Vorvorjahres. Die Fallzahlen werden nach den für die amtliche Krankenhausstatistik maßgeblichen Berechnungsformeln ermittelt. Die Werte werden ab 0,5 aufgerundet. Die Ermittlung der Fallwerte geschieht auf folgende Weise: Die Fachabteilungen werden drei Gruppen zugeordnet, deren Fälle wie folgt gewichtet werden: <u>Gruppe 1:</u> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Faktor 0,6. <u>Gruppe 2:</u> Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Neurologie mit Faktor 1,0. <u>Gruppe 3:</u> Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten,
bis zu 250 Planbetten	60.000 €								
bis zu 350 Planbetten	95.000 €								
bis zu 650 Planbetten	120.000 €								
über 650 Planbetten	155.000 €								

	Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Neurochirurgie, Nuklearmedizin (Therapie), Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Strahlentherapie, Urologie und sonstige Fachabteilungen im Sinne der Krankenhausstatistikverordnung mit Faktor 1,4. Ausgangswert für die Ermittlung der Fallwerte ist ein Betrag in Höhe von 29,5 Millionen Euro dividiert durch die Gesamtsumme der gewichteten Fallzahlen aller pauschal geförderten Krankenhäuser. Daraus ergibt sich der durchschnittliche Fallwert. Entsprechend der Gewichtung werden die für die Gruppen maßgeblichen Fallwerte errechnet. Die Fallwerte werden auf durch 10 teilbare Centbeträge abgerundet. 3. Ausbildungsplätze und teilstationäre Plätze - für jeden ausgewiesenen Ausbildungsplatz 75 € - Plätze in teilstationären Einrichtungen 770 €
--	---

Bayern	
Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 14. Dezember 2007, zuletzt geändert mit Verordnung vom 28. Juni 2022	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: ▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern, ▪ sonstige nach Art. 11 Abs. 1 S. 1 BayKrG förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Fünftel der Jahrespauschale des einzelnen Krankenhauses nicht übersteigen.	Die jährlich festzusetzende Pauschalförderleistung errechnet sich aus einem leistungsbezogenen und einem aufgabenbezogenen Teilbetrag. Die Fördermittel werden im Verhältnis 60:40 verteilt. Leistungsbezogener Teilbetrag: Zur Bestimmung des leistungsbezogenen Teilbetrags der Jahrespauschale sind die nach durchschnittlicher Fallschwere gewichteten Fallzahlen des Krankenhauses maßgeblich. Der Teilbetrag ergibt sich aus der Summe: 1. der Zahl der nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbarten Fälle, multipliziert mit dem Verhältnis der durchschnittlichen Fallerlöse des Krankenhauses, die sich aus der Summe von Erlösbudget und Erlössumme nach §§ 4 und 6 Abs. 3 KHEntgG dividiert durch die Fallmenge ergeben, zum durchschnittlichen Fallenerlös aller nach dem Krankenhausentgeltgesetz vereinbarten Fälle der nach Art. 12 BayKrG geförderten Krankenhäuser und dem jährlich festzusetzenden fallanteiligen Förderbetrag, und 2. der Zahl der nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vereinbarten Fälle, multipliziert mit dem Verhältnis der durchschnittlichen Fallerlöse des Krankenhauses, die sich aus der Summe von Erlösbudget und Erlössumme nach § 7 S. 1 Nrn. 1, 2 und 4 BPfIV dividiert durch die Fallmenge ergeben, zum durchschnittlichen Fallenerlös aller nach der Bundespflegesatzverordnung vereinbarten Fälle der nach Art. 12 BayKrG geförderten Krankenhäuser, einem Gewichtungs-

	faktor von 0,7 und dem jährlich festzusetzenden fallanteiligen Förderbetrag. Aufgabenbezogener Teilbetrag: Der aufgabenbezogene Teilbetrag der Jahrespauschale ergibt sich aus den für die medizinische Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan jeweils zu Jahresbeginn ausgewiesenen Kapazitäten an voll- und teilstationären Behandlungsplätzen des Krankenhauses, die nach dem gruppenspezifischen Investitionsbedarf zu gewichten und mit dem jährlich festzusetzenden anteiligen Förderbetrag zu multiplizieren sind. Die Gewichtungsfaktoren betragen: <table border="1"> <tr> <td>1. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in Schwerpunktkrankenhäusern nach Art. 4 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayKrG</td><td>1,5</td></tr> <tr> <td>2. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in allen anderen Krankenhäusern</td><td>0,8</td></tr> <tr> <td>3. für vorgehaltene Kapazitäten der Fachrichtungen PSY, KJP und PSO</td><td>1,5</td></tr> </table> Für die im kooperativen Belegarztwesen vorgehaltenen Behandlungskapazitäten erhöht sich der Gewichtungsfaktor um 0,2.	1. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in Schwerpunktkrankenhäusern nach Art. 4 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayKrG	1,5	2. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in allen anderen Krankenhäusern	0,8	3. für vorgehaltene Kapazitäten der Fachrichtungen PSY, KJP und PSO	1,5
1. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in Schwerpunktkrankenhäusern nach Art. 4 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayKrG	1,5						
2. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in allen anderen Krankenhäusern	0,8						
3. für vorgehaltene Kapazitäten der Fachrichtungen PSY, KJP und PSO	1,5						

Berlin	
Krankenhausförderungs-Verordnung (KhföVO) vom 20. Oktober 2015 (zuletzt geändert am 21.07.2020)	
Gegenstand der Investitionspauschale	Höhe der Förderung/Jahr
Gemäß § 10 Landeskrankenhausgesetz (LKG):(1) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung fördert 1. Investitionskosten im Sinne des § 2 Nummer 2 KHG 2. Und den Investitionskosten gleichstehende Kosten im Sinne des § 2 Nummer 3 Buchstabe a bis d des KHG durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann. (2) Die Krankenhausträger müssen jeweils bis zum 1. Oktober eines Jahres bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung jede Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahme, für die Investitionskosten nach Abs. 1 Nr. 1 entstehen, anzeigen und hierbei die Bezeichnung der Maßnahme, ihre Kurzbeschreibung, ihren Baubeginn, ihre geplante Inbetriebnahme, das Gesamtfinanzierungsvolumen und den Anteil der Pauschalbeträge angeben. Darüber hinaus müssen die Krankenhausträger für jede geplante Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahme	(1) Grundlage für die Bemessung der jährlichen Pauschalbeträge sind 1. die im Rahmen des Versorgungsauftrages im Vorjahr erbrachten Leistungen des jeweiligen Krankenhauses, 2. der im Vorjahr vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für Zwecke nach § 10 KHG entwickelte und veröffentlichte Katalog für die Investitionsbewertungsrelationen sowie, 3. der landesbezogene Investitionsfallwert (Landesinvestitionsfallwert), 4. der landesbezogene Investitionswert für Leistungen des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik. 5. Erbrachte Leistungen im Sinne des Satzes 1 Nr. 1 sind alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle, die nach § 21 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes von der DRG-Datenstelle an die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung übermittelt werden. Die Investitionswerte werden jährlich ermittelt. Die nach § 10 des Landeskrankenhausgesetzes zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel werden

mit Investitionskosten nach Abs. 1 Nr. 1 von jeweils über fünf Millionen Euro, die zu über 50 % mit Pauschalbeträgen finanziert werden soll, bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung ein Bedarfsprogramm einreichen. Die Pauschalbeträge dürfen erst verwendet werden, wenn die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung die Inhalte des Bedarfsprogramms auf ihre grundsätzliche Förderfähigkeit geprüft hat.	im Verhältnis der berechneten Beträge auf die Leistungen des Fallpauschalensystems und des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik aufgeteilt. (2) Solange der Katalog des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für teilstationäre somatische Fälle Investitionsbewertungsrelationen noch nicht enthält, gilt für diese Leistungen die fiktive Investitionsbewertungsrelation 0,5. (3) Solange der Katalog des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2 für spezielle Zusatzentgelte Investitionsbewertungsrelationen noch nicht enthält, legt die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung für diese Zusatzentgelte fiktive Investitionsbewertungsrelationen fest. Die fiktiven Investitionsbewertungsrelationen werden jährlich festgelegt, indem die Aufwendungen für Abschreibungen pro Zusatzentgelt durch die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten mittleren Investitionskosten dividiert werden. Die Krankenhaus-träger haben ihren Investitionsaufwand für die im Vorjahr erbrachten Leistungen bis zum 31. August des laufenden Jahres gegenüber der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung nachzuweisen und mit einem Wirtschaftsprüferstat zu bestätigen. Ausbildungsstätten: Die Investitionsförderung von Ausbildungsstätten beträgt für jeden zum 1. November des Vorjahres tatsächlich betriebenen Ausbildungsplatz 500 Euro. <u>Zuschlag nach § 12 des Landeskrankenhausgesetzes:</u> Der Antrag auf einen Zuschlag nach § 12 des Landeskrankenhausgesetzes hat den Inhalt der Baumaßnahme und die prognostizierten Kosten zu beschreiben sowie zu begründen, weshalb der Zuschlag zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses und zur Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung oder zur Gefahrenabwehr erforderlich ist. In dem Antrag ist außerdem nachzuweisen, dass eine Finanzierung der Investitionskosten mit den nach § 10 und § 11 des Landeskrankenhausgesetzes bewilligten Fördermitteln nicht möglich ist.
---	--

Brandenburg

Krankenhausinvestitionspauschalverordnung (BbgKHEGIPV) vom 10. April 2013, zuletzt geändert am 13. Oktober 2021

Gegenstand der Investitionspauschale	Höhe der Förderung/ Jahr
Zum 1. Januar 2013 erfolgte die Umstellung der bisherigen Pauschal- und Einzelförderung auf eine Investitionspauschale. Die Investitionspauschale wird auf Antrag gewährt und kann für alle Fördertatbestände des § 9 KHG mit Ausnahme des § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG (Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern) verwendet werden.	In die Berechnung der zugunsten eines Krankenhauses festzusetzenden Investitionspauschale sind förderhistorische Gesichtspunkte im Umfang von 20 % (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz) und Leistungsparameter im Umfang von 80 % der insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel einzubeziehen (§ 16 Abs. 2 Nr. 2 BbgKHEG).

	Die Berechnungsgrundlagen des Anteils der Investitionspauschale nach § 16 Abs. 2 Nr. 1 BbgKHEG sind: • Zeitpunkt und Höhe der im Zeitraum 1. Januar 1991 bis 31. Dezember 2012 im Wege der Krankenhauseinzelförderung bewilligten Finanzmittel • Die Versorgungsstufe des Krankenhauses am 01. Januar 2013 • Die Anzahl der nach dem Feststellungsbescheid bedarfsnotwendigen vollstationären Betten und tagesklinischen Behandlungsplätze am 01. Januar 2013 Die Berechnungsgrundlagen des Anteils der Investitionspauschale nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 BbgKHEG, entsprechend der zuletzt Mitte Oktober 2021 geänderten Krankenhausinvestitionspauschalverordnung, sind: • für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes ○ die Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422) in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Entgelte nach § 6 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung, ○ die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung; • für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, ○ die Entgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 3 S. 3 der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 4 der
--	---

	Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung, ○ die Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung gemäß § 6 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung; • die Erlöse der vor- und nachstationären Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482) in der jeweils geltenden Fassung; • die Entgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren nach Maßgabe der jeweils geltenden Fallpauschalenvereinbarung; • die Entgelte für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen; • die Entgelte für die stationären Leistungen der integrierten Versorgung nach den § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung; • die Entgelte für die stationären Leistungen aus Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der jeweils geltenden Fassung. Maßgeblich für die Bemessung des Anteils der Investitionspauschale nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 BbgKHEG sind die entsprechenden Erlöse des Krankenhauses. Die Mindestförderung bei Krankenhäusern der Grundversorgung beträgt 250.000 Euro. Träger, die nach dem KHG eine geförderte Schule für Gesundheitsberufe betreiben, erhalten eine jährliche Investitionspauschale von 200 Euro je besetzten pflegesatzfinanzierten Ausbildungsplatz.
--	--

Bremen	
BremKrHG vom 12. April 2011, Novellierung am 05. Dezember 2020	
Die Verordnungsermächtigung § 19 über die pauschale Verteilung von Investitionsfördermitteln wurde umgesetzt (Verabschiedung der Investitionsförder-Verordnung am 09. Dezember 2020). Das BremKrHG vom 05. Dezember 2020 sieht in § 19 die Einführung eines pauschalen Fördersystems vor. Es wurde ein System für Ausbildungsstätten (Pauschalförderung/Platz) und Investitionsbewertungsrelationen für die Förderung von Planbetten eingeführt. (Verordnung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser im Land Bremen nach dem Bremischen Krankenhausgesetz (Krankenhausinvestitionsförderungsverordnung - KrankenhausInvestV) vom 4. Dezember 2020)⁴⁴	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/Jahr
Investitionsbewertungsrelationen für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen nach Ausgliederung des Ausbildungsbereiches.	Gemäß Investitionsförder-Verordnung vom 09. Dezember 2020.

Hamburg	
Verordnung vom 17. April 2007, Änderung vom 29. März 2022	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: • die Wiederbeschaffung und Ergänzung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, sofern sie kurzfristige Anlagegüter sind (ausgenommen Verbrauchs- und Gebrauchsgüter), • kleine Baumaßnahmen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (Kostengrenze i. H. v. derzeit 100.000 €) nicht übersteigen, • sonstige nach § 21 förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (Kostengrenze i. H. v. derzeit 100.000 €) nicht übersteigen.	Jahrespauschale für das Jahr 2022: • in Höhe von 58,80 € je effektiver Bewertungsrelation für Fälle, die nach DRG-Fallpauschalen oder nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nicht mit den DRG-Fallpauschalen vergütet werden, • in Höhe von 68,50 € je Fall für stationäre und teilstationäre Fälle in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychosomatik.

Hessen
Verordnung
zur Regelung von Angelegenheiten im Bereich des Krankenhauswesens vom 11. Dezember 2012, zweiter Teil, Krankenhauspauschalfördermittel
Die Verordnung aus dem Jahr 2012 ist im Hinblick auf die Umstellung auf vollpauschalierte Förderung noch nicht überarbeitet, aber dennoch in Kraft. Sie hat in der Praxis keine Relevanz, da die Verteilung der Fördermittel nach Investitionsbewertungsrelationen erfolgt.

⁴⁴ Verfügbar unter: [Verordnung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser im Land Bremen nach dem Bremischen Krankenhausgesetz \(Krankenhausinvestitionsförderungsverordnung - KrankenhausInvestV\) vom 4. Dezember 2020.](#)

Mecklenburg-Vorpommern	
Verordnung vom 09. Mai 2012, zuletzt geändert durch Art. 1 Dritte VO zur Änd. der VO über die pauschale Krankenhausförderung vom 22.02.2021 (GVOBl. M-V S. 134)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/Jahr
Gemäß § 15 LKHG M-V Jahrespauschalen für: 1. die Wiederbeschaffung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchs- und Gebrauchsgüter, mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), 2. sonstige nach § 13 LKHG M-V förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben 100.000 € ohne Mehrwertsteuer nicht überschreiten. Das Krankenhaus darf die Kostengrenze von 100.000 € im Einzelfall mit Einwilligung des für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium überschreiten; das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium hat vor der Einwilligung das Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.	Aufgrund des § 15 Absatz 4 Satz 1 des Landeskrankenhausgesetzes vom 20. Mai 2011 (GVOBl. M-V S. 327) verordnet das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales im Einvernehmen mit dem Finanzministerium: § 1 Bemessungsgrundlage und Zuschlag für Ausbildungsplätze (1) Die Höhe der zur Verfügung stehenden pauschalen Fördermittel ergibt sich jeweils aus dem Haushaltsansatz. (2) Krankenhäuser nach § 3 Absatz 2 des Landeskrankenhausgesetzes erhalten einen prozentualen Anteil des jeweiligen Haushaltsansatzes. Die Höhe ist gemäß § 15 Absatz 4 Satz 3 des Landeskrankenhausgesetzes festgeschrieben. (3) Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind und eine nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz staatlich anerkannte Ausbildungsstätte betreiben, erhalten für jeden festgestellten Ausbildungsplatz eine Pauschale von 55 Euro. Grundlage dafür ist der vom zuständigen Ministerium erstellte Bescheid über die förderfähigen Ausbildungsplätze. Die Pauschale wird aus dem Haushaltsansatz finanziert. (4) Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind und nicht zu den in Absatz 2 genannten Krankenhäusern gehören, erhalten die nach Abzug gemäß den Absätzen 2 und 3 verbleibenden Mittel des Absatzes 1 (Jahrespauschale). § 2 Verteilung der Jahrespauschale (1) Die Jahrespauschale wird auf die einzelnen Krankenhäuser nach den Anteilen verteilt, die sie an der Summe der Budgets haben. (2) Die Summe der Budgets wird gebildet aus • 1. den Erlösbudgets der Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz, abrechnen und • 2. dem Gesamtbetrag der Krankenhäuser und der Fachabteilungen, die nach der Bundespflegegesetzverordnung abrechnen. (3) Das Erlösbudget nach Absatz 2 Nummer 1 besteht aus den Bestandteilen des jeweils vereinbarten Erlösbudgets nach § 4 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ohne Ausgleich und Berichtigungen, dem vereinbarten Gesamtbetrag nach § 5 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für Zentren und Schwerpunkt nach § 2 Absatz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, der vereinbarten Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Vergütung der krankenhausesindividuellen Entgelte und den jeweils unter der laufenden Nummer 17 im Formblatt der Anlage 1.3 der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets

	(Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) vom 25.11.2019 für die Krankenhäuser ausgewiesenen Pflegepersonalkosten inklusive pflegeentlastende Maßnahmen und Budgetverlustbegrenzung (zu vereinbarendes Pflegebudget ohne Ausgleich). Grundlage ist eine von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar des jeweiligen Jahres nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes geschlossene Vereinbarung. Soweit eine Vereinbarung nicht zu Stande gekommen ist, ist Grundlage für das Erlösbudget eine verkündete Schiedsstellenentscheidung. Dies gilt unabhängig davon, ob die Vereinbarung eine Vorbehaltsklausel enthält oder die Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung vorläufig oder beklagt ist. (4) Der Gesamtbetrag nach Absatz 2 Nummer 2 besteht aus • 1. den pflegesatzfähigen Kosten, die unter der laufenden Nummer 9 im Formblatt K 5 der Anlage 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) geändert worden ist, in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung für die in § 18 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung genannten Krankenhäuser ausgewiesen sind, oder • 2. dem vereinbarten Gesamtbetrag und Basisfallentgeltwert für die Kalenderjahre ab 2020 nach § 3 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung, der unter der laufenden Nummer 24 im Formblatt B 2 der Anlage 1 zur Vereinbarung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 6 der Bundespflegesatzverordnung (AEB-Psych-Vereinbarung 2020) vom 20.12.2019 für die übrigen Krankenhäuser ausgewiesen ist. Grundlage für die in § 18 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung genannten Krankenhäuser ist eine von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar des jeweiligen Jahres nach § 17 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung geschlossenen Vereinbarung. Grundlage für die übrigen Krankenhäuser ist eine von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar des jeweiligen Jahres nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung geschlossenen Vereinbarung. Soweit eine Vereinbarung nicht zu Stande gekommen ist, ist Grundlage für die pflegesatzfähigen Kosten nach Satz 1 Nummer 1 oder den vereinbarten Gesamtbetrag nach Satz 1 Nummer 2 eine verkündete Schiedsstellenentscheidung. Dies gilt unabhängig davon, ob die Vereinbarung eine Vorbehaltsklausel enthält oder die Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung vorläufig oder beklagt ist.
--	---

Niedersachsen	
Verordnung über die pauschale Förderung nach dem NKHG (NKHG-FörderVO) vom 15. November 2012, zuletzt geändert am 15. November 2021, rückwirkend zum 01. Januar 2021 in Kraft getreten	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), ▪ für kleine bauliche Maßnahmen, wenn die vorkalkulierten förderungsfähigen Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 300.000 € einschließlich Umsatzsteuer nicht übersteigen	Die Jahrespauschalen setzen sich aus einer Grundpauschale, einer Leistungspauschale und einem Zuschlag für Ausbildungsstätten zusammen. <u>1. Grundpauschale nach der Zahl der Planbetten und der teilstationären Plätze</u> Ein Krankenhaus erhält für jedes Planbett 2.200 € und für jeden teilstationären Platz 1.000 €. Der Betrag für Planbetten (2.200 €) erhöht sich für Planbetten in den Fachrichtungen, deren allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG vergütet werden bei einem Krankenhaus mit weniger als 231 Planbetten um 120 €, 231 bis zu 330 Planbetten um 190 €, 331 bis zu 630 Planbetten um 350 €, mehr als 630 Planbetten um 800 €. Der Betrag erhöht sich für jedes Planbett: In der Fachrichtung Neurochirurgie um 800 €, in der Fachrichtung Herzchirurgie um 1.300 € und in der Fachrichtung Nuklearmedizin oder der Fachrichtung Strahlentherapie um 2.200 €. <u>2. Leistungspauschale</u> Die Leistungspauschale nach § 7 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 NKHG für die Krankenhäuser mit DRG-Vergütungssystem wird auf der Basis der nach § 11 Abs. 1 S. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) geregelten Summe der Bewertungsrelationen jährlich berechnet. Der Summe der Bewertungsrelationen wird die Summe der Entgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2, 3, 5 und 6 KHEntgG, geteilt durch den Landesbasisfallwert (§ 10 Abs. 1 S. 1 KHEntgG), hinzugerechnet. Der Förderbetrag errechnet sich durch Multiplikation dieses Wertes mit 10,- Euro bei einem Wert unter 5.000, mit 11,- Euro bei einem Wert von 5.000 bis unter 10.000, mit 13,- Euro bei einem Wert von 10.000 bis unter 15.000, mit 14,- Euro bei einem Wert von 15.000 bis unter 20.000, mit 16,- Euro bei einem Wert von 20.000 bis unter 25.000, mit 18,- Euro bei einem Wert von 25.000 und mehr.

	Die Leistungspauschale nach § 7 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 NKHG für die psychiatrischen und die psychosomatischen Einrichtungen im Sinne des § 17d Abs. 1 S. 1 KHG beträgt 5 Euro je voll- oder teilstationärem Fall. 3. Zuschlag für Ausbildungsstätten Der Zuschlag beträgt 120 € für jeden im Vorjahr belegten Ausbildungsplatz. Nicht ganzjährig belegte Ausbildungsplätze werden anteilig mit den Monaten gezählt.
--	---

Nordrhein-Westfalen	
Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008, geändert durch ÄndVO v. 28. Februar 2022 (GV.NRW. 2022 Nr. 13 S. 285)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: - die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale), (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW) - die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter). (§ 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW)	Grundlage für die Bemessung der jährlichen Pauschalbeträge nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157) in der jeweils geltenden Fassung ist der bestandskräftige Bescheid, der durch das für Gesundheit zuständige Ministerium gegenüber dem förderfähigen Krankenhaus über die Gewährung pauschaler Fördermittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie über die Gewährung einer Baupauschale für das Jahr 2021 erlassen wurde. Das für Gesundheit zuständige Ministerium ermittelt, wie viel Prozent das förderfähige Krankenhaus im Verhältnis aller förderfähigen Krankenhäuser an dem im Jahr 2021 für die Pauschalförderung bestimmten Haushaltsansatz durch den Förderbescheid nach Absatz 1 zugesprochen wurde. Der so ermittelte Wert entspricht dem Anteil, den das förderfähige Krankenhaus von den jeweils für die jährliche Pauschalförderung bestimmten Haushaltsansätzen beanspruchen kann.

Rheinland-Pfalz	
Verordnung vom 29. April 1996, zuletzt geändert am 07. Oktober 2019	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: - die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, - die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen, die den festzusetzenden Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen.	Krankenhäuser erhalten einen Grundbetrag pro Jahr; dieser beträgt bei - Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten mit einem Standort 60 000 EUR und mit mindestens zwei Standorten in verschiedenen Gemeinden 90 000 EUR, - Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis 500 Planbetten mit einem Standort 120 000 EUR und mit

Die Kostengrenze nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 LKG beträgt für 1. Tageskliniken, die im krankenhauserplanerischen Bescheid nicht einem Krankenhaus der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung oder einem Fachkrankenhaus zugeordnet sind, auf 40 000 EUR, 2. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie für Fachkrankenhäuser mit bis zu 500 Planbetten auf 120 000 EUR, 3. Schwerpunktkrankenhäuser, Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie für Fachkrankenhäuser mit mehr als 500 Planbetten auf 190 000 EUR ohne Umsatzsteuer. Abweichend davon beträgt die Kostengrenze nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 LKG für bauliche Investitionen in Ausbildungsstätten auf 1 000 000 EUR ohne Umsatzsteuer.	mindestens zwei Standorten in verschiedenen Gemeinden 160 000 EUR, ▪ Schwerpunktkrankenhäusern sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis 800 Planbetten mit einem Standort 240 000 EUR, mit zwei Standorten in verschiedenen Gemeinden 290 000 EUR und mit mindestens drei Standorten in verschiedenen Gemeinden 340 000 EUR, ▪ Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten mit einem Standort 400 000 EUR, mit zwei Standorten in verschiedenen Gemeinden 450 000 EUR und mit mindestens drei Standorten in verschiedenen Gemeinden 500 000 EUR. ▪ Sofern ein Fachkrankenhaus Teil eines Verbundkrankenhauses ist, ist die Versorgungsstufe des Verbundkrankenhauses maßgeblich und das Fachkrankenhaus als ein Standort des Verbundkrankenhauses zu bewerten. Mit den Grundbeträgen sind Wiederbeschaffungskosten für medizinisch-technische Großgeräte abgegolten. Tageskliniken erhalten eine Jahrespauschale in Höhe von 1 300 EUR pro ausgewiesenen und eingerichteten Platz. Krankenhäuser erhalten einen Fallbetrag pro Jahr. Der Fallbetrag ergibt sich aus der Fallzahl, multipliziert mit dem Fallwert. Fallzahl ist die Summe der Zahl der aufgenommenen und der Zahl der entlassenen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten des Krankenhauses im Kalenderjahr, dividiert durch zwei. Als Fall gilt auch die ausschließlich vorstationäre Behandlung, wenn keine vollstationäre Behandlung in demselben Krankenhaus folgt. Nicht als Fall gelten entbundene gesunde Neugeborene sowie Verlegungen zwischen somatischen und psychiatrischen Fachabteilungen innerhalb eines Krankenhauses. Bei Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie und bei psychiatrischen und neurologischen Fachabteilungen anderer Krankenhäuser ist der zweifache Wert der nach den Sätzen 1 bis 3 ermittelten Fallzahl als Fallzahl anzusetzen. Maßgebend sind die Fallzahlen des Kalenderjahres, das der Gewährung der Jahrespauschale vorausgeht. Bei Krankenhäusern, die im Jahr der Gewährung der Jahrespauschale neu in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden, sind die der Budgetverhandlung zugrunde gelegten Fallzahlen maßgebend. Ausgangswert für die Ermittlung des Fallwerts ist ein Betrag in Höhe von 54 200 000 EUR; dieser Betrag ist um die Grundbeträge und die Jahrespauschalen für Tageskliniken nach § 2 Abs. 1 sowie um die Förderbeträge für Ausbildungsplätze nach § 4 zu vermindern. Der nach Satz 1 ermittelte Betrag, dividiert durch die Summe der Fallzahlen für alle Krankenhäuser, ergibt
--	--

	den Fallwert. Der Fallwert ist im Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz bekannt zu machen. Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) in der jeweils geltenden Fassung geförderte Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens betreiben, erhalten einen Förderbetrag in Höhe von 400 EUR pro Jahr für jeden am 31. Dezember des Vorjahres besetzten Ausbildungsplatz einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte. Für neu eingerichtete Ausbildungsplätze wird der Förderbetrag erstmals in dem der Einrichtung folgenden Jahr gewährt. Kleine bauliche Investitionen für Ausbildungsstätten können, sofern die förderfähigen Kosten die Kostengrenze gemäß § 8 Abs. 1 überschreiten, bis zur Kostengrenze gemäß § 8 Abs. 2 mit pauschalen Fördermitteln finanziert werden, sofern sie zuvor beim fachlich zuständigen Ministerium unter Vorlage einer Vorplanung inklusive Kostenschätzung beantragt und nach baufachlicher Prüfung durch die baufachliche Prüfbehörde vom fachlich zuständigen Ministerium zur Förderung über die pauschalen Fördermittel freigegeben wurden. Sofern eine anderweitige investive Förderung einschließlich der Förderung von Nutzungsentgelten erfolgt, ist in Zusammenhang mit dieser Förderung die Förderung gemäß Absatz 1 zu reduzieren, wenn es ansonsten zur Doppelfinanzierung käme.
--	---

Saarland	
Verordnung vom 21. September 2005	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: ▪ die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie für ▪ kleine bauliche Maßnahmen. Die Pauschalförderung gliedert sich in eine bettenbezogene Grundpauschale zur Abgeltung der entstehenden Vorhaltekosten und eine fallbezogene Jahrespauschale. Die bettenbezogene Grundpauschale besteht aus einer allgemeinen Bettenpauschale und einer gewichteten abteilungsbezogenen Bettenpauschale.	Die jahresbezogene Pauschalförderung beträgt, vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel, insgesamt mindestens 98, höchstens 102 % der Pauschalförderung des Vorjahres. Abzüglich der Fördermittel für Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, die nach der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (BPfIV) vergütet werden, werden hälftig die im jeweiligen Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Mittel für die bettenbezogene Grundpauschale und die einzelfallbezogene Jahrespauschale bewilligt. Zur Ermittlung der einzelfallbezogenen Jahrespauschale wird die für das Vorjahr vereinbarte Gesamtfallzahl (AEB: E1 + E3.1 + E3.3) zuzüglich der von einem Wirtschaftsprüfer bestätigten Fallzahl der nur vorstationären Fälle mit dem für das Vorjahr vereinbarten Case-Mix-Index multipliziert.

	Von der bettenbezogenen Grundpauschale entfallen 10 % auf die allgemeine Bettenpauschale und 90 % auf die abteilungsbezogene Bettenpauschale. Die allgemeine Bettenpauschale richtet sich dabei nach Bettenbandbreiten von jeweils 20 Betten. Gefördert wird der jeweilige Mittelwert. Die abteilungsbezogene Bettenpauschale richtet sich nach der Anzahl der im Feststellungsbescheid für das jeweilige Jahr festgelegten Bettenzahl und wird wie folgt gewichtet: <table> <tr> <th>Abteilung</th><th>Faktor</th></tr> <tr><td>Augenheilkunde</td><td>1,25</td></tr> <tr><td>Chirurgie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> allgemein</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> Gefäßchirurgie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> Herz- und/oder Thoraxchirurgie</td><td>1,50</td></tr> <tr><td> Kinderchirurgie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> Orthopädie und Unfallchirurgie</td><td>1,50</td></tr> <tr><td> plastische Chirurgie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</td><td></td></tr> <tr><td> Frauenheilkunde</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> Frauenheilkunde und Geburtshilfe</td><td>1,50</td></tr> <tr><td>HNO-Heilkunde</td><td>1,50</td></tr> <tr><td>Haut- und Geschlechtskrankheiten</td><td>0,75</td></tr> <tr><td>Innere Medizin und Allgemeinmedizin</td><td></td></tr> <tr><td> allgemein</td><td>0,80</td></tr> <tr><td> Endokrinologie und Diabetologie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> Gastroenterologie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td> Hämatologie und Onkologie</td><td>3,00</td></tr> <tr><td> Kardiologie</td><td>1,50</td></tr> <tr><td> Nephrologie</td><td>0,80</td></tr> <tr><td> Pneumologie</td><td>0,80</td></tr> <tr><td> Rheumatologie</td><td>0,80</td></tr> <tr><td>Kinder- und Jugendmedizin</td><td>1,00</td></tr> <tr><td>MKG-Chirurgie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td>Neurochirurgie</td><td>1,50</td></tr> <tr><td>Nuklearmedizin</td><td>1,80</td></tr> <tr><td>Strahlentherapie</td><td>3,00</td></tr> <tr><td>Urologie</td><td>1,25</td></tr> <tr><td>sonstige Fachbereiche (außer Psychiatrie)</td><td>1,00</td></tr> <tr><td>Geriatrie</td><td>0,50</td></tr> <tr><td>Interdisz. Intensiv</td><td>2,00</td></tr> <tr><td>Dialyse</td><td>0,80</td></tr> <tr><td>Geriatrie</td><td>0,50</td></tr> </table> Soweit es sich um Belegbetten handelt, wird das Ergebnis mit dem Faktor 0,9 multipliziert.	Abteilung	Faktor	Augenheilkunde	1,25	Chirurgie	1,25	allgemein	1,25	Gefäßchirurgie	1,25	Herz- und/oder Thoraxchirurgie	1,50	Kinderchirurgie	1,25	Orthopädie und Unfallchirurgie	1,50	plastische Chirurgie	1,25	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Frauenheilkunde	1,25	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,50	HNO-Heilkunde	1,50	Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75	Innere Medizin und Allgemeinmedizin		allgemein	0,80	Endokrinologie und Diabetologie	1,25	Gastroenterologie	1,25	Hämatologie und Onkologie	3,00	Kardiologie	1,50	Nephrologie	0,80	Pneumologie	0,80	Rheumatologie	0,80	Kinder- und Jugendmedizin	1,00	MKG-Chirurgie	1,25	Neurochirurgie	1,50	Nuklearmedizin	1,80	Strahlentherapie	3,00	Urologie	1,25	sonstige Fachbereiche (außer Psychiatrie)	1,00	Geriatrie	0,50	Interdisz. Intensiv	2,00	Dialyse	0,80	Geriatrie	0,50
Abteilung	Faktor																																																																				
Augenheilkunde	1,25																																																																				
Chirurgie	1,25																																																																				
allgemein	1,25																																																																				
Gefäßchirurgie	1,25																																																																				
Herz- und/oder Thoraxchirurgie	1,50																																																																				
Kinderchirurgie	1,25																																																																				
Orthopädie und Unfallchirurgie	1,50																																																																				
plastische Chirurgie	1,25																																																																				
Frauenheilkunde und Geburtshilfe																																																																					
Frauenheilkunde	1,25																																																																				
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,50																																																																				
HNO-Heilkunde	1,50																																																																				
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75																																																																				
Innere Medizin und Allgemeinmedizin																																																																					
allgemein	0,80																																																																				
Endokrinologie und Diabetologie	1,25																																																																				
Gastroenterologie	1,25																																																																				
Hämatologie und Onkologie	3,00																																																																				
Kardiologie	1,50																																																																				
Nephrologie	0,80																																																																				
Pneumologie	0,80																																																																				
Rheumatologie	0,80																																																																				
Kinder- und Jugendmedizin	1,00																																																																				
MKG-Chirurgie	1,25																																																																				
Neurochirurgie	1,50																																																																				
Nuklearmedizin	1,80																																																																				
Strahlentherapie	3,00																																																																				
Urologie	1,25																																																																				
sonstige Fachbereiche (außer Psychiatrie)	1,00																																																																				
Geriatrie	0,50																																																																				
Interdisz. Intensiv	2,00																																																																				
Dialyse	0,80																																																																				
Geriatrie	0,50																																																																				

Sachsen																							
Verordnung vom 15. Juli 1998 i.V.m. Bekanntgabe der Berechnungswerte für das Jahr 2022 gemäß § 8 PauschVO																							
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr																						
Jahrespauschalen für: - die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), ausgenommen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, - sonstige nach § 10 Abs. 1 SächsKHG förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Viertel der Jahrespauschalen des einzelnen Krankenhauses, höchstens jedoch bei Krankenhäusern und Fachabteilungen der Regelversorgung den Betrag von 61.355,03 € Schwerpunktversorgung den Betrag von 102.258,38 € Maximalversorgung den Betrag von 127.822,97 € nicht übersteigen.	1. Der Sockelbetrag ergibt sich aus dem Sockelwert, Sockelwertfaktor sowie der Anzahl der Planbetten/ tagesklinischen Plätze <table> <tr> <td>Sockelwert 2022</td><td>701,00 €</td></tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je Planbett</td><td>1,0</td></tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz</td><td>0,5</td></tr> </table> 2. Die Fachrichtungspauschale für das einzelne Krankenhaus ist das Produkt aus dem Fachrichtungswert, dem Fachrichtungsfaktor und der Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen. Zur Ermittlung des Fachrichtungswertes ist der Anteil für Fachrichtungspauschalen durch die Gesamtsumme der mit einem Fachrichtungsfaktor gewichteten Fachrichtungen aller Krankenhäuser zu teilen. Der Fachrichtungsfaktor beträgt 1,0, wenn eine Fachrichtung nicht als Belegabteilung geführt wird. Bei Belegabteilungen, die 10 oder mehr Betten vorhalten, beträgt der Fachrichtungsfaktor 0,5. Belegabteilungen mit weniger als 10 Betten werden derzeit nicht berücksichtigt. <table> <tr> <td>Fachrichtungswert 2022</td><td>64.150,00 €</td></tr> </table> 3. Die Fallzahlpauschale ist das Produkt aus Fallwert, Fallwertfaktor und der Fallzahl. <table> <tr> <td>Fallwert 2022</td><td>23,00 €</td></tr> </table> Der Fallwertfaktor beträgt für <table> <tr> <td>- Krankenhäuser der Regelversorgung</td><td>1,0</td></tr> <tr> <td>- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung</td><td>1,5</td></tr> <tr> <td>- Krankenhäuser der Maximalversorgung</td><td>1,5</td></tr> <tr> <td>- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe</td><td>1,5</td></tr> <tr> <td>- teilstationäre Fälle</td><td>0,5</td></tr> </table> 4. Der Zuschlag für Ausbildungsplätze beträgt je Ausbildungsplatz <table> <tr> <td></td><td>51,13 €</td></tr> </table> 5. Sonderfestlegungen Es kann ein anderer Betrag als Jahrespauschale festgelegt werden, soweit dies als Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Feststellungsbescheid bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist. Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett 1.278,23 €	Sockelwert 2022	701,00 €	Sockelwertfaktor je Planbett	1,0	Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5	Fachrichtungswert 2022	64.150,00 €	Fallwert 2022	23,00 €	- Krankenhäuser der Regelversorgung	1,0	- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung	1,5	- Krankenhäuser der Maximalversorgung	1,5	- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe	1,5	- teilstationäre Fälle	0,5		51,13 €
Sockelwert 2022	701,00 €																						
Sockelwertfaktor je Planbett	1,0																						
Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5																						
Fachrichtungswert 2022	64.150,00 €																						
Fallwert 2022	23,00 €																						
- Krankenhäuser der Regelversorgung	1,0																						
- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung	1,5																						
- Krankenhäuser der Maximalversorgung	1,5																						
- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe	1,5																						
- teilstationäre Fälle	0,5																						
	51,13 €																						

Sachsen-Anhalt	
Verordnung vom 28. Juni 2006	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Pauschale Fördermittel auf Antrag für: - für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren (kurzfristige Anlagegüter), - für kleine bauliche Maßnahmen, die keine Aufnahme in das aufgestellte Investitionsprogramm gefunden haben.	<u>Fallmengenpauschalen</u> werden errechnet durch Multiplikation der Fallzahl, einschließlich der teilstationären Fälle, mit dem Case Mix Index. Nicht über DRGs abgerechnete Fälle werden mit dem Case Mix Index des jeweiligen Krankenhauses berechnet. Ausgangswert für die Ermittlung der Pauschalförderung auf Grundlage der Fallmengenpauschale ist der um den Betrag für die Jahrespauschale der psychiatrischen Einrichtungen reduzierte Haushaltsansatz. Dieser Betrag, dividiert durch die Gesamtsumme der gewichteten Fallzahlen aller pauschal geförderten Krankenhäuser ergibt den durchschnittlichen Fallwert. <u>Jahrespauschale</u> für die in der Psych-PV genannten Einrichtungen und Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin: 1.500 Euro für jedes Bett und 250 Euro für jeden Tagesklinikplatz

Schleswig-Holstein	
Verordnung vom 24. Dezember 1998, zuletzt geändert durch Verordnung vom 18. November 2005	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Pauschale Fördermittel auf Antrag für: - die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 und bis zu 15 Jahren sowie, - für kleine bauliche Maßnahmen bis zu einem Betrag von 50.000 € ohne Umsatzsteuer.	Sockelbetrag je Bett: 25 % des sich für das jeweilige Haushaltsjahr für alle zu fördernden Krankenhäuser ergebenden Fördermittelansatzes - Tagesklinikplatz: 0,75 Einheiten eines Planbettes - Zuschlag je Intensivbett 2.045 € Anteiliger Förderbetrag nach Fallzahlen: - Gewichtung der Fallzahlen des Krankenhauses mit Fallwertfaktoren für - Belegkrankenhäuser 0,7 - Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung 1,3 - alle anderen Krankenhäuser 1,0 - multipliziert mit dem landesweiten Fallwert (berechnet nach § 5 Abs. 1 AG-KHG Schleswig-Holstein) Je besetztem Ausbildungsplatz 100,00 €

Thüringen	
Verordnung vom 16. November 2021 für das Haushaltsjahr 2021 (ThürKHG-PVO 2021)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Nach § 12 ThürKHG Jahrespauschalen für: ▪ die Wiederbeschaffung sowie die Ergänzungsbeschaffung (§ 9 Abs. 4 KHG) kurzfristiger Anlagegüter, ▪ Baumaßnahmen, deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten für die einzelne Maßnahme den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (Wertgrenze 1.000.000 € ohne Umsatzsteuer) nicht überschreiten.	Jahrespauschale: (1) Zur Bemessung der Krankenhausförderung nach § 12 Abs. 1 S. 1 ThürKHG werden die Krankenhäuser gemessen an der Art und der Anzahl der im 7. Thüringer Krankenhausplan ausgewiesenen Fachgebiete in folgende Gruppen gegliedert: A1: Allgemeinkrankenhäuser, A2: Allgemeinkrankenhäuser mit im 7. Thüringer Krankenhausplan als Hauptabteilung ausgewiesenen medizinischen Fachabteilungen Nuklearmedizin oder Strahlentherapie, F1: Fachkrankenhäuser mit internistischer Ausrichtung, Fachkrankenhäuser für Geriatrie, Fachkrankenhäuser für Psychiatrie/ Psychotherapie/ psychosomatische Medizin, F2: Fachkrankenhäuser für Orthopädie, F3: Kliniken für neurologische Frührehabilitation nach Phase B. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den einzelnen Gruppen nach Satz 1 ist in der Anlage festgestellt (2) Grundlage für die Krankenhausförderung nach § 12 Abs. 1 S. 1 ThürKHG im <u>Haushaltsjahr 2021</u> ist die Anzahl der im Jahr 2019 abgerechneten Behandlungstage für stationäre Behandlungen. Die Jahrespauschalen betragen je Behandlungstag für die Gruppe: für die Gruppe A1: 10,42€ für die Gruppe A2: 11,62€ für die Gruppe F1: 4,92 € für die Gruppe F2: 23,12 € für die Gruppe F3: 8,12 € Als Behandlungstage gelten die Berechnungs- und Pflegetage für stationäre Behandlungen, wie sie in den Erhebungen nach der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) in der jeweils geltenden Fassung von den Krankenhäusern für das Jahr 2019 angegeben und dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium mitgeteilt wurden. Zur Festsetzung und Überprüfung der Jahrespauschalen dürfen von den Krankenhäusern nur aggregierte Daten übermittelt werden. Eine Übermittlung personenbezogener Daten ist unzulässig. (4) Ungeachtet des Absatzes 2 wird eine Mindesthöhe von 130.000 Euro für die Jahrespauschale festgesetzt.

	Diese Mindestpauschale erhalten auch die Krankenhäuser, die neu in den 7. Thüringer Krankenhausplan aufgenommen wurden und keine Leistungszahlen für das Jahr 2019 abrechnen können. Die in den 7. Thüringer Krankenhausplan aufgenommenen Ausbildungsstätten erhalten im Haushaltsjahr 2020 jeweils eine Pauschale nach § 12 Abs. 2 ThürKHG in Höhe von je 75.000 €. Inkrafttreten der Verordnung 01. Januar 2021 Außerkräfttreten: 31. Dezember 2021
--	---

5 Anhang

5.1 KHG-Fördermittel, 1991 bis 2021 – gesamt

Tabelle 5.1: KHG-Fördermittel insgesamt in Mio. Euro – in jeweiligen Preisen⁴⁵

⁴⁵ Die Angaben basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Bei kreditfinanzierter Förderung enthalten die Angaben nur die Annuitäten, nicht aber den gewährten Gesamtförderbetrag. Nicht berücksichtigt sind: die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser, die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, Mittel aus einem Konjunkturprogramm, Strukturfondsmittel nach § 12 und 12a KHG (auch Länderanteile)

In den gemeldeten Angaben für Berlin sind der Schuldendienst (Zins- und Tilgungsleistungen) i.H.v. 33,878 Mio. € (bis 2014) bzw. 16,951 Mio. € (2015) für Investitionen 1995 bis 2002 enthalten. Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur Wachsende Stadt und Nachhaltigkeitsfonds (SIWANA) sind nicht enthalten.

In den für Nordrhein-Westfalen gemeldeten Gesamtsummen sind die besonderen Beträge sowie sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem KHGG NRW enthalten. Mit dem Nachtragshaushalt 2017 wurden einmalig 250 Mio. € zusätzlich für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (TG 61 im Haushaltsplan) zur Verfügung gestellt. Im Rahmen des Sonderprogramms Krankenhäuser wurden in NRW 2020 für Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen der stationären Versorgung 750 Mio. € zur Verfügung gestellt, für die bisher keine Fördermöglichkeit durch das Land bestand (vgl. Tab 4.4)

Hinweis: In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt.

Hinweis: In Niedersachsen sind seit 2017 auch Finanzmittel aus dem „Sondervermögen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung in Niedersachsen“ enthalten. Das Sondervermögen dient der Finanzierung von Zins- und Tilgungsleistungen für Darlehen von Plankrankenhäusern in den Jahren 2017 bis 2042.

Von 1972 bis 1982 Verwendungsnachweise der Länder gegenüber dem Bund, ab 1983 Ansätze in den Haushaltsplänen. Die Angaben basieren auf den jeweiligen öffentlich zugänglichen jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Bei kreditfinanzierter Förderung enthalten die Angaben nur die Annuitäten, nicht aber den gewährten Gesamtförderbetrag. Nicht berücksichtigt sind:

- die Investitionsmittel der Hochschulkliniken
- die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser
- die Eigenmittel der Plankrankenhäuser
- die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen
- Mittel aus einem Konjunkturprogramm
- Strukturfondsmittel nach § 12; § 12a und § 14a KHG (auch Länderanteile)

KHG-Investitionsfördermittel - insgesamt, in Mio. Euro

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baden-Württemberg	325,80	323,65	339,29	353,35	348,85	336,12	336,23	327,89	325,95	336,43	338,99	312,70	331,70	322,30	281,20	296,70
Bayern	664,68	664,68	664,68	664,68	614,57	634,00	592,79	633,49	613,55	613,55	613,55	613,55	501,55	452,55	452,55	452,55
Berlin	319,40	316,18	332,54	285,71	360,10	294,66	201,09	182,84	160,03	142,34	175,02	186,60	108,96	144,68	114,88	99,60
Brandenburg	210,50	241,79	252,48	202,88	229,77	181,51	161,77	166,53	165,15	165,15	165,20	161,66	128,37	127,04	113,61	113,61
Bremen	37,17	43,10	34,67	33,69	33,44	38,81	34,87	35,74	30,06	36,15	27,97	32,99	33,58	34,10	34,24	34,31
Hamburg	70,05	74,34	69,23	60,95	85,90	86,82	90,09	98,17	96,23	86,72	100,98	61,74	64,51	70,73	86,83	110,01
Hessen	182,02	184,58	194,29	194,80	199,40	208,61	212,19	219,86	219,86	208,35	203,24	203,25	159,85	230,10	247,35	258,19
Mecklenburg-Vorpommern	121,99	114,84	120,82	119,23	148,73	149,45	146,49	143,16	117,65	130,38	120,67	118,70	121,99	127,80	83,00	80,58
Niedersachsen	207,99	217,61	222,62	225,53	221,44	216,38	224,00	229,67	249,31	235,91	229,47	188,00	186,45	87,39	97,27	100,43
Nordrhein-Westfalen	649,44	659,86	641,88	608,49	571,93	543,71	534,04	483,27	470,49	469,67	464,56	484,10	482,10	485,82	485,82	472,00
Rheinland-Pfalz	133,65	139,12	138,92	137,23	138,00	141,63	143,83	143,83	143,83	143,83	143,83	138,80	118,80	118,80	120,30	118,80
Saarland	39,63	42,33	27,97	31,60	38,35	39,42	38,96	39,16	38,86	43,56	43,10	40,90	38,34	38,18	23,49	26,17
Sachsen	306,78	353,81	340,52	281,21	270,68	295,07	293,38	290,62	299,67	299,67	298,75	298,75	184,25	154,25	166,50	167,40
Sachsen-Anhalt	173,84	200,68	284,64	210,81	219,55	231,62	216,33	204,57	191,89	172,46	190,51	174,32	170,36	172,51	179,40	154,27
Schleswig-Holstein	69,02	76,08	67,29	59,82	66,01	78,69	74,55	80,58	86,10	86,66	77,21	48,50	93,90	86,40	83,49	88,58
Thüringen	129,00	171,79	171,79	195,21	209,12	228,19	212,54	214,90	212,85	207,48	189,54	167,58	133,90	134,08	127,10	127,90
Deutschland	3.640,96	3.824,45	3.903,61	3.665,20	3.755,85	3.704,67	3.513,14	3.494,27	3.421,46	3.378,31	3.382,56	3.232,09	2.858,61	2.786,72	2.697,03	2.701,10

KHG-Investitionsfördermittel - insgesamt, in Mio. Euro

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Baden-Württemberg	305,00	310,00	340,00	337,00	382,50	370,00	385,00	410,00	437,00	455,20	397,90	455,23	451,31	451,31	451,31
Bayern	452,55	477,55	500,00	500,00	450,00	430,00	500,00	500,00	500,00	500,00	503,40	643,40	643,43	643,43	643,43
Berlin	84,04	99,36	112,76	88,48	91,66	93,74	95,30	106,49	96,45	108,89	111,27	91,77	81,80	113,79	137,80
Brandenburg	107,88	107,74	111,61	104,30	98,35	109,50	114,30	104,80	81,00	82,50	80,00	100,00	100,00	110,00	110,00
Bremen	30,03	31,49	33,15	36,78	30,19	28,83	28,66	38,56	38,82	38,80	41,65	38,63	38,63	38,24	38,65
Hamburg	100,29	101,09	102,68	100,37	117,44	113,92	106,61	137,45	89,62	89,56	94,53	94,53	109,43	109,53	109,53
Hessen	235,75	218,40	262,89	262,89	224,50	224,50	241,50	241,50	242,20	267,50	253,50	260,00	280,00	308,50	303,00
Mecklenburg-Vorpommern	75,58	73,18	73,03	68,74	69,14	66,28	60,84	55,84	52,84	51,84	50,84	50,34	49,84	52,00	52,00
Niedersachsen	121,39	185,53	283,26	279,18	238,74	245,04	258,47	258,89	275,51	274,22	256,03	262,36	265,50	261,06	263,62
Nordrhein-Westfalen	512,00	516,00	506,00	493,00	496,75	496,50	493,00	492,30	515,00	516,70	533,50	582,27	626,24	665,60	671,60
Rheinland-Pfalz	118,80	118,80	121,80	121,80	116,80	116,80	119,80	119,80	119,80	119,80	122,80	122,80	125,80	125,80	129,80
Saarland	32,48	27,28	22,63	38,25	38,71	35,07	32,19	28,55	28,50	28,50	28,50	32,50	32,50	32,50	32,50
Sachsen	151,90	107,00	94,60	94,60	97,00	97,00	101,00	101,00	130,00	120,00	111,83	112,00	125,00	125,00	119,50
Sachsen-Anhalt	117,70	97,70	79,90	70,90	67,02	53,02	53,02	47,87	39,20	43,30	40,88	40,51	48,75	54,75	60,00
Schleswig-Holstein	92,71	93,90	93,90	95,48	84,65	84,65	84,65	90,13	94,23	85,45	85,45	96,86	134,59	116,11	103,01
Thüringen	125,50	119,99	125,30	134,20	70,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	60,00	60,00	60,00	60,00
Deutschland	2.663,60	2.685,00	2.863,51	2.825,97	2.673,46	2.614,85	2.724,34	2.783,18	2.790,17	2.832,26	2.762,08	3.043,20	3.172,82	3.267,62	3.285,75

In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

5.2 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2021– Pauschalförderung

Tabelle 5.2: KHG-Pauschalförderung in Mio. Euro – in jeweiligen Preisen⁴⁶

KHG-Investitionsfördermittel - Pauschalförderung, in Mio. Euro													
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baden-Württemberg	132,17	144,18	144,18	156,97	153,08	152,42	151,90	157,99	157,30	158,00	154,00	149,00	149,00
Bayern	181,51	173,84	186,62	185,96	189,18	181,51	183,55	178,95	180,00	181,50	182,00	178,50	175,00
Berlin	65,55	65,50	75,88	152,62	46,83	45,50	39,83	36,46	35,86	31,20	31,18	31,18	31,18
Brandenburg	122,71	50,82	25,05	28,84	28,48	27,10	27,10	27,15	23,61	23,61	23,61	23,61	23,61
Bremen	17,28	16,97	16,97	17,03	17,03	17,03	17,03	17,03	17,07	17,07	17,12	17,12	17,12
Hamburg	28,38	28,38	29,04	29,04	29,96	31,14	31,50	31,50	29,13	30,49	30,66	30,45	30,50
Hessen	84,36	86,92	91,01	89,48	89,48	89,48	92,03	92,03	95,00	95,00	97,50	96,00	90,00
Mecklenburg-Vorpommern	23,06	23,06	23,78	23,78	20,45	12,83	12,78	13,29	14,00	14,62	16,50	22,84	22,84
Niedersachsen	107,73	108,45	100,62	104,20	108,70	107,01	105,99	102,41	95,69	95,69	38,12	44,46	46,43
Nordrhein-Westfalen	261,12	276,10	288,88	274,82	286,32	286,32	296,55	296,55	305,18	305,18	311,18	311,18	300,00
Rheinland-Pfalz	45,04	45,15	50,52	50,52	50,52	50,52	50,87	51,13	51,13	51,13	51,13	51,20	51,20
Saarland	12,58	12,58	13,75	13,75	14,52	14,52	15,59	15,59	16,50	16,50	17,32	17,32	17,32
Sachsen	51,13	51,13	46,32	44,18	41,41	39,88	39,88	39,88	39,90	38,60	38,60	38,60	38,60
Sachsen-Anhalt	51,69	50,26	43,51	29,40	29,55	13,91	11,35	17,38	17,38	29,53	23,67	23,67	23,67
Schleswig-Holstein	33,75	33,69	36,76	36,76	40,19	36,20	37,43	37,43	38,50	39,46	38,00	38,31	38,88
Thüringen	82,73	52,66	51,13	37,84	30,68	28,12	22,75	20,45	20,25	20,20	20,30	10,00	18,00
Deutschland	1.300,78	1.219,69	1.224,03	1.275,16	1.176,38	1.133,48	1.136,14	1.135,22	1.136,49	1.147,78	1.090,90	1.083,43	1.073,35

⁴⁶ Die Angaben basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugängigen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Bei kreditfinanzierter Förderung enthalten die Angaben nur die Annuitäten, nicht aber den gewährten Gesamtförderbetrag. Nicht berücksichtigt sind: die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser, die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, Mittel aus einem Konjunkturprogramm, Strukturfondsmittel nach § 12 und 12a KHG (auch Länderanteile)

In Nordrhein-Westfalen wurden mit dem Nachtragshaushalt 2017 einmalig 250 Mio. € zusätzlich für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (TG 61 im Haushaltsplan) zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2020 wurden über ein Sonderprogramm Krankenhäusern 750 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Um lt. Landesregierung die Krankenhausstrukturen „pandemiefest“ zu machen, wurden 2021 weitere 192 Mio. Euro bereitgestellt.

Hinweis: In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt. Aus diesem Grund erfolgt die Ausweisung der KHG-Fördermittel für diese Länder ausschließlich in Tabelle 5.1 (KHG-Fördermittel insgesamt).

KHG-Investitionsfördermittel - Pauschalförderung, in Mio. Euro															
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Baden-Württemberg	153,55	153,55	149,00	150,00	150,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	157,50	158,10	170,00	160,00	160,00
Bayern	167,10	180,00	180,00	182,00	191,00	192,00	195,00	202,00	214,00	214,00	221,00	278,00	270,00	276,50	278,00
Berlin	31,18	33,31	33,31	33,74	34,18	34,99	40,00	40,00	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	23,61	25,11	25,61	25,60	25,52	32,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	17,12	17,12	17,12	17,12	17,08	17,12	17,12	17,12	17,12	17,12	17,12	17,17	17,17	17,17	38,65
Hamburg	30,50	30,50	31,00	31,00	31,25	31,25	31,00	31,00	31,00	31,00	31,00	31,00	31,00	31,00	31,00
Hessen	90,00	90,00	96,00	96,00	96,00	96,00	96,00	96,00	96,00	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	22,84	25,00	25,00
Niedersachsen	51,52	60,34	127,53	118,34	117,47	117,22	121,05	119,35	122,35	129,49	112,75	105,75	109,94	109,94	112,88
Nordrhein-Westfalen	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	293,00	317,00	317,00	323,00	329,00	335,00	341,00	347,00
Rheinland-Pfalz	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	51,20	54,20	54,20	62,00
Saarland	18,19	18,19	14,47	21,32	20,68	17,92	17,43	13,97	13,92	13,92	13,92	13,29	13,29	13,29	12,29
Sachsen	38,60	38,60	38,60	38,60	41,50	41,40	46,00	46,00	70,91	65,00	67,50	67,50	65,00	65,00	65,00
Sachsen-Anhalt	23,67	23,67	23,67	23,67	23,67	20,00	20,00	20,00	20,00	24,10	24,25	35,15	43,75	43,75	43,75
Schleswig-Holstein	38,88	39,46	39,46	39,46	39,46	39,64	39,64	40,83	40,83	42,05	42,05	42,14	42,14	43,41	43,41
Thüringen	25,00	25,00	25,00	20,00	40,00	30,00	16,00	16,50	20,00	30,00	30,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Deutschland	1.082,96	1.108,89	1.174,81	1.170,89	1.201,85	1.204,08	1.173,28	1.169,81	1.197,17	1.117,72	1.114,13	1.191,14	1.214,33	1.220,26	1.258,98

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

5.3 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2021 – Einzelförderung

Tabelle 5.3: KHG-Einzelförderung in Mio. Euro – in jeweiligen Preisen⁴⁷

KHG-Investitionsfördermittel - Einzelförderung, in Mio. Euro													
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baden-Württemberg	221,18	204,67	191,94	179,26	174,81	173,53	184,53	181,00	155,40	173,70	168,30	132,20	147,70
Bayern	483,17	440,73	447,38	406,83	444,31	432,04	430,00	434,60	433,55	320,05	270,55	274,05	277,55
Berlin	220,16	294,61	218,78	48,47	136,00	114,53	102,51	138,56	150,74	77,76	113,50	83,71	68,42
Brandenburg	80,17	178,95	156,46	132,94	138,05	138,05	138,05	138,05	138,05	104,76	103,43	90,00	90,00
Bremen	16,41	16,46	21,83	17,84	18,71	13,04	19,12	10,94	15,92	16,51	16,98	17,11	17,19
Hamburg	32,57	57,52	57,78	61,05	68,21	65,09	55,22	69,48	32,62	34,02	40,07	56,38	79,51
Hessen	110,44	112,48	117,60	122,71	130,38	130,38	116,32	111,21	108,25	64,85	132,60	151,35	168,19
Mecklenburg-Vorpommern	96,17	125,68	125,68	122,71	122,71	104,81	117,60	107,37	104,70	107,37	111,30	60,16	57,74
Niedersachsen	117,80	113,00	115,76	119,80	120,97	142,29	129,92	127,06	92,31	90,76	49,27	52,82	54,00
Nordrhein-Westfalen	347,37	295,83	254,83	259,22	196,95	184,17	173,12	168,01	178,92	176,92	174,64	174,64	172,00
Rheinland-Pfalz	92,19	92,85	91,11	93,31	93,31	93,31	92,95	92,70	87,67	67,67	67,67	69,10	67,60
Saarland	19,02	25,77	25,67	25,21	24,64	24,34	27,97	27,51	24,41	21,84	20,85	6,17	8,85
Sachsen	230,08	219,55	248,74	249,20	249,20	259,79	259,79	258,87	258,80	145,65	115,65	127,90	128,80
Sachsen-Anhalt	159,11	169,29	188,10	186,93	175,02	177,98	161,11	173,12	156,94	140,83	148,83	155,73	130,59
Schleswig-Holstein	26,08	32,31	41,93	37,78	40,39	49,90	49,24	39,78	10,00	54,44	48,40	45,18	49,70
Thüringen	112,48	156,46	177,06	174,71	184,22	184,73	184,73	169,08	147,33	113,70	113,78	117,10	109,90
Deutschland	2.364,42	2.536,16	2.480,63	2.237,98	2.317,89	2.287,98	2.242,17	2.247,34	2.095,60	1.710,83	1.695,83	1.613,60	1.627,75

⁴⁷ Die Angaben basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Bei kreditfinanzierter Förderung enthalten die Angaben nur die Annuitäten, nicht aber den gewährten Gesamtförderbetrag. Nicht berücksichtigt sind: die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser, die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, Mittel aus einem Konjunkturprogramm, Strukturfondsmittel nach § 12 und 12a KHG (auch Länderanteile)

In den für Nordrhein-Westfalen gemeldeten Gesamtsummen sind die besonderen Beträge sowie sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem KHGG NRW enthalten.

Hinweis: In Brandenburg gibt es seit 2013 die einheitliche Investitionspauschale, die für alle Zwecke des § 9 KHG genutzt werden kann. Durch die Änderung des Landeskrankenhausesgesetzes Berlin wurde zum 01. Juli 2015 das bisherige System der Einzel- und Pauschalförderung auf ein insgesamt pauschalierendes Förderverfahren umgestellt (Investitionspauschale). In Hessen wurde in 2016 auf die einheitliche Investitionspauschale umgestellt. Aus diesem Grund erfolgt die Ausweisung der KHG-Fördermittel für diese Länder ausschließlich in Tabelle 5.1 (KHG-Fördermittel insgesamt).

Hinweis: In Niedersachsen sind seit 2017 auch Finanzmittel aus dem „Sondervermögen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung in Niedersachsen“ enthalten. Das Sondervermögen dient der Finanzierung von Zins- und Tilgungsleistungen für Darlehen von Plankrankenhäusern in den Jahren 2017 bis 2042.

KHG-Investitionsfördermittel - Einzelförderung, in Mio. Euro															
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Baden-Württemberg	151,45	156,45	191,00	187,00	232,50	210,00	225,00	250,00	277,00	295,20	240,40	297,13	281,31	291,31	291,31
Bayern	285,45	297,55	320,00	318,00	259,00	238,00	305,00	298,00	286,00	286,00	282,40	365,40	373,43	366,93	365,43
Berlin	52,86	66,05	79,45	54,74	57,48	58,75	55,30	66,49	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	84,27	82,63	86,00	78,70	72,83	77,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	12,91	14,37	16,03	19,66	13,11	11,71	11,54	21,44	21,70	21,68	24,53	21,46	21,46	21,07	-
Hamburg	69,79	70,59	71,68	69,37	86,19	82,67	75,61	106,45	58,62	58,56	63,53	63,53	78,43	78,53	78,53
Hessen	145,75	128,40	166,89	166,89	128,50	128,50	145,50	145,50	146,20	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	52,74	50,34	50,19	45,90	46,30	43,44	38,00	33,00	30,00	29,00	28,00	27,50	27,00	27,00	27,00
Niedersachsen	69,87	125,19	155,73	160,84	121,27	127,82	137,42	139,54	153,16	144,73	143,28	156,61	155,56	151,12	150,74
Nordrhein-Westfalen	212,00	216,00	206,00	193,00	196,75	196,50	193,00	199,30	198,00	199,70	210,50	253,27	291,24	324,60	324,60
Rheinland-Pfalz	67,60	67,60	70,60	70,60	65,60	65,60	68,60	68,60	68,60	68,60	71,60	71,60	71,60	71,60	67,80
Saarland	14,29	9,09	8,16	16,93	18,03	17,15	14,76	14,58	14,58	14,58	14,58	19,21	19,21	19,21	20,21
Sachsen	113,30	68,40	56,00	56,00	55,50	55,60	55,00	55,00	59,09	55,00	44,33	44,50	60,00	60,00	54,50
Sachsen-Anhalt	94,03	74,03	56,23	47,23	43,35	33,02	33,02	27,87	19,20	19,20	16,63	5,36	5,00	11,00	16,25
Schleswig-Holstein	53,83	54,44	54,44	56,02	45,19	45,01	45,01	49,30	53,40	43,40	43,40	54,72	92,45	72,70	59,60
Thüringen	100,50	94,99	100,30	114,20	30,00	20,00	34,00	33,50	30,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Deutschland	1.580,63	1.576,12	1.688,70	1.655,08	1.471,61	1.410,77	1.436,76	1.508,57	1.415,55	1.255,65	1.203,19	1.400,29	1.496,69	1.515,07	1.475,97

In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

5.4 Vorgaben zur Notfallversorgung innerhalb der Krankenhauspläne

Tabelle 5.4: Vorgaben zur Notfallversorgung innerhalb der Krankenhauspläne

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
Baden-Württemberg	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan. Regelungen zur Aufnahme- und Dienstbereitschaft enthalten die §§ 28 Abs. 3 sowie 29 LKHG Baden-Württemberg.
Bayern	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan.
Berlin	Auflistung der Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, und Zuordnung dieser Krankenhäuser in eine der zwei dafür vorgesehenen Versorgungsstufen (Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren), für die im Krankenhausplan konkrete medizinische und organisatorische Anforderungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung beschrieben werden. Für Beteiligung an der kardiologischen Notfallversorgung legt der Krankenhausplan gesonderte Strukturanforderungen (u.a. Ausweis der Subdisziplin Kardiologie, Verpflichtung zu Festanstellung 4 PCI-erfahrener Ärzte) fest.
Brandenburg	Im Vierten Brandenburger Krankenhausplan wird hierzu u. a. ausgeführt: Die Krankenhäuser sind nach den Brandenburger Bestimmungen (Rettungsdienstgesetz, Brand- und Katastrophenschutzgesetzes, ...) zur Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten, den Regionalleitstellen sowie den Katastrophen-Schutzbehörden verpflichtet. An der Notfallversorgung sollen alle Krankenhäuser entsprechend ihrem Versorgungsauftrag teilnehmen, unabhängig davon, ob die Kliniken gemäß G-BA-Beschluss am gestuften System von Notfallstrukturen teilnehmen. Unabhängig von dem gestuften System des G-BA muss die Notfallversorgung im Flächenland Brandenburg gewährleistet sein. Die Bevölkerung hat das Recht, im Notfall schnell versorgt zu werden. Das bedeutet, dass auch kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Regionen für die Notfallversorgung gebraucht werden. Um auch weiterhin eine flächendeckende Notfallversorgung sicherzustellen, hat das Land von der Regelung Gebrauch gemacht, für einzelne Kliniken, die keiner Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden können, festzustellen, dass diese für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den zuständigen Gefahrenabwehrbehörden Angaben zu Versorgungskapazitäten zu machen. Hierfür hat das Land Brandenburg das System „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)“ eingerichtet.

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
Bremen	Alle Krankenhäuser mit Intensivmedizin sowie Innerer Medizin und Chirurgie in Bremen und Bremerhaven sind in die stationäre Notfallversorgung eingebunden und halten entsprechende leistungsfähige Strukturen und Kapazitäten bereit. Daneben gibt es durch Bescheid erfolgte Festlegungen als Spezialversorger gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 3 des G-BA-Beschlusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V.
Hamburg	Auflistung der Krankenhäuser, die uneingeschränkt bzw. eingeschränkt an der Not- und Unfallversorgung teilnehmen.
Hessen	Verzicht auf konkrete Festlegung unabdingbarer und ergänzender Notfallstandorte wie im vorangegangenen Krankenhausplan. Bestimmung der vom G-BA vorgegebenen Stufe der Teilnahme an der Notfallversorgung oder einzelnen Modulen der Notfallversorgung und die dazugehörigen Standorte im Feststellungsbescheid; Krankenhäuser sind damit verpflichtet, die für die jeweilige Stufe vom G-BA vorgegebenen Kriterien zu erfüllen. Optimierung der Qualität der notfallmedizinischen Versorgung auch künftig durch Aufstellung eigenständiger medizinisch-fachlicher und organisatorischer Kriterien – über die Strukturvorgaben des G-BA hinaus – für Allgemeinkrankenhäuser bzw. für unfallchirurgische Fachkrankenhäuser, soweit sie den bundesrechtlichen Vorgaben nicht widersprechen.
Mecklenburg-Vorpommern	Im Krankenhausplan 2012 ist der zentrale Bettennachweis wie folgt geregelt: Die Krankenhausträger sind verpflichtet, mit den zuständigen Leitstellen für den Rettungsdienst Vereinbarungen über die Organisation eines zentralen Bettennachweises zu treffen. Notfallversorgung und Katastrophenschutz: Die Krankenhausplanung berücksichtigt die Bedürfnisse der Sicherstellung der Notfallversorgung (§ 9 Abs. 7 S. 3 LKHG M-V). Mit der verstärkten Verzahnung von ambulanter, stationärer und notärztlicher Versorgung öffnet sich ein Erfolg versprechender Weg zur Sicherstellung der Notarztversorgung. Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern sind im Rahmen des Versorgungsauftrags grundsätzlich zur Versorgung von Notfällen verpflichtet. Die Erfüllung der Voraussetzungen der Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß der Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen, gemäß § 136c Abs. 4 SGB V, wird von den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 KHG jährlich überprüft und bei Erfüllen der Voraussetzungen entsprechend vereinbart. Die Krankenhausträger arbeiten nach § 6 Abs. 2 LKHG M-V entsprechend ihrer Aufgabenstellung mit dem Rettungsdienst und den Katastrophenschutzbehörden zusammen. Die Krankenhausträger stellen durch geeignete Vorkehrungen, insbesondere durch die

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
	Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen sicher, dass auch bei einem Massenanfall von Verletzten oder Betroffenen eine ordnungsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten gewährleistet werden kann. § 29 Abs. 2 LKHG M-V enthält die Verpflichtung der Krankenhausträger im Brand- und Katastrophenschutz mitzuwirken, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen, diese mit den zuständigen Stellen abzustimmen und an Übungen teilzunehmen. Benachbarte Krankenhausträger haben ihre Alarm- und Einsatzpläne aufeinander abzustimmen und sich gegenseitig zu unterstützen. Rehabilitationskliniken können von der Krankenhausplanungsbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Europa im Rahmen von Katastrophen oder Großschadensereignissen verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten zur Behandlung oder zur Isolierung stationär aufzunehmen. Sie gelten für die Dauer und den Umfang ihrer Inanspruchnahme als in den Krankenhausplan aufgenommen (§ 9 Abs. 6 LKHG M-V). Umgang mit Opfern von Gewalt in der Notfallversorgung: Das Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt („Istanbul-Konvention“, 2011), die WHO-Leitlinie für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik („Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“, 2013) und die Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern („Kinderrichtlinie“, 2015) sind sowohl in der klinischen als auch in der ambulanten Versorgung im Krankenhaus umzusetzen. Insbesondere die Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, sollen daher im Hinblick auf Menschen mit Gewalterfahrungen konkrete Strukturen für das Erkennen, das Ansprechen und das gerichtsverwertbare Dokumentieren von Gewalt im Sinne der vertraulichen Beweissicherung und/oder die gezielte Weitervermittlung an qualifizierte Hilssysteme vorhalten. Diese Hilfsmaßnahmen sind aufgrund der erhöhten Vulnerabilität betroffener Bevölkerungsgruppen geschlechts- und kultursensibel sowie barriere- und diskriminierungsfrei zu gestalten. Weiterhin ist die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu den weiteren Versorgungssystemen zu beachten. Dies ist insbesondere aufgrund der häufig mit Scham verbundenen Symptomatik von Gewaltbetroffenen sowie der dadurch eingeschränkten Möglichkeit, adäquate Hilfe selbständig und zeitnah aufzusuchen, von Bedeutung. Durch regelmäßige Schulungen sollen Handlungsunsicherheiten im Umgang mit Opfern von Gewalt abgebaut werden und Mitarbeitende von Krankenhäusern der Notfallversorgung für eben diese Personengruppe sensibilisiert werden.

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
	Gewalt umschließt dabei jene Handlungen, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden führen.
Niedersachsen	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan.
Nordrhein-Westfalen	Die Notfallversorgung wird im Krankenhausplan NRW 2022 unter dem Punkt „Planungsgrundsätze“ beschrieben.
Rheinland-Pfalz	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan.
Saarland	Generelle Verpflichtung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 10 Abs. 1 SKHG. Verweis auf G-BA Vorgaben zur gestuften Notfallversorgung.
Sachsen	Grundsätzlich besteht eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur ambulanten und stationären Notfallbehandlung. Neben einer der Aufgabenstellung entsprechenden Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an den Wochenenden, ist die Möglichkeit der Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung zu gewährleisten.
Sachsen-Anhalt	Regelung erfolgt innerhalb der „Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA“: Kein Ausweis der Notfallstufen im Krankenhausplan, nach Budgetabschluss; dazu können sie nachrichtlich im Krankenhausplan ausgewiesen werden (Rahmenvorgaben Pkt. 3.3.) Darüber hinaus treffen die Krankenhäuser einer Planungsregion speziell für Notfallgeburten, Herzinfarkte (Linksherzkathetermessplatz), Hirninfarkte („Stroke Unit“) und Polytraumata Vereinbarungen, die eine durchgehende bedarfsgerechte Versorgung sichern.
Schleswig-Holstein	Ausweis, ob ein Krankenhaus am gestuften System von Notfallstrukturen gemäß § 136c Abs. 4 SGB V teilnimmt oder nicht, oder Ausweisung als Spezialversorger.
Thüringen	Gemäß § 18 ThürKHG sind alle Plankrankenhäuser verpflichtet an der Notfallversorgung teilzunehmen. Bei Nichtversorgung oder Abweisung von Notfallpatienten droht Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Im Textteil des 7. Thüringer Krankenhausplans wird festgelegt, dass die Fachkliniken, mit Ausnahme der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und des Waldkrankenhauses „Rudolf Elle“ Eisenberg, nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. „Notfall- und Katastrophenbettenplanung“: Sollvorgaben zur kurzfristigen Vorhaltung von entsprechenden Behandlungskapazitäten

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
	für eine hohe Zahl krankenhausbedürftiger Patienten im Katastrophenfall, bei Großschadensereignissen, dem Massenanfall von Verletzten und bei Pandemien (Tabelle 12. 5; 7. Thüringer KH-Plan). Es erfolgt kein Ausweis, ob ein Krankenhaus am gestuften System von Notfallstrukturen gemäß § 136c Abs. 4 SGB V teilnimmt oder nicht.

5.5 Vorgaben zu Qualitätskriterien und -festlegungen in den Krankenhausplänen

Tabelle 5.5: Vorgaben zu Qualitätskriterien und -festlegungen in der Krankenhausplanung

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
Baden-Württemberg	Gemäß § 6 Abs. 1 LKHG hat der Krankenhausplan insbesondere die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu beachten. Die Krankenhausrahmenplanung orientiert sich weiterhin gemäß dem aktuellen Krankenhausplan unter anderem an der langfristig zu sichernden medizinischen Qualität. Vorgaben finden sich derzeit jedoch nur im Rahmen von Fachplanungen für bestimmte Bereiche (siehe unten). Auch die Zuweisung besonderer Aufgaben im Rahmen der Krankenhausplanung dient der Sicherung der Versorgungsqualität durch Konzentration in Zentren. Dies betrifft beispielsweise die Epilepsiechirurgie oder die Behandlung von Mukoviszidosepatienten. Ausführungen zu Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Fachplanung auf Basis einheitlicher Kriterien zur Bedarfsermittlung und zur Standortauswahl. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Fachplanung basierend auf Annahmen zur Krankenhaushäufigkeit/Fallzahl, unterteilt nach Altersgruppen der Bevölkerung sowie differenziert für Verdichtungsgebiete und für den ländlichen Raum, Anteil der stationär behandlungsbedürftigen und für eine Behandlung motivierbaren Patienten, Zuschlag für chronisch psychosomatisch Kranke und Bettennutzungsgrad. Neurologische Frührehabilitation Phase B: Fachplanung legt konkrete sächliche und personelle Anforderungen fest und enthält Vorgaben zur Bedarfsermittlung durch landesweite jährliche Erhebung. Wurde kürzlich überarbeitet, da der VGH Baden-Württemberg mit Entscheidung vom 16. April 2015 – 10 S 96/13 Mängel bei der Auswahlentscheidung der Planungsbehörde festgestellt hatte. Neufassung der Fachplanung ist am 25. November 2016 in Kraft getreten. Geriatric: Die Fachplanung verweist auf Vorgaben für die Ausweisung von geriatrischen Schwerpunkten und Zentren entsprechend dem Geriatric-Konzept. Schlaganfallversorgung: Die Fachplanung verweist auf eine Ausweisung gemäß den Kriterien der „Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg“, die gemeinsam mit einem medizinischen Expertenrat erarbeitet und mit dem Landeskrankenhausausschuss abgestimmt wurde. Diese sieht eine

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Versorgungsstruktur mit Schlaganfallzentren, regionalen Schlaganfall-schwerpunkten und lokalen Schlaganfallstationen vor. Neufassung ist am 01. Februar 2017 in Kraft getreten. Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen: Im Rahmen der Fachplanung Zertifizierung regionaler und überregionaler Schmerzzentren auf Grundlage der von einer Arbeitsgruppe des Schmerzforums entwickelten Zertifizierungskriterien. Onkologische Zentren und Kooperierende Schwerpunktkrankenhäuser: Voraussetzung für die krankenhauserplanerische Ausweisung als Onkologisches Zentrum ist die Erfüllung der Voraussetzungen der G-BA Zentrums-Regelungen in der jeweils aktuellen Fassung. Krankenhäuser, die mit einem oder mehreren Onkologischen Zentren kooperieren, jedoch die Voraussetzungen der G-BA Zentrums-Regelungen nicht erfüllen, können im Krankenhausplan als Kooperierendes Schwerpunkt-krankenhaus ausgewiesen werden. Traumazentren: Im Krankenhausplan sind Traumanetzwerke mit lokalen, regionalen und überregionalen Traumazentren ausgewiesen. Die Ausweisung beruht auf der Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU). Weaning (Beatmungsentwöhnung): Im Rahmen der Fachplanung erfolgt eine Auswahl der pneumologischen Fachkliniken angesichts der geringen zu erwartenden Fallzahlen. Chronische Dialyse: Im Krankenhausplan erfolgt keine Ausweisung der chronischen Nierendialyse mehr. Die bisher ausgewiesenen Dialysekapazitäten werden nach Einzelfallprüfung numerisch den internistischen Planbetten bzw. internistischen Tagesklinikplätzen zugeschlagen. Die Fachplanung enthält Vorgaben zu Umfang, Struktur und Aufgaben der teilstationären Dialyse zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit.
Bayern	Der Krankenhausplan enthält Qualitätskriterien/-festlegungen bezüglich der stationären Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern durch Perinatalzentren und Verbund-Perinatalzentren sowie für die Fachprogramme „Palliativversorgung in Krankenhäusern“ und „Akutgeriatrie“. Für diese werden Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. So gelten für Palliativstationen über die im Krankenhaus üblichen baulichen, technischen und medizinischen Standards hinaus folgende

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Kriterien (wird aktuell überarbeitet und voraussichtlich 2022 neu gefasst): Strukturqualität: - <i>Personal</i> • Eigenständige Station mit eigenem ärztlichem und pflegerischem Team • Arztschlüssel: 1 Arztstelle pro 6,5 Betten • Palliativmedizinische Qualifikation des ärztlichen Personals: mindestens ein Arzt mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (mit Übergangsfristen) oder äquivalenter Ausbildung im Ausland • Pflegeleitung und Vertretung mit abgeschlossenem 160 h Palliative Care Kurs • 30 % des Pflegeteams mit abgeschlossenem 160 h Palliative Care Kurs (mit Übergangsfrist) • Weitere Professionen (Sozialarbeiter/Sozialpädagoge mit Kenntnissen im Case Management von Palliativpatienten (Palliative Care Zusatzweiterbildung erwünscht), Seelsorger, Therapeuten): 6 Std./Patient/Woche - <i>Bauliche Kriterien</i> • Abgeschlossener Stationsbereich bzw. organisatorisch und räumlich abgetrennte Einheit • Ein- und Zweibettzimmer, überwiegend Einbettzimmer wünschenswert • Wohnliche Atmosphäre • Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige • Multifunktionseller Raum mit wohnlicher Atmosphäre Prozessqualität: • Ausschließlich Aufnahme von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung, die eine begrenzte Lebenserwartung haben und die einer palliativmedizinischen Behandlung zur Symptomkontrolle einschließlich Palliativpflege bedürfen. • Betreuung aller Palliativpatienten unabhängig von der Grunderkrankung • Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung • Definition und regelmäßige Überprüfung von Therapiezielen • Gemeinsame Übergabe im multiprofessionellen Team • Gemeinsame wöchentliche Teambesprechung • Verpflichtende regelmäßige externe Supervision zur Unterstützung für das auf der Station eingesetzte Personal • Verpflichtende regelmäßige interne Fortbildung • Regelmäßige Dokumentation spezifisch palliativmedizinischer Leistungen

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Standardisierte Symptom- und Symptomverlaufsdokumentation • Regelmäßiger Einsatz von Subkutanpumpen • Entlassplanung in enger Vernetzung zu ambulanten und stationären Strukturen in der Region (z. B. niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Pflegeheimen, stationären Hospizen) • Angebot von klinikinternen Konsilen und Beratung • Maßnahmen zur Qualitätssicherung • Vertragliche Zusammenarbeit mit ambulanten Hospiz und/oder Palliativdiensten Ergebnisqualität: • Ziel ist die Linderung der Beschwerden und Stabilisierung der Krankheits- und Betreuungssituation, so dass die Patienten möglichst nach Hause entlassen oder in ein stationäres Hospiz oder ein Pflegeheim verlegt werden können. • Die durchschnittliche Liegezeit entspricht der durchschnittlichen Liegezeit der deutschen Palliativstationen mit Abweichung von zwei Tagen nach oben und unten. • Regelmäßige Überprüfung der Ergebnisqualität durch Auswertungen der Dokumentationen im Rahmen der nach § 135a SGB V geregelten Verpflichtung zur Qualitätssicherung wird empfohlen. Weiterhin legt der Krankenhausplan folgende Kriterien für palliativmedizinische Dienste fest: Strukturqualität: - <i>Personal</i> • Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin • Pflegekraft mit abgeschlossenem 160 h Palliative Care Kurs • Sozialarbeiter/Sozialpädagoge mit Kenntnissen im Case Management von Palliativpatienten (Palliative Care Zusatzweiterbildung erwünscht) - <i>Erreichbarkeit</i> • Der palliativmedizinische Dienst muss zu den üblichen Arbeitszeiten untertags erreichbar sein. Prozessqualität: • Betreuung aller Palliativpatienten unabhängig von der Grunderkrankung (Ausnahme: Fachkrankenhäuser) • Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung • Gemeinsame wöchentliche Besprechung des palliativmedizinischen Dienstes • Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen. (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen der palliativmedizinischen Dienste durchgeführt werden.) • Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal • Regelmäßige Dokumentation der palliativmedizinischen Leistungen mit standardisierter Symptom- und Symptomverlaufsdokumentation in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Stationen • Entlassplanung in enger Vernetzung zu ambulanten und stationären Strukturen in der Region (z. B. niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Pflegeheimen, stationären Hospizen) • Regelmäßige Fortbildung • Regelmäßige externe Supervision erwünscht • Kooperationsvereinbarung mit einem örtlichen ambulanten Hospiz- und / oder Palliativdienst, auch ggf. mit einem Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Ergebnisqualität: • Ziel ist die Linderung der Beschwerden und Stabilisierung der Krankheits- und Betreuungssituation, so dass die Patienten wenn möglich nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder ein stationäres Hospiz entlassen werden können. Ist dies nicht möglich, ist eine würdevolle Sterbebegleitung in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachabteilungen anzustreben. • Regelmäßige Überprüfung der Ergebnisqualität durch Auswertungen der Dokumentationen im Rahmen der nach § 135a SGB V geregelten Verpflichtung zur Qualitätssicherung wird empfohlen. Im Rahmen des Fachprogramms „Akutgeriatrie“ werden über die im Krankenhaus üblichen baulichen, technischen und medizinischen Standards hinaus folgende Qualitätskriterien festgelegt: Strukturqualität: - <i>Personal: Geriatisches Team</i> Die Akutgeriatrie verfügt über ein eigenes geriatisches Team. Das geriatriische Team ist multiprofessionell und interdisziplinär und setzt sich aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern / Sozialpädagogen und Therapeuten zusammen. Das geriatriische Team wird von einem Geriater geleitet. Für den Einsatz des geriatriischen

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Teams gelten die Anforderungen zur Erbringung der geriatrischen früh-rehabilitativen Komplexbehandlung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550. Eine Orientierung an den Personalkennzahlen des Qualitätssiegels Geriatrie für die Akutgeriatrie wird empfohlen. ○ <i>Ärztliches Personal</i> <i>Akutgeriatrische Hauptabteilung</i> Der Chefarzt / Leitende Arzt einer akutgeriatrischen Hauptabteilung ist ein Geriater. Die fachärztliche Behandlungsleitung obliegt einem Geriater. Die fachärztliche Behandlungsleitung muss zu den üblichen Arbeitszeiten anwesend sein. Ist der Geriater kein Facharzt für Innere Medizin, so muss im geriatrischen Team zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin sein. <i>Akutgeriatrische Behandlungseinheit</i> Die fachärztliche Behandlungsleitung obliegt einem Geriater. Die fachärztliche Behandlungsleitung muss zu den üblichen Arbeitszeiten anwesend sein. Ist der Geriater kein Facharzt für Innere Medizin, so muss im geriatrischen Team zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin sein. <i>Akutgeriatrische Behandlungseinheit mit fachlichem Schwerpunkt</i> Die fachärztliche Behandlungsleitung obliegt einem Geriater gemeinsam mit einem Facharzt mit dem fachlichen Schwerpunkt der Hauptabteilung (z. B. Unfallchirurg in einer Alterstraumatologie). Der Geriater muss zu den üblichen Arbeitszeiten anwesend sein. Ist der Geriater kein Facharzt für Innere Medizin, so muss im Team darüber hinaus ein Facharzt für Innere Medizin sein. ○ <i>Pflegefachkräfte</i> Pflegefachkräfte müssen in aktivierend-therapeutischer Pflege geschult sein. ○ <i>Therapeutisches Team</i> Das therapeutische Team besteht aus Fachkräften insbesondere aus folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/Fazio-Orale-Trakt. Therapie (F.O.T.T.), Psychologie/Neuropsychologie. - <i>Bauliche Kriterien</i> ○ <i>Akutgeriatrische Hauptabteilung</i> Der akutgeriatrische Bereich umfasst mindestens 20 Betten und ist räumlich zusammenhängend. Ein Therapieraum und ein Aufenthaltsraum für die Patienten werden entsprechend den baulichen Gegebenheiten in diesem Bereich vorgehalten. ○ <i>Akutgeriatrische Behandlungseinheit/akutgeriatrische Behandlungseinheit mit fachlichem Schwerpunkt</i> Der akutgeriatrische Bereich ist räumlich zusammenhängend. Die Orientierungsgröße beträgt 20 Betten. Abweichungen nach unten sind nur in Ausnahmefällen zulässig. Ein Therapieraum und ein Aufenthaltsraum für die Patienten sollten entsprechend den baulichen Gegebenheiten in diesem Bereich vorgehalten werden.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Prozessqualität: - <i>Funktion</i> Eine Akutgeriatrie ist spezialisiert auf die geriatritypische Diagnostik und Therapie von akut krankenhausbehandlungsbedürftigen geriatrischen Patienten im Krankenhaus. - <i>Interdisziplinarität</i> In einer Akutgeriatrie werden Patienten unabhängig von ihrer Grunderkrankung behandelt (Ausnahme akutgeriatrische Behandlungseinheit mit fachlichem Schwerpunkt). - <i>Geriatrisches Screening bei der Aufnahme</i> Um eine akutgeriatrische Behandlungsbedürftigkeit möglichst frühzeitig feststellen zu können, setzt die Klinik ein geriatrisches Screening ein, das bei jeder Aufnahme von Patienten, die mindestens 70 Jahre alt sind, angewandt wird. - <i>Geriatrisches Assessment</i> Grundlage der Behandlung geriatrischer Patienten sind ein standardisiertes geriatrisches Assessment, welches multiprofessionell und interdisziplinär erbracht wird, sowie ein soziales Assessment entsprechend den Vorgaben des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550 in seiner jeweils gültigen Fassung. - <i>Frührehabilitation</i> Eine Akutgeriatrie hält frührehabilitative Behandlungsmöglichkeiten vor und setzt diese nach individuellem Bedarf des Patienten ein. Eine Akutgeriatrie erfüllt hierbei die Anforderungen zur Erbringung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gemäß dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 in seiner jeweils gültigen Fassung. - <i>Psychiatrische/neurologische Kompetenz</i> Um spezifische und komplexe psychische oder neurologische Begleiterkrankungen besser behandeln zu können, soll auch psychiatrisches und/oder neurologisches Wissen durch einen entsprechenden Facharzt im Team vertreten sein. Alternativ ist ein psychiatrischer und/oder neurologischer Liaisondienst sicherzustellen. Mindestens muss regelmäßig ein psychiatrisches und / oder neurologisches Konsil eingeholt werden. - <i>Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen</i> Wegen der Interdisziplinarität wird bei Bedarf fachspezifische Kompetenz anderer Fachrichtungen, wie z. B. Chirurgie oder Urologie, konsiliarisch eingeholt. - <i>Klinikinterner geriatrischer Liaisondienst / Konsiliardienst</i> Geriatrisch qualifizierte Fachärzte aus dem geriatrischen Team stehen den Hauptabteilungen des Krankenhauses als Liaisondienst oder konsiliarisch zur Verfügung. - <i>Kooperation mit einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung</i> Eine Akutgeriatrie arbeitet mit mindestens einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung aus der Region zusammen. Die Kooperationen müssen im medizinischen Konzept inhaltlich dargestellt werden.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	- <i>Vernetzungen/sektorenübergreifende Versorgung</i> Eine Akutgeriatrie ist Teil eines Netzwerks zur Versorgung älterer Menschen. Dabei sind Vernetzungen über die Sektorengrenzen hinaus aufzubauen. Um eine lückenlose geriatrische Versorgung zu gewährleisten, ist insbesondere eine Zusammenarbeit mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort (niedergelassenen Ärzten, sozialen Diensten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, etc.) erforderlich. Ergebnisqualität: Die akutgeriatrische Versorgung im Krankenhaus von akut krankenhausbbehandlungsbedürftigen geriatrischen Patienten zeichnet sich durch einen umfassenden Behandlungsansatz aus, das heißt, es werden die körperlichen, funktionellen, geistigen, psychischen und sozialen Aspekte der älteren Menschen berücksichtigt. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz dient dazu, insbesondere die Selbstständigkeit des älteren Patienten zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Zur Verbesserung der Ergebnisqualität sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Dazu werden regelmäßige Auswertungen zur Dokumentation im Rahmen der nach § 135a SGB V vorgegebenen Verpflichtung zur Qualitätssicherung empfohlen. Der Krankenhausplan enthält auch – über die entsprechenden G-BA-Kriterien hinaus – Qualitätskriterien bezüglich der stationären Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern durch Perinatalzentren und Verbund-Perinatalzentren (Kategorie I): a. Perinatalzentrum: 1) Ein Perinatalzentrum erfüllt die Qualitäts- und Mindestmengenanforderungen des G-BA an ein Perinatalzentrum Level 1. 2) Darüber hinaus umfasst ein Perinatalzentrum eine Geburtsklinik mit etwa 1.000 Geburten jährlich und eine Kinderklinik mit mindestens 6, optimal 10 neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen sowie die Möglichkeiten einer kinderchirurgischen und/oder speziellen (z. B. kinderkardiologischen) Versorgung und 3) betreut im Einzugsgebiet, einschließlich der Geburten der eigenen Geburtsklinik, etwa 5.000 Geburten jährlich, davon mindestens 50 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm und 4) ist grundsätzlich einem Krankenhaus der Maximalversorgung oder einem Krankenhaus, das überörtliche Schwerpunktaufgaben erfüllt, angegliedert. Dieses Idealmodell eines Perinatalzentrums ist nicht überall realisierbar. Deshalb können auch modifizierte Modelle unter Abweichung von den Punkten bb) bis dd) akzeptiert werden, die der räumlichen Struktur des Flächenstaates Bayern und der Bedarfslage Rechnung tragen.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	b. Verbund-Perinatalzentrum: Mehrere Krankenhäuser, die sich in regionaler Nähe zueinander befinden und jedes für sich die Qualitätsanforderungen des G-BA an ein Perinatalzentrum Level 1 erfüllen, können sich zu einem gemeinsamen Verbund-Perinatalzentrum zusammenschließen. In diesem Fall wird die zu erreichende Mindestmenge insgesamt für das Verbund-Perinatalzentrum zugrunde gelegt. Ein bestehendes Verbund-Perinatalzentrum oder mehrere Krankenhäuser, die sich in regionaler Nähe zueinander befinden, können unter der Voraussetzung, dass an mindestens einem Krankenhaus des Verbundes die Qualitätsanforderungen des G-BA an ein Perinatalzentrum Level 1 und in den übrigen Krankenhäusern des Verbundes jeweils die Qualitätsanforderungen des GBA an ein Perinatalzentrum Level 2 erfüllt werden, als gemeinsames Verbund-Perinatalzentrum weitergeführt werden bzw. sich zu einem Verbund-Perinatalzentrum zusammenschließen. Eine Anerkennung als gemeinsames Verbund-Perinatalzentrum setzt dabei voraus: 1) Formelle Anforderungen • einheitlicher Auftritt nach außen, insbesondere unter einem gemeinsamen Namen, mit einer gemeinsamen Anschrift und Internetpräsenz; • gemeinsames Leitungsgremium; • ein Sprecher als zentraler Ansprechpartner; • einheitliche Dokumentation an allen Standorten; • gemeinsame Evaluierung und Veröffentlichung der Ergebnisse; • Geschäftsstelle und Geschäftsordnung. 2) Organisatorische Anforderungen • gemeinsame und standardisierte Behandlungskonzepte; • interdisziplinäre und standortübergreifende Fallkonferenzen entsprechend den Anforderungen der G-BA-Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen; • regelmäßige, jedoch mindestens monatlich stattfindende standortübergreifende Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen; • regelmäßige, jedoch mindestens einmal jährlich stattfindende standortübergreifende Strategie und Qualitätskonferenzen; • Programme zum standortübergreifenden Austausch des pflegerischen und ärztlichen Personals für die Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie; • gemeinsame Fortbildung.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	3) Überprüfung Die Verbundkliniken des Gemeinsamen Perinatalzentrums verpflichten sich zur Teilnahme an einer kontinuierlichen Überprüfung der Umsetzung der Verbundkriterien durch die Fachkommission Neonatologie der BAQ als überparteilichem Fachgremium auf der Grundlage eines durch die BAQ zu erstellenden Konzeptes.
Berlin	Neben generellen qualitätssichernden Anforderungen für alle Plankrankenhäuser (A) bzgl. Facharztbesetzung einer Fachabteilung und Pflegepersonal auf Intensivstationen stellt der Krankenhausplan 2020 Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität in Verbindung mit Versorgungskonzepten und dem Ausweis von Abteilungen bzw. Schwerpunkten auf der Ebene von Subdisziplinen (B). A. Generelle qualitätssichernde Anforderungen für alle Plankrankenhäuser: <i>Facharztbesetzung einer Fachabteilung:</i> Eine von einem Plankrankenhaus geführte Fachabteilung muss folgende Mindestanforderungen erfüllen: • Chefarztärztin bzw. Chefarzt und Stellvertretung verfügen über eine der Abteilung entsprechende abgeschlossene Facharztweiterbildung, und Fachärztinnen und Fachärzte der entsprechenden Facharzttrichtung sind im Gesamtumfang (inkl. Leitung) von mindestens zwei Vollzeitstellen in der Abteilung dauerhaft tätig. • Um Leistungen erbringen zu können, die gemäß Weiterbildungsordnung einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, soll das Plankrankenhaus eine Fachabteilung dieses Fachgebietes führen. • Die ärztlichen Leistungen werden überwiegend von im Krankenhaus festangestellten Ärztinnen und Ärzten erbracht, um die Stabilität organisatorischer Prozesse einschließlich bei Notfällen zu gewährleisten (gilt nicht für Belegabteilungen). <i>Pflegepersonal auf Intensivstationen:</i> Auf Intensivstationen der Berliner Plankrankenhäuser sind möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) einzuhalten: • Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. • Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil (> 60 %) der Patientinnen und Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z. B. Beatmungssituationen und

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus oder die Begleitung von Transporten intensiv behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten. • Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30 % des Pflorgeteams der Intensivtherapieeinheit betragen. B. Weitere Vorgaben für Geriatrie und Versorgung Demenzerkrankter: Der Krankenhausplan 2020 stellt strukturelle Anforderungen an die geriatrische Versorgung im Krankenhaus. Geriatrie ist im Krankenhausplan 2020 auch weiterhin als Hauptabteilung ausgewiesen, d. h. es erfolgt im Plan auch eine qualitative und quantitative Vorgabe zur Kapazität der Abteilung (abschließende Planung). Geriatrische Komplexbehandlung ist nur mit der GKV abrechenbar, wenn diese in einem Krankenhaus (bzw. an einem Krankenhausstandort) erbracht wird, in (bzw. an) dem Geriatrie krankenhauplanerisch vorgesehen ist. Voraussetzungen für den krankenhauplanerischen Ausweis geriatrischer Angebote sind: • Die Abteilung für Geriatrie ist ordnungsbehördlich genehmigt/konzessioniert und verfügt über mindestens 40 vollstationäre Betten. • Die Abteilung für Geriatrie ist eingebunden in ein Allgemeinkrankenhaus. • Bestehende Fachkrankenhäuser genießen, sofern Bedarf nachgewiesen wird, Bestandsschutz. • Größere Kliniken haben eine gesonderte Binnendifferenzierung vorzuhalten. Gefordert werden ab 60 vollstationären Betten mindestens ein, ab 80 Betten mindestens zwei Spezialbereiche wie z. B. ein Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ) oder eine Protective Care Unit (PCU, Spezialstation für Patienten mit kognitiven Einschränkungen). • Die Vorhaltung einer geriatrischen Tagesklinik ist bei Führen einer Fachabteilung für Geriatrie obligat. Die Mindestgröße einer geriatrischen Tagesklinik beträgt 10 Plätze. Bei größeren Abteilungen ist ein Verhältnis von fünf stationären Betten zu einem tagesklinischen Platz als Richtwert empfohlen. Eine Tagesklinik soll als räumlich abgeschlossene Einheit geführt werden. • Bei Auswahlentscheidungen zwischen mehreren Bewerbern gilt: Neue Fachkrankenhäuser werden nur dann in den Krankenhausplan aufgenommen, wenn sie konzeptionell nachweisen, wie sie den höheren Aufwand im Vergleich zu in Allgemeinkrankenhäusern integrierten Geriatrieabteilungen ausgleichen und besser als konkurrierende Mitbewerber geeignet sind. Der höhere Aufwand von Fachkrankenhäusern macht sich z. B. bei Komplikationen deutlich, wenn externe Fachärzte hinzugezogen

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	oder Patientinnen und Patienten für notwendige Diagnostikmaßnahmen oder Operationen in andere Krankenhäuser verlegt werden müssen. Dies beeinträchtigt nicht nur die Leistungsfähigkeit der Fachkrankenhäuser, sondern auch die Qualität der Versorgung. Damit sind Fachkrankenhäuser tendenziell schlechter geeignet bzw. haben einen höheren Aufwand zum Ausgleich dieser Qualitätsnachteile als Krankenhäuser mit integrierter geriatrischer Abteilung. • Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten und komplementären Bereich einschließen. Krankenhäuser sollten daher die Einbindung in eine Netzwerkstruktur sichern. Auch ist entweder hausintern oder aber zwischen Fachkrankenhäusern und Krankenhäusern ohne eigene Geriatrie, aber mit Rettungsstelle durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen die geriatrische Kompetenz in den Notaufnahmen sicher zu stellen. • Notfallzentren und Notfallkrankenhäuser erarbeiten ein Konzept unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten zur Erst- und Weiterversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. • Geriatrische Abteilungen erfüllen folgende Anforderungen: - sie verfügen über eine angemessene Personalausstattung (empfohlen wird eine Ausrichtung an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie) - die fachärztliche Mindestbesetzung wird erfüllt (Mindestausstattung: ärztliche Leitung und Stellvertretung durch geriatrische Fachärztinnen und -ärzte, Gesamtumfang von mindestens zwei Vollkräften mit geriatrischer fachärztlicher Kompetenz) - Die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung ist Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Geriatrie. Übergangsweise ist es ausreichend, wenn entweder die ärztliche Leitung oder deren Vertretung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie ist und die jeweils andere Person als Ärztin/Arzt die Zusatzbezeichnung Geriatrie besitzt. - Ärztliche Leistungen der Abteilung werden überwiegend von im Krankenhaus festangestellten Ärztinnen und Ärzten erbracht. - die Chefarztin bzw. der Chefarzt soll über eine Weiterbildungsermächtigung verfügen - es erfolgt eine strukturierte hausinterne fachabteilungsübergreifende Zusammenarbeit - es erfolgen regelmäßige Mitarbeiterschulungen, auch in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	- ein qualifiziertes Entlass- und Beschwerdemanagement wird durchgeführt - Im Krankenhaus sollte nach Möglichkeit eine Demenzbeauftragte oder ein Demenzbeauftragter vorhanden sein. - Die räumliche Ausstattung sollte den Anforderungen eines multidisziplinären therapeutischen Ansatzes gerecht werden. Der Krankenhausplan nimmt hierzu konkrete Vorgaben auf. - Jedes Krankenhaus mit krankenhaushausplanerisch ausgewiesener geriatrischer Abteilung muss über ein Geriatriekonzept verfügen. Der Krankenhausplan nimmt hierzu konkrete Vorgaben auf. Dieses ist auf Verlangen der Planungsbehörde vorzulegen. - Jedes Krankenhaus mit einem signifikanten Patientenanteil von Über-80-Jährigen muss über ein Demenzkonzept verfügen. Der Krankenhausplan nimmt hierzu konkrete Vorgaben auf. Dieses ist auf Verlangen der Planungsbehörde vorzulegen. Der Krankenhausplan 2020 enthält des Weiteren Empfehlungen für die räumliche und personelle Ausstattung. Zu letzterem Punkt werden die Empfehlungen zur personellen Ausstattung des Bundesverbandes Geriatrie übernommen. Die Erfüllung der empfehlenden Bestandteile der Anforderungen kommt insbesondere bei krankenhaushausplanerischen Auswahlentscheidungen zum Tragen. Gefäßmedizin: Als Ziel im Bereich der Gefäßmedizin ist im Krankenhausplan 2020 die Sicherstellung einer qualitätsgerechten und leitlinienorientierten Behandlung aller stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit Gefäßkrankheiten formuliert. Ein Ausweis eines Krankenhauses mit gefäßmedizinischem Schwerpunkt erfolgt nur bei einer Zertifizierung als Gefäßzentrum durch entsprechende Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) und die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG). Die Krankenhausplanung für das Gebiet der Gefäßmedizin ist nicht abschließend. Kardiologie: Im Krankenhausplan 2020 werden wegen der herausragenden Bedeutung insbesondere für die Gewährleistung einer adäquaten kardiologischen Notfallversorgung die Abteilungen für Kardiologie ausgewiesen. Der Ausweis erfordert die Erfüllung bestimmter Kriterien und erfolgt nicht abschließend.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Wegen der großen krankenhauserplanerischen Bedeutung der Sicherstellung einer adäquaten Notfallbehandlung werden mit dem Krankenhausplan 2020 kardiologische Abteilungen innerhalb des Fachgebietes Innere Medizin dann ausgewiesen, wenn sie folgende Auswahlkriterien erfüllen: • Notfallkrankenhaus nach Krankenhausplan • ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Kardiologie • Linksherzkathetermessplatz • ausreichende personelle Besetzung für die kardiologische Notfallversorgung (7 Tage die Woche/24 Stunden am Tag) ○ Chefarztin bzw. -arzt: Internistin oder Internist mit Schwerpunkt Kardiologie, Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt Kardiologie ○ Oberärztl. Besetzung: Internistinnen und Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie ○ Mindestens vier festangestellte PCI-erfahrene Kardiologinnen oder Kardiologen des Krankenhauses (mit mindestens 75 PCI/Jahr/Ärztin oder Arzt) pro KH-Standort • 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für kardiologische Notfälle • erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung. Voraussetzung für einen uneingeschränkten kardiologischen Versorgungsauftrag, der insbesondere auch Interventionen und Behandlungen am Herzen mittels Linksherzkathetermessplatz (spezialisierte kardiologische Versorgung) einschließt, ist die krankenhauserplanerische Ausweisung einer kardiologischen Abteilung. Herzchirurgie: Einen uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag haben Krankenhäuser, die sowohl mit einer herzchirurgischen als auch kardiologischen Abteilung in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Dabei ist wegen der vielfältigen innovativen Entwicklungen in der Herzchirurgie im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig, diesen uneingeschränkten herzmedizinischen Versorgungsauftrag auf wenige hochleistungsfähige Einrichtungen zu begrenzen. Die Herzchirurgie ist die einzige Subdisziplin, für die eine abschließende Planung mit quantitativem Kapazitätsausweis erfolgt. Schlaganfallversorgung: Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall(verdacht) zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Patientinnen und Patienten grundsätzlich in ein geeignetes Notfallkrankenhaus verbracht werden. Als geeignet gilt ein Krankenhaus, wenn es folgende Kriterien erfüllt: • Das Krankenhaus hat eine im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Neurologie.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Es führt eine zertifizierte oder eine sich im Zertifizierungsverfahren befindende Stroke Unit (Zertifizierungsverfahren entsprechend der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) • Das Krankenhaus muss alle infrastrukturellen und prozessualen Voraussetzungen für reibungslose intrahospitale Abläufe in der Schlaganfallversorgung vorhalten. • Darüber hinaus nimmt das Krankenhaus verpflichtend am Berliner Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung teil. Notfallkrankenhäuser, die die oben aufgeführten Kriterien erfüllen, werden im Krankenhausplan 2016 als an der Schlaganfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser qualitativ ausgewiesen. Krankenhäuser, die eine Zertifizierung beabsichtigen oder sich im Zertifizierungsverfahren befinden, werden im Feststellungsbescheid erst bei Nachweis der Zertifizierung als geeignet ausgewiesen. Neurologische Frührehabilitation: Im Krankenhausplan werden Qualitätsanforderungen im Sinne von Mindestanforderungen an Struktur und Prozesse zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der neurologischen Frührehabilitation gestellt. Die Krankenhäuser, die sich an diesem Versorgungsauftrag beteiligen wollen, müssen in einem Versorgungskonzept ihre Leistungsfähigkeit und Kompetenz in der neurologischen Frührehabilitation darlegen und Wege aufzeigen, wie die Anforderungen umgesetzt werden sollen. Bei positivem Nachweis erfolgt eine quantitative Ausweisung der Einheit innerhalb der Neurologie. Die Anforderungen sind: <u>Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung:</u> • Neurologische Fachabteilung • Neurologische Frührehabilitationseinheit mit mindestens 20 Betten und: – adäquate Anzahl und Ausstattung von Beatmungsplätzen – Intensivüberwachungsmöglichkeiten (EKG, Blutdruck, Beatmung, Sauerstoffsättigung) • Verfügbarkeit von Akutdiagnostik und -therapie: – unmittelbare intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeit – Notfall-Röntgendiagnostik muss mit jederzeitiger Bereitschaft (24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche [24/7]) innerhalb der Einrichtung selbst oder in einer räumlich angegliederten Einrichtung vorgehalten werden (Computertomographie [CT]: innerhalb 60 Minuten erreichbar) – Labor jederzeit (24/7) innerhalb 60 Minuten verfügbar: u. a. für Blutgasanalyse, Gerinnung, Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, CRP, Liquordiagnostik

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	– mobile Verfügbarkeit von EKG, EEG, Ultraschall einschließlich Farbduplex • Weitere diagnostische Verfahren: – Endoskopie einschließlich Anlage von Ernährungssonden – Spirometrie: innerhalb der Einrichtung selbst – Bronchoskopie • Räumlichkeiten: Behindertengerecht; individuelle Sicherungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit schwerem hirnnorganischem Psychosyndrom und eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten. <u>Personelle Ausstattung:</u> • ärztliches und pflegerisches Personal muss über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in einer Einrichtung der Neurologischen Frührehabilitation verfügen • intensivmedizinisch erfahrenes ärztliches Personal muss jederzeit (24/7) in der Einheit präsent sein • bei dringlicher Indikation muss eine unmittelbare konsiliarärztliche Mitbetreuung (internistisch, chirurgisch, urologisch etc.) gewährleistet sein. <u>Prozessqualität:</u> • standardisierte Diagnostik und medizinische Akuttherapie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnis • Intensivpflege und -überwachung unter Einschluss von aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation • Funktionstherapie insgesamt mindestens 300 Minuten am Tag, häufig durch mehrere Therapeuten gleichzeitig • Gewährleistung der nahtlosen Weiterverlegung in nächste indizierte Rehabilitationsstufe; ggf. Nachweis von verbindlichen Kooperationen • Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen (intern und extern) • es müssen Konzepte zur Notfallversorgung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten, zum Umgang mit beaufsichtigungspflichtig verhaltens- und orientierungsgestörten Patientinnen und Patienten und zum Umgang mit multiresistenten Erregern vorliegen. Darüber hinaus müssen die Anforderungen nach OPS 8-552 erfüllt sein.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Die Versorgung bestimmter Patientengruppen (z. B. dialysepflichtige Phase-B-Patientinnen und -Patienten) erfordert das Vorhandensein zusätzlicher spezifischer Ausstattungs- und Leistungsmerkmale. Orthopädie und Unfallchirurgie: Im Krankenhausplan 2020 werden insbesondere wegen ihrer Bedeutung für die Sicherstellung der Notfallversorgung die Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie ausgewiesen. Der Ausweis erfordert die Erfüllung bestimmter Kriterien und erfolgt nicht abschließend. Als Kriterien werden zugrunde gelegt: • Notfallkrankenhaus oder Notfallzentrum gemäß Krankenhausplan • ordnungsbehördlich genehmigte Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie • ausreichende personelle Besetzung, die eine zeitlich uneingeschränkte Beteiligung an der Notfallversorgung gewährleistet • erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung auch außerhalb der normalen Arbeitszeit und am Wochenende (siehe unten). Tumormedizin: Mit dem Konzept zur Ausweisung von onkologischen Zentren und Schwerpunkten setzt der Krankenhausplan 2020 den im Jahr 2018 entwickelten und vom G-BA zum 01.01.2020 zwischenzeitlich ebenfalls beschrittenen Weg der Strukturvorgaben für die Behandlung von Menschen mit Krebserkrankungen konsequent fort. Im Hinblick auf die Neuordnung der Bestimmung onkologischer Schwerpunkte werden die noch im Krankenhausplan 2016 enthaltenen Vorgaben zur Ausweisung von Krankenhäusern mit tumormedizinischem Schwerpunkt aufgegeben. Darüber hinaus gibt es Behandlungsaufgaben bei Krebserkrankungen, bei denen die Zentralisierung in nur wenigen Krankenhäusern besonders wünschenswert ist. Hierzu gehören insbesondere die Stammzelltransplantationen, die Krebsbehandlung bei Kindern und die Behandlung von Augentumoren. Die Behandlung dieser Krebserkrankungen erfolgt in Berlin an besonders spezialisierten Krankenhäusern. Erkrankungen der Atmungsorgane: Abteilungen für Pneumologie als Subdisziplin der Inneren Medizin werden im Krankenhausplan 2020 ausgewiesen, sofern sie die Voraussetzung einer personellen Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung (Abteilung unter fachärztlicher Leitung, insgesamt mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie) erfüllen.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Weiterhin sollten Operationen höheren Schweregrades in Krankenhäusern mit Abteilungen für Thoraxchirurgie konzentriert werden. Deshalb werden Abteilungen für Thoraxchirurgie im Krankenhausplans 2016 nur an Krankenhäusern ausgewiesen, die eine ordnungsbehördlich genehmigte, fachärztlich geleitete Abteilung mit mindestens zwei in Vollzeit tätigen Fachärztinnen oder -ärzten für Thoraxchirurgie führen und den Orientierungswert von 300 Operationen bei schwerwiegenden Diagnosen (insbesondere bei bösartigen Neubildungen der Lunge, Pyothorax und Pneumothorax) im Jahr erreichen. Beatmungsentwöhnung/Weaning: Die Ausweisung von Weaningeinheiten im Krankenhausplan erfolgt qualitativ, d.h. nicht abschließend, wenn die im Folgenden aufgeführten Qualitätsanforderungen erfüllt werden: <u>Personelle Ausstattung:</u> • Das ärztliche und nichtärztliche Personal der Einheiten für prolongiertes Weaning muss intensivmedizinische Erfahrung, Erfahrung in der Entwöhnung von der invasiven Beatmung, aber auch Expertise in der nicht invasiven und außerklinischen Beatmung haben. • Da pneumologische Erkrankungen in etwa 50 % für eine Langzeitbeatmung ursächlich sind, jedoch auch viele andere Erkrankungen vorliegen können, ist sowohl eine Interdisziplinarität des Behandlungsteams als auch eine unmittelbare Verfügbarkeit verschiedener akutmedizinisch relevanter Fachgebiete wichtig. • Eine Präsenz von intensiv- und beatmungsmungsmedizinisch erfahrenem Personal in den Einheiten für prolongiertes Weaning muss rund um die Uhr gegeben sein. • Die ärztliche Leitung der Einheit für prolongiertes Weaning muss eine mehrjährige Erfahrung im prolongierten Weaning, in der nichtinvasiven Beatmung und Erfahrung in der außerklinischen Beatmung besitzen, und entweder Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ oder Facharzt für „Innere Medizin und Pneumologie“ sein. <u>Krankenhausstruktur und räumliche sowie technische Ausstattung:</u> • Die spezialisierte Einheit für prolongiertes Weaning kann sich entweder in einem separaten Bereich auf einer Intensivstation befinden, oder auf einer räumlich getrennten speziellen Weaningstation. Die Einheit für prolongiertes Weaning muss mindestens 10 Betten umfassen. • Unabhängig von der räumlichen Struktur muss die jeweils notwendige spezielle intensivmedizinische und beatmungstherapeutische Kompetenz, sowie die personelle und technische Mindestausstattung vorgehalten werden. Insbesondere ist zu beachten, dass die baulichen Gegebenheiten eine Anpassung an

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	den Tag/Nacht-Rhythmus der Patienten und den Lärmschutz im Patientenzimmer gewährleisten. <u>Prozessqualität:</u> • Es müssen mindestens 40 Weaningpatienten der Gruppe 3 (prolongiertes Weaning) pro Kalenderjahr behandelt werden. • Eine Überleitung eines invasiv beatmeten Patienten in die Häuslichkeit kann erst erfolgen, wenn alle Möglichkeiten der Entwöhnung ausgeschöpft wurden, inklusive der Prüfung einer Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung, es sich um einen stabilen Krankheitszustand handelt, und alle organisatorischen Voraussetzungen für eine Überleitung sichergestellt wurden. • Da Patientinnen und Patienten sowohl mit invasiver als auch mit nichtinvasiver außerklinischer Beatmung regelmäßig Kontrolluntersuchungen zur Überprüfung der Therapieziele und des gegebenenfalls langfristigen Weaningpotentials durchführen lassen müssen, sollten Kliniken mit Einheiten für prolongiertes Weaning auch Behandlungskapazitäten für diese Patienten haben. Zudem gibt es derzeit für Patienten mit invasiver außerklinischer Beatmung in den meisten Fällen keine strukturierte ambulante ärztliche Versorgung mit entsprechender Beatmungskompetenz. Darüber hinaus ist die ausreichende Vergütung dieser komplexen Behandlungsfälle nicht durchgängig gewährleistet. Die Expertenzentren für prolongiertes Weaning mit ihrer Expertise in außerklinischer Beatmung sollten daher im Sinne eines sektorenübergreifenden Betreuungsnetzwerks Ansprechpartner für Einrichtungen der außerklinischen Beatmungspflege und niedergelassene Ärzte sein. <u>Konzeption:</u> Weiterhin muss ein Konzept zum Betreiben einer Einheit für prolongiertes Weaning vorliegen, welches im Wesentlichen die bereits vorhandenen Kriterien der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin) zur räumlichen, technischen und personellen Ausstattung sowie zur Prozessqualität erfüllen sollte. Darüber hinaus sollen dem Konzept die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zum Thema prolongiertes Weaning und außerklinische Beatmung zugrunde liegen. <i>Versorgung von Kindern und Jugendlichen:</i> Zur Sicherung der Qualität der stationären Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher wird auf das Siegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ verwiesen. Kliniken, die dieses Siegel tragen, erfüllen Qualitätskriterien, die unter www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de einzusehen sind.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	- <u>Perinatal- und Neonatalversorgung</u> Die Qualitätsvorgaben in der perinatologischen Versorgung, speziell die Anforderungen an Perinatale Schwerpunkte und Zentren, richten sich nach den Vorgaben des G-BA. Die Anerkennung in der jeweiligen Versorgungsstufe erfolgt im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen. Auf krankenhauplanerische Festlegungen zu den Standorten der Perinatalzentren und Perinatalen Schwerpunkte wird verzichtet. Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Die Krankenhausplanung orientiert sich „am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, integrierten Versorgungssystems“. Die in diesem Versorgungssystem zu erbringenden Leistungen sind von den Leistungsanbietern, den Kostenträgern und dem jeweiligen Bezirk weiterzuentwickeln und aufeinander zu beziehen. Die regionalisierte Pflichtversorgung umfasst psychiatrische, psychotherapeutische und Leistungen der psychosomatischen Medizin. Eine weitere Differenzierung nach Schwerpunkten (z. B. Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht) oder Krankheitsbildern erfolgt seitens der Krankenhausplanung nicht. Diese Differenzierungen sind, abgestimmt auf die Besonderheiten der jeweiligen Pflichtversorgungsregion, durch den Krankenhausträger unter Einbeziehung der Kostenträger und der Bezirke vorzunehmen. Zur Grundausstattung der Zentren für Psychische Gesundheit mit Pflichtversorgung zählt eine Institutsambulanz, die das Leistungsspektrum entsprechend der Institutsambulanzvereinbarung nach § 118 Abs. 2 SGB V abdeckt. Ergänzend werden für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie folgende Qualitätsempfehlungen festgelegt: • Psych-PV bzw. Mindestvorgaben des G-BA sind einzuhalten. • Therapien orientieren sich an den jeweils aktuellsten wissenschaftlichen Richt- und Leitlinien. • Gemeindepsychiatrischen Leitlinien folgend, unter Einbezug psychosomatischer Behandlungsangebote im Rahmen der Pflichtversorgung. • Abbau von 4-Bett-Zimmern wird angestrebt; 2-Bett-Zimmer sind erwünscht. • Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern ist erwünscht. • Behandlungskonzepte sollen Recovery- und Ressourcenorientierung enthalten. • Trialogische Besetzung in Gremien für klinikinterne Belange ist erwünscht.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Transplantationsmedizin: Nach § 10 Abs. 1 Transplantationsgesetz (TPG) müssen Transplantationszentren für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender durch Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan zugelassen werden. Um die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen nach dem TPG abzusichern wird der jeweilige Feststellungsbescheid neben der Zulassungsentscheidung – die auf die Übertragung bestimmter Organe bezogen ist – auch Auflagen enthalten, deren Erfüllung regelmäßig überprüft werden kann. Zu den Auflagen gehören u. a. die Einrichtung einer interdisziplinären Transplantationskonferenz und die Gewährleistung eines Sechsaugenprinzips für alle Entscheidungen zur Aufnahme in die Wartelisten und deren Führung sowie Dokumentations- und Berichtspflichten. Außerdem ist die Qualifikation der am Transplantationsgeschehen beteiligten Mitarbeiter/innen gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen. Fachkonzept Zentren: Ende 2018 wurde vom Land ein Fachkonzept zur Ausweisung von besonderen Aufgaben von Zentren im Land Berlin zunächst für Onkologische Zentren, Lungenzentren und Zentren für seltene Erkrankungen veröffentlicht. (https://www.berlin.de/sen/gesundheit/assets/themen/stationaere-versorgung/zentrumskonzept-berlin.pdf).
Brandenburg	Der Vierte Brandenburger Krankenhausplan weist darauf hin, dass die Qualität der Krankenhausversorgung ein wichtiges Zielkriterium der Krankenhausplanung ist, das mit den weiteren Zielkriterien in eine bestmögliche Abstimmung zu bringen ist. Dies gilt insbesondere für die Zielsetzung der „regional ausgeglichenen Versorgung“, oft auch als „flächendeckende Versorgung“ bezeichnet. Der Krankenhausplan enthält für verschiedene Fachgebiete differenzierte Vorgaben mit der Zielstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung, beispielsweise in der Geriatrie und im Fachgebiet psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Den Ausführungen zu diesen Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan ist jeweils zu entnehmen, ob es sich bei der Vorgabe um eine solche handelt, die bereits auf der ersten Entscheidungsstufe für das „Ob“ der Aufnahme in den Krankenhausplan maßgeblich ist oder ob das Qualitätskriterium erst auf der zweiten Entscheidungsstufe bei der Auswahl zwischen mehreren bedarfsgerechten und leistungsfähigen Krankenhäusern eine Rolle spielt.
Bremen	Trotz der im BremKrhG § 5 Abs. 2 und § 31 Abs. 3 enthaltenen Möglichkeit der Festsetzung von Qualitätsvorgaben, enthält der Krankenhausplan bisher noch keine konkreten Qualitätskriterien / -festlegungen. Das BremKrhG enthält indes zahlreiche Vorgaben zur Einhaltung von Qualitätsstandards, die die Aufnahme eines Krankenhauses in den

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Krankenhausplan bedingen. Dazu zählen die Sicherung und Gewährleistung einer durchgängig bedarfsgerechten ärztlichen und pflegerischen Versorgung für das jeweilige Gebiet, einschließlich eines bei der Patientenbehandlung vorgesehenen disziplinrelevanten Facharztstandards. Weitere Qualitätsvorgaben sind neben der Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte und der Befugniserteilung des leitenden Arztes zur Weiterbildung im Umfang der angebotenen Leistungen der betreffenden Klinik durch die Ärztekammer Bremen, die Vorhaltung eines Qualitätsbeauftragten in jedem Krankenhaus sowie die Einhaltung von Maßnahmen der Qualitätssicherung nach dem SGB V.
Hamburg	Gemäß § 15a HmbKHG müssen die Krankenhäuser die Einhaltung der Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan bestätigen. Gemäß § 6b HmbKHG können ergänzende Qualitätsanforderungen auf Landesebene festgelegt werden. Mit der Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans sind Qualitätsanforderungen für die Neurochirurgie gemäß § 6b Abs. 2 in Kraft getreten. Qualitätsanforderungen für die Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie und Thoraxchirurgie gem. HmbQualiVO traten zum 01. Juli 2018 in Kraft. Für folgende Versorgungsbereiche enthält der Krankenhausplan bereits Qualitätsaspekte: Herzinfarktversorgung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt dürfen vom Hamburger Rettungsdienst nur in Krankenhäuser gebracht werden, die über einen rund um die Uhr einsatzbereiten Linksherzkathetermessplatz verfügen. Zeitfenster bei ST-Hebung 120 Minuten von Alarm bis Intervention. Schlaganfallversorgung: Patientinnen und Patienten mit Schlaganfallsymptomen dürfen vom Hamburger Rettungsdienst innerhalb der ersten 24 Stunden nach Auftreten der Symptome nur in Krankenhäuser mit Stroke-Unit (zertifiziert, in Zertifizierung befindlich, Strukturmerkmale für eine Zertifizierung sind erfüllt) gebracht werden. Geriatrische Versorgung / Ausbau der Altersmedizin: Sicherstellung der wohnortnahen geriatrischen Versorgung mit Struktur- und Prozessqualitätselementen. Frührehabilitation: Sicherstellung der wohnortnahen frührehabilitativen Versorgung im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation durch sinnvolle Verteilung der Versorgungsangebote über das Stadtgebiet.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Kindgerechte Krankenhausversorgung: Verankerung der kindgerechten Krankenhausversorgung durch gesetzliche Regelung (Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG)): grundsätzlich sollen Kinder in Kinderkrankenhäusern oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychosomatik versorgt werden. Im Rahmen seiner Möglichkeiten soll das Krankenhaus die Mitaufnahme einer Begleitperson ermöglichen sowie bei längerem Aufenthalt in Zusammenarbeit mit der zuständigen Behörde die pädagogische Betreuung unterstützen. Psychiatrische Versorgung: Sicherstellung der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie und Psychotherapie durch sektorisierte dezentrale Versorgung und Beileihung zur Unterbringung nach HmbPsychKG.
Hessen	Nach § 1 HKHG 2011 ist es Ziel des Gesetzes, in Hessen eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen. Auch § 19 Abs. 1 Satz 2 HKHG 2011 verlangt die Berücksichtigung bundesrechtlicher Qualitätsindikatoren in krankenhausesplanerischen Auswahlprozessen. Die jeweils durch den G-BA festgesetzten, gültigen planungsrelevanten Indikatoren werden durch eine dynamische Verweisung zum Inhalt des Feststellungsbescheides jedes Krankenhauses. Mindestmengen werden nach den gesetzlichen Regelungen für planbare Leistungen festgelegt, deren Qualität von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Darüber hinaus werden ausgewählten Krankenhäusern vom HMSI besondere Aufgaben nach § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 zugewiesen. Für die Erteilung einer besonderen Aufgabe ist grundsätzlich Voraussetzung ein vom Landeskrankenhauseausschuss beschlossenes und ggfs. weiterentwickeltes Fachkonzept, das Gegenstand des Krankenhausplanes wird. Besondere Aufgabe im Sinne des § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 sind: • Koordinierende onkologische Zentren nach den Vorgaben des Hessischen Onkologie-Konzepts. Hierzu gehören auch die kinder-onkologischen Zentren, • Einrichtungen zur Versorgung von Schwerbrandverletzten, • Perinatalzentren, • Zentrum für hyperbare Notfall- und Intensivmedizin, • Isoliereinheit für hoch kontagiöse Infektionskrankheiten sowie • Transplantationszentren. Weiterer Bestandteil des Hessischen Krankenhausplanes 2020 sind die bestehenden Fachkonzepte. Folgende Fachkonzepte mit Qualitäts-

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	und Strukturvorgaben sind geplant bzw. in der Überarbeitung und enthalten Qualitätsanforderungen: - Onkologiekonzept - Geriatriekonzept - Schlaganfallkonzept - Psychosomatikkonzept Anwendung der Plan-QI
Mecklenburg-Vorpommern	Zentren nach G-BA: Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen des G-BA, wird auf Antrag des Krankenhauses die Landesplanungsbehörde das Versorgungsangebot insbesondere die Kriterien gemäß den Abschnitten 3 und 4 des Krankenhausplans prüfen. Wenn festgestellt wird, dass ein Bedarf vorhanden ist, kann dem Krankenhaus der Versorgungsauftrag über konkrete besondere Aufgaben übertragen werden. Die Ausweisung von Zentren nach Zentrums-Regelungen des G-BA erfolgt in Kapitel 10. Krankenhausplanerischer Begriff des Zentrums: Die Krankenhausplanungsbehörde Mecklenburg-Vorpommern differenziert zwischen dem krankenhauserplanerischen Begriff des Zentrums und dem entgeltrechtlichen Begriff des Zentrums im Sinne des KHEntgG. Eine Beschränkung des krankenhauserplanerischen Inhalts des Zentrums auf den entgeltrechtlichen Inhalt ist nicht zielführend, weil damit die Krankenhausplanung von der Weiterentwicklung des Vergütungssystems, insbesondere der DRG, abhängig würde. Endete die Zuschlagsfähigkeit von bestimmten Leistungen, dann endete zugleich die Zentrumseigenschaft eines Krankenhauses. Dies würde eine berechenbare, vorausschauende Krankenhausplanung deutlich erschweren. Vielmehr dient die Ausweisung der Zentren im Krankenhausplan der transparenten Darstellung und Optimierung des Leistungsangebotes sowie der Bündelung der im Land vorgehaltenen Expertise. Die Krankenhausplanung ist insoweit auch Ausdruck des politischen Gestaltungswillens der Krankenhausplanungsbehörde. Der Krankenhausplan enthält für die folgenden Bereiche Qualitätsanforderungen: Onkologische Zentren Auswahlkriterien: Die Planungsbehörde orientiert sich bei den Anforderungen an onkologische Zentren im Sinne der Krankenhausplanung an den Kriterien der

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Deutschen Krebshilfe für Cancer Center/Onkologische Zentren (CC), im Besonderen: • fachübergreifende interdisziplinäre Onkologie für Tumorerkrankungen mit zentraler Anlaufstelle für Krebspatientinnen und -patienten, • enge Zusammenarbeit mit den regionalen onkologischen Versorgern aus dem stationären und ambulanten Bereich, • Einrichtung von regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Konferenzen („Tumor Boards“) und Tumorsprechstunden, • Entwicklung und/oder überregionale Umsetzung von Behandlungspfaden im Sinne von Leitlinien und Netzwerk-SOP (onkologisch und palliativ), • Aufnahme von Patientinnen und Patienten in klinische Studien, • Nachweis eines Qualitätssicherungssystems, • psychoonkologische und palliative Versorgung und palliative SOP, • Einbindung von Krebselbsthilfeorganisationen, • Sozialberatung und Patienteninformation, • elektronisches Dokumentationssystem für eine institutionen- und standortübergreifende Datennutzung, • Vorhaltung von zentrumsbestimmenden Versorgungsbereichen (zwingend hierbei: Radiologie und ein palliativmedizinisches Angebot), • 24h-Verfügbarkeit an onkologisch-fachärztlicher Kompetenz in den zentrumsbestimmenden Versorgungsbereichen. Konkretisierung der grundsätzlichen Anforderungen der Ausweisung von Onkologischen Zentren in Mecklenburg-Vorpommern • Nachweis über eine Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Onkologisches Zentrum mit mindestens vier zertifizierten Organkrebszentren (Entitäten) und • Krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung im Rahmen eines sektorenübergreifenden Netzwerkes (der Nachweis erfolgt mit schriftlichen Kooperationsverträgen mit mindestens fünf Krankenhäusern vorwiegend aus Mecklenburg-Vorpommern sowie weiteren sektorenübergreifenden Partnern). Besondere Aufgaben: Regelmäßig stattfindende, interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: • Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, • Durchführung von Tumorboards, • Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärztinnen und Ärzten

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	anderer Krankenhäuser, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist, • Unterstützung der klinischen Krebsregistrierung und ihrer Nutzung, • regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (unentgeltliches Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen, • Vorlage eines Veranstaltungsplans für das laufende Jahr unter Federführung des Zentrums sowie Inhaltsbeschreibung mit erkennbarem Teilnehmerkreis unter Einbeziehung externer Referenten. Themenfelder sollen Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge sowie Forschung und Lehre (FuL) umfassen und deutlich einen sektoren-, berufsgruppen- und fachabteilungsübergreifenden Fokus herausstellen. Fort- und Weiterbildungen müssen von den gängigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen abweichen, d.h. Zentrumsfort- und -weiterbildungen müssen nachweislich über die gängigen Fort- und Weiterbildungsangebote (zuständige Ärztekammer sowie Angebote dritter Leistungserbringer) hinausgehen, • Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientendaten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen, • Management eines Netzwerkes von Krankenhäusern. Das Management eines zentrumsbezogenen und sektorenübergreifenden Netzwerkes umfasst eine Vielzahl an trägerübergreifenden Krankenhäusern sowie weiteren Kooperationspartnern aus dem ambulanten, pflegerischen und dem Rehabilitationsbereich. Ein Zentrum beteiligt sich an Forschung und Lehre, der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien und der ganzheitlichen sektorenübergreifenden Patientenversorgung, • Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationsanforderungen in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung (Psychoonkologie), • Zusammen mit anderen Aufgaben: Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von SOP für spezifische Versorgungsprozesse, • Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an einzelnen Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen Onkologie, Psychoonkologie und Palliativmedizin, • Zweitmeinungsverfahren für kooperierende Krankenhäuser, • Standardisierte Weiterempfehlung von Patientinnen und Patienten in Fällen, die schwerpunktmäßig nicht

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	zentrumsbegründende Fachgebiete betreffen. Vorlage eines schriftlich niedergelegten, transparenten, nachvollziehbaren und verbindlichen Weiterempfehlungsverfahrens. Regelmäßiger transparenter Nachweis der gelebten standardisierten Weiterleitungsprozesse an andere Leistungserbringer und gegenüber der Krankenhausplanungsbehörde. Pädiatrische Zentren Die Zentren für Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern nehmen überörtliche und krankenhausübergreifende Aufgaben wahr. In jeder der Planungsregionen (siehe Punkt 4.2) soll ein Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin arbeiten. Zur Aufgabenstellung der Zentren für Kinder- und Jugendmedizin zählt insbesondere die Bildung von Netzwerken mit anderen Plankrankenhäusern mit und ohne eigene Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und ggf. weiteren medizinischen Leistungserbringern, auch sektorenübergreifend, auf Grundlage von Kooperationsvereinbarungen. Auswahlkriterien: Um die besonderen Aufgaben als Zentrum zugewiesen zu bekommen, müssen besondere Auswahlkriterien erfüllt sein, um als Kompetenz- und Behandlungszentrum für Kinder- und Jugendmedizin zu gelten. Sie beziehen sich auf die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an den Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen sowie der entsprechenden Ausstattung. Dies ist das Vorhandensein einer • Kinderintensivmedizin • Kinderchirurgie (Fachärztin oder -arzt) und darüber hinaus mindestens 6 der nachfolgend benannten Strukturmerkmale (Fachabteilungen/Gebiete/Schwerpunkte/Zusatz-Weiterbildungen – WBO) Schwerpunkte in der Kinder- und Jugendmedizin • Neonatologie • Hämatologie und Onkologie • Neuropädiatrie • Kardiologie • Gastroenterologie • Endokrinologie und Diabetologie • Nephrologie • Rheumatologie • Pulmologie incl. Mukoviszidosebehandlung

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Darüber hinaus • Kinderallergologie • Kinderpalliativversorgung • Kinderschmerzmedizin • Kinderschlafmedizin Die Klinik verfügt darüber hinaus über eine telemedizinische Anbindung zu den Kooperationspartnern und ist 24 Stunden am Tag fachärztlich besetzt, um den Kooperationspartnern zur Verfügung zu stehen sowie überregionale Aufgaben wahrzunehmen. Die krankenhaushübergreifenden Aufgaben im Rahmen eines Netzwerkes werden durch die Kooperation der Zentren • untereinander, • mit Krankenhäusern mit pädiatrischer Fachabteilung, mindestens aus der jeweiligen Planungsregion, • mit den an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern der jeweiligen Planungsregion, • sowie mit weiteren, auch sektorenübergreifenden, Partnern wahrgenommen. Zu allen genannten Formen der Kooperation sind schriftliche Vereinbarungen abzuschließen. Besondere Aufgaben: Den Zentren sind besondere Aufgaben zuzuweisen. Sie setzen definierte Strukturmerkmale und Expertisen voraus. Für die Strukturqualität ist als Mindeststandard das von den Fachgesellschaften konsentiierte Anforderungsprofil für die GKiND-Zertifizierung „Ausgezeichnet. Für Kinder“ nachzuweisen. Die besonderen Aufgabenstellungen sind grundsätzlich für alle Zentren anzuwenden. Diese allgemeinen besonderen Aufgaben beschreiben das Netzwerkmanagement des Zentrums und umfassen folgende Themen: • Angebot interdisziplinärer Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, • Bereitstellung gebündelter Fachexpertise für die Netzwerkpartner, • Netzwerk Telemedizin, Telepädiatrie-Angebote für Netzwerkpartner, • regelmäßiger und rascher Datenaustausch mit Mitbehandlern, • Erarbeitung von Behandlungskonzepten und -pfaden (SOP) für chronisch kranke Kinder und Jugendliche entsprechend der speziellen Expertise vor Ort, • Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (unentgeltliches Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen. Vorlage eines Veranstaltungsplans für das laufende Jahr unter Federführung des Zentrums sowie

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Inhaltsbeschreibung mit erkennbarem Teilnehmerkreis unter Einbeziehung externer Referentinnen und Referenten; Themenfelder sollen Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge sowie FuL umfassen und deutlich einen sektoren-, berufsgruppen- und fachabteilungsübergreifenden Fokus herausstellen; Fort- und Weiterbildungen müssen von den gängigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen abweichen, d. h. Zentrumsfort- und Weiterbildungen müssen nachweislich darüber hinausgehen und sich von der Fortbildungsverordnung der zuständigen Ärztekammer sowie Angeboten Dritter Leistungserbringer abgrenzen, • durch Etablierung entsprechender Formate für das Netzwerk, • Unterstützung von Eltern- und Selbsthilfearbeit durch Bereitstellung von verständlichen Fachinformationen (insbesondere zu den zugewiesenen fachspezifischen Aufgaben), • geregelte Zusammenarbeit mit der Kinderchirurgie, • für die pädiatrische Weiterbildung ist ein Weiterbildungsverbund zu errichten, • Einbindung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie von Medizinstudentinnen und -studenten in die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, um Kompetenz und Interesse für die Pädiatrie auch außerhalb der Facharztweiterbildung zu stärken, • Qualifizierung von Fachärztinnen und -ärzten für die spezialfachärztliche Versorgung, Organisation der Aus- und Weiterbildung von spezialisierten Pflegekräften. Die speziellen besonderen Aufgaben können folgende Leistungen des Zentrums einschließen: • tagesklinische und ambulante spezialärztliche Angebote, • Tracking bei chronisch kranken Kindern, • Einbindung in Studien. <u>Nähere Erläuterung der Kooperations- und Qualitätssicherungsaufgaben des Netzwerkes Telemedizin in der pädiatrischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern</u> Durch den Rückgang der Zahl der Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern und durch Probleme bei der Besetzung von Stellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich gibt es, insbesondere in ländlichen Regionen, zunehmend Schwierigkeiten bei der Sicherstellung einer flächendeckenden pädiatrischen Versorgung in guter Qualität. In manchen Regionen entstehen in der Konsequenz sehr große Einzugsregionen der Leistungserbringer und große Entfernungen für die Patientinnen und Patienten. Um den Facharztstandard auch in ländlichen Regionen zu sichern, bietet die Nutzung telemedizinischer Konzepte große Potentiale.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Telemedizin ist die Anwendung diagnostischer und therapeutischer Methoden unter Überbrückung einer räumlichen Distanz zwischen Leistungserbringer (z. B. Ärztin/Arzt oder Therapeutin/Therapeut, Pflegekraft) und Patientinnen und Patienten oder zwischen zwei einander konsultierenden Leistungserbringern mittels Telekommunikation. Es gibt verschiedene Szenarien, in denen der Einsatz telemedizinischer Funktionalitäten sinnvoll sein kann. Beispiele sind: • Monitoring relevanter Parameter bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten, • Unterstützung bei der Akutversorgung, • Vermeidung von Behandlungsbrüchen, insbesondere bei Übergängen zwischen Sektoren z. B. nach Krankenhausentlassung. In Krankenhäusern ohne Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin werden insbesondere in der Notfallaufnahme regelmäßig Kinder und Jugendliche behandelt. Diese Krankenhäuser sollen telemedizinisch unterstützt werden durch Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin. Mit einer Triage kann in einer standardisierten Weise die Dringlichkeit eines Falls eingeschätzt werden. Bei einer telemedizinischen Triage wird diese Einschätzung über Videokonferenz durch eine Kinder- und Jugendärztin oder einen Kinder- und Jugendarzt in einem Krankenhaus mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin unterstützt. Ergebnis der Triage ist eine Dringlichkeitsstufe, die die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt vor Ort in die Lage versetzt, eine Entscheidung über die weitere Behandlung zu treffen z. B. Behandlung vor Ort, Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein Krankenhaus mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, Weiterbehandlung durch eine niedergelassene Kinder- und Jugendärztin oder einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt. Wenn bei der Behandlung von Kindern vor Ort fachpädiatrische Unterstützung notwendig ist, können telemedizinische Konsile mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt werden. Mit einer telemedizinischen Unterstützung können kleine Krankenhäuser ohne pädiatrische Fachabteilung bei der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen fachärztlich unterstützt werden. Die personellen und fachlichen Anforderungen können auf diese Weise auch in Regionen ohne stationäre pädiatrische Leistungserbringer gewährleistet werden. Die Kinder- und Jugendmedizin hat eine Reihe von hochspezialisierten Subbereichen. Die Spezialisierungen können häufig nicht von kleineren Fachabteilungen vorgehalten werden. Mit Hilfe von telemedizinischen Konsilien können Kompetenzen der pädiatrischen Subspezialisierungen auch in kleineren Krankenhäusern angeboten werden.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	In der ambulanten Versorgung wird eine zunehmend große Anzahl von Kindern und Jugendlichen durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt betreut. Mit einer telemedizinischen Verbindung zu einer kinder- und jugendmedizinischen Praxis oder einer entsprechenden Fachabteilung in einem Krankenhaus können Hausärztinnen und Hausärzte bei der pädiatrischen Versorgung unterstützt und pädiatrische Kompetenz auch in Regionen mit wenigen Praxen für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet werden. Es können sowohl Konsile zwischen den Leistungserbringern als auch direkte Kontakte zwischen Fachärztin oder -arzt und der Patientin oder dem Patienten (die/der sich in der Hausarztpraxis befindet) durchgeführt werden. Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie haben aus den Praxisräumen heraus die Möglichkeit zur spezialfachärztlichen Vorstellung ihrer Patientinnen und Patienten in Analogie zur kinderfachärztlichen Unterstützung im stationären Bereich. Weitere Anwendungen ergeben sich bei der Betreuung chronisch kranker Kinder in der Häuslichkeit, durch telemedizinisches Monitoring relevanter Vitalparameter, durch telemedizinische Visiten und Verlaufskontrollen in der Häuslichkeit. Traumazentren Auswahlkriterien: Traumanetzwerk Mecklenburg-Vorpommern Grundlagen des Traumanetzwerkkonzepts sind die im „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“, das derzeit in der 3. Überarbeitung vorliegt, festgehaltenen flächendeckend gültigen und überprüfbaren Versorgungs- und Qualitätsstandards. An der Initiative Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) nehmen nach Angaben der DGU derzeit 677 Kliniken aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und Luxemburg teil. Die Kliniken haben sich regional und grenzüberschreitend zu 53 zertifizierten Traumanetzwerken zusammengeschlossen. Für die Struktur der Kliniken wurden im Weißbuch drei Versorgungsstufen definiert, die mit speziellen Struktur- und Prozessmerkmalen sowie Kennzahlen hinterlegt wurden: lokale Traumazentren, regionale Traumazentren und überregionale Traumazentren. Um sich zu einem TraumaNetzwerk DGU® zusammenzuschließen, sind mindestens fünf Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen notwendig, die unter mindestens einem überregionalen Traumazentrum regional vernetzt zusammenarbeiten. Neben der Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität in der Versorgung von Schwerverletzten jeder einzelnen Klinik wird eine enge organisatorische und fachliche Kooperation der Kliniken gefordert (z. B. Regelung der Zu- und

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Rückverlegung von Schwerverletzten, gemeinsame Qualitätszirkel, definierte Kommunikation mit Rettungsdiensten und teilnehmenden Kliniken), die in einem Kooperationsvertrag festgelegt wird. Besondere Aufgaben: Neben der Optimierung der Versorgungskette vom Unfallort bis zur Wiedereingliederung und der Sicherstellung einer flächendeckend hohen Versorgungsqualität für Schwerverletzte an jedem Ort und zu jeder Zeit, soll die Weiterentwicklung des in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund der Initiativen der beteiligten Einrichtungen bestehenden Traumanetzwerks der Förderung der fachspezifischen internen und externen Qualitätssicherung und der Patientensicherheit dienen. Zugleich dient dies dem auf medizinischen und ökonomischen Notwendigkeiten und Entwicklungen gründenden optimierten Ressourceneinsatz. Das Traumaregister der DGU ist weltweit ein Alleinstellungsmerkmal für die umfängliche Erfassung des individuellen Behandlungsverlaufes des Schwerstverletzten und umfasst eine Reihe von Qualitätsindikatoren der Traumaversorgung, die in den Qualitätszirkeln des Traumanetzwerks, u. a. im Sinn des Benchmarkings, regelmäßig diskutiert werden. Die Eingabe in das Traumaregister ist für alle am Traumanetzwerk partizipierenden Einrichtungen verpflichtend. Die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Qualitätszirkel (min. zwei p.a.) erfüllen somit eine wesentliche Indikatorfunktion für den aktuellen Status und Trends in der landesweiten Schwerverletztenversorgung. • Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen als kostenloses Angebot, die der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und der differenzierten Behandlungsmöglichkeiten dienen. Für die Behandlung des Polytraumatisierten/Schwerverletzten liegt mittlerweile eine S3-Leitlinie (AWMF Registernummer 012/019) vor, die u. a. die vulnerablen Phasen der präklinischen und der Schockraumphase umfasst und weiter aktualisiert wird. Daneben werden sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hinsichtlich ihres Evidenzgrades unterlegt. • Das Traumanetzwerk Mecklenburg-Vorpommern ist im Speziellen in die Erarbeitung von Behandlungspfaden und Erstellung von SOP für spezifische Versorgungsprozesse integriert. • In diesem Rahmen erfolgt letztendlich auch das Management des Netzwerkes von Krankenhäusern, die zum einen die Zentrumsstrukturen vorhalten (Abstimmung untereinander, SOP, Fortbildungen), zum anderen auch diejenigen, die auf die spezielle Expertise zurückgreifen (Fallbezogene Unterstützung). Für die Regionen managen die Zentren dann die übrigen Krankenhäuser bei der Behandlung von Schwerstverletzten.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher technischer Angebote an einzelnen Standorten. Die nachfolgend genannten Standorte inkludieren jeweils sämtliche Fachdisziplinen, die für die Versorgung des Schwerverletzten interdisziplinär interagieren. Dies bedeutet auch die 24/7-Bereitstellung von interventionellen Verfahren, die seitens Gerätetechnik und Expertise nur an Zentren zur Verfügung stehen (z. B. interventionelle Angiographie, die minimal-invasive endovaskuläre Stentversorgung bei Verletzungen der großen stammnahen Gefäße etc.). • Das landesweite Traumanetzwerk Mecklenburg-Vorpommern etablierte sich bereits in 2007 als eines der ersten Traumanetzwerke in Deutschland, mittlerweile haben zahlreiche Teilnehmer den dritten Re-Auditprozess erfolgreich durchlaufen. Dieser Nachweis ist unaufgefordert dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium vorzulegen. Das wesentliche Merkmal eines Zentrums ist die Doppelfunktion als Versorgungsschwerpunkt und als Leiteinrichtung mit Koordinierungsfunktion. Die Koordinierungsfunktion soll federführend vom Zentrum wahrgenommen werden. Voraussetzung hierfür ist eine Zertifizierung als überregionales Traumazentrum durch die DGU, beraten durch die Gremien Beirat und Ausschuss Traumanetzwerk bzw. den Arbeitskreis Umsetzung Traumanetzwerk der DGU, in der Organisation unterstützt durch die Akademie für Unfallchirurgie, Geschäftsstelle Netzwerke und Versorgungsstrukturen und von einem unabhängigen Zertifizierungsunternehmen (Cert iQ). Die aktuelle Karte der Netzwerkmitglieder, also der überregionalen aber auch der regionalen und lokalen Traumanetzwerkpartner, kann im Internet auf der Seite des Traumanetzwerks aufgesucht werden. Die entsprechenden Kliniken sind im Krankenhausplan festgelegt Herzmedizinische Zentren: In den Planungsregionen I und II für den westlichen und den Planungsregionen III und IV für den östlichen Landesteil soll je ein Herzmedizinisches Zentrum gebildet werden. Die Herzmedizinischen Zentren bündeln kardiologische und herzchirurgische Kompetenz. Sie nehmen überörtliche und krankenhausübergreifende Aufgaben wahr. Auswahlkriterien: Um die besonderen Aufgaben als Zentrum zugewiesen zu bekommen, müssen besondere Auswahlkriterien erfüllt sein. Diese beziehen sich auf die Vorhaltung und Konzentration außergewöhnlicher, an den Standorten vorhandener Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen sowie der entsprechenden Ausstattung.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Dies ist das Vorhandensein einer • Kardiologischen Kompetenz • Fachabteilung Herzchirurgie Die Klinik verfügt darüber hinaus über eine telemedizinische Anbindung zu den Kooperationspartnern und ist 24 Stunden am Tag fachärztlich besetzt, um den Kooperationspartnern zur Verfügung zu stehen sowie überregionale Aufgaben wahrzunehmen. Die krankenhausübergreifenden Aufgaben im Rahmen eines Netzwerkes werden durch die Kooperation der beiden Zentren untereinander, • mit Krankenhäusern, min. aus der jeweiligen Planungsregionen, • mit den an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern der jeweiligen Planungsregionen, • sowie mit weiteren, auch sektorenübergreifenden, Partnern, insbesondere niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, wahrgenommen. Zu allen genannten Formen der Kooperation sind schriftliche Vereinbarungen abzuschließen. Besondere Aufgaben: Den Zentren sind besondere Aufgaben zuzuweisen. Sie setzen definierte Strukturmerkmale und Expertisen voraus. Zur Aufgabenstellung der Herzmedizinischen Zentren zählt insbesondere die Bildung von Netzwerken mit anderen Plankrankenhäusern mit und ohne eigene kardiologische und/oder herzchirurgische Strukturen und ggf. weiteren medizinischen Leistungserbringern, auch sektorenübergreifend, auf Grundlage von Kooperationsvereinbarungen. Die speziellen besonderen Aufgaben können folgende Leistungen des Zentrums einschließen: - tagesklinische und ambulante spezialärztliche Angebote - Tracking chronischer Erkrankungen - Einbindung in Studien Die allgemeinen besonderen Aufgaben beschreiben das Netzwerkmanagement des Zentrums und umfassen folgende Themen: • Angebot interdisziplinärer Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, • Bereitstellung gebündelter Fachexpertise für die Netzwerkpartner, • Netzwerk Telemedizin, • regelmäßiger und rascher Datenaustausch mit Mitbehandlern, • Erarbeitung von Behandlungskonzepten und -pfaden (SOP) für chronisch Erkrankte entsprechend der speziellen Expertise vor Ort,

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (unentgeltliches Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen. Vorlage eines Veranstaltungsplans für das laufende Jahr unter Federführung des Zentrums sowie Inhaltsbeschreibung mit erkennbarem Teilnehmerkreis unter Einbeziehung externer Referentinnen und Referenten; Themenfelder sollen Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge sowie FuL umfassen und deutlich einen sektoren-, berufsgruppen- und fachabteilungsübergreifenden Fokus herausstellen; Fort- und Weiterbildungen müssen von den gängigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen abweichen, d.h. Zentrumsfort- und Weiterbildungen müssen nachweislich darüber hinausgehen und sich von der Fortbildungsverordnung der zuständigen Ärztekammer sowie Angeboten dritter Leistungserbringer abgrenzen • durch Etablierung entsprechender Formate für das Netzwerk, • Unterstützung von Selbsthilfearbeit durch Bereitstellung von verständlichen Fachinformationen (insbesondere zu den zugewiesenen fachspezifischen Aufgaben), • für die kardiologische Weiterbildung ist ein Weiterbildungsverbund zu errichten, • Qualifizierung von Fachärztinnen und -ärzten für die spezialfachärztliche Versorgung, Organisation der Aus- und Weiterbildung von spezialisierten Pflegekräften. <u>Nähere Erläuterung der Kooperations- und Qualitätssicherungsaufgaben des Netzwerkes Telemedizin in der herzmedizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern:</u> Zur Sicherung der flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung mit Leistungen der Kardiologie und der Herzchirurgie werden Herzmedizinische Zentren gebildet. Um den Facharztstandard auch in ländlichen Regionen zu sichern, bietet die Nutzung telemedizinischer Konzepte große Potentiale. Telemedizin ist die Anwendung diagnostischer und therapeutischer Methoden unter Überbrückung einer räumlichen Distanz zwischen Leistungserbringer (z. B. Arzt oder Therapeut, Pflegekraft) und Patientinnen und Patienten oder zwischen zwei einander konsultierenden Leistungserbringern mittels Telekommunikation. Es gibt verschiedene Szenarien, in denen der Einsatz telemedizinischer Funktionalitäten sinnvoll sein kann. Beispiele sind: • Monitoring relevanter Parameter bei chronisch Erkrankten, • Unterstützung bei der Akutversorgung, • Vermeidung von Behandlungsbrüchen, insbesondere bei Übergängen zwischen Sektoren z. B. nach Krankenhausentlassung.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Krankenhäuser ohne eigene kardiologische Struktur und/oder Fachabteilung für Herzchirurgie sollen insbesondere für die Notfallversorgung telemedizinisch durch ein Herzmedizinisches Zentrum unterstützt werden. Mit einer Triage kann in einer standardisierten Weise die Dringlichkeit eines Falls eingeschätzt werden. Bei einer telemedizinischen Triage wird diese Einschätzung über Videokonferenz durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des herzmedizinischen Zentrums unterstützt. Ergebnis der Triage ist eine Dringlichkeitsstufe, die der behandelnden Ärztin oder den behandelnden Arzt vor Ort in der Lage versetzt eine Entscheidung über die weitere Behandlung zu treffen, z. B. Behandlung vor Ort, Verlegung in ein Krankenhaus mit kardiologischer Struktur oder Fachabteilung für Herzchirurgie, Weiterbehandlung durch eine niedergelassene Fachärztin oder einen niedergelassenen Facharzt. Wenn bei der Behandlung von Erkrankten vor Ort fachärztliche Unterstützung notwendig ist, können telemedizinische Konsile mit einer Fachärztin oder einem Facharzt des Herzmedizinischen Zentrums durchgeführt werden. Mit einer telemedizinischen Unterstützung können kleine Krankenhäuser bei der Diagnostik und Behandlung fachärztlich unterstützt werden. In der ambulanten Versorgung wird eine zunehmend große Anzahl von Erkrankten durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt betreut. Mit einer telemedizinischen Verbindung zu einem Herzmedizinischen Zentrum können Hausärztinnen und Hausärzte bei der kardiologischen Versorgung unterstützt werden. Es können sowohl Konsile zwischen den Leistungserbringern als auch direkte Kontakte zwischen Fachärztin oder -arzt und Patientin oder Patient (die/der sich in der Hausarztpraxis befindet) durchgeführt werden. Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte haben aus den Praxisräumen heraus die Möglichkeit zur spezialfachärztlichen Vorstellung ihrer Patientinnen und Patienten in Analogie zur Unterstützung im stationären Bereich. Weitere Anwendungen ergeben sich bei der Betreuung chronisch Erkrankter in der Häuslichkeit durch telemedizinisches Monitoring relevanter Vitalparameter, telemedizinische Visiten und Verlaufskontrollen. <i>Akut-stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung</i> Der Krankenhausplan stützt sich auf die in Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen definierten Rechte von Menschen mit Behinderungen. <u>Besondere Anforderungen:</u> Strukturqualität der akut-stationären Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<u>Organisatorische Voraussetzung:</u> Die Versorgung erfolgt innerhalb einer bestehenden Fachabteilung für Innere Medizin oder Neurologie und findet in einer organisatorisch räumlichen Einheit und ausschließlich der Behandlung und Diagnostik von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gewidmeten Struktur statt. • Schriftlich vereinbarte Kooperation mit mindestens einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) im Haus oder in räumlicher Nähe. • Schriftlich vereinbarte Kooperation mit mindestens einem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) im Haus oder in räumlicher Nähe. • Zur umfassenden Versorgung dieser Patientengruppe gehört insbesondere eine sozialraumorientierte Zuwendung zum Patienten. Dies bedeutet auch, das Personal des Krankenhauses insbesondere anamnestischen Fragestellungen auch außerhalb des Krankenhauses nachgehen kann. • Zur Gewährleistung einer möglichst umfangreichen Versorgung und damit der Reduzierung der Zahl von Verlegungen in andere Einrichtungen hat das Versorgungsspektrum des Standorts mindestens die somatischen Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin zu umfassen. Darüber hinaus muss die Einrichtung zusätzlich über insgesamt vier der nachfolgenden Fachabteilungen verfügen. • Neurochirurgie, • Orthopädie und Unfallchirurgie, • Neurologie, • Frauenheilkunde und Geburtshilfe, • Kinder- und Jugendmedizin, • Kinderchirurgie, • Urologie, • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, • Augenheilkunde, • Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie. Eine Psychiatrische Fachabteilung sowie ein palliativmedizinisches Angebot müssen im Haus vorhanden sein. • Das Entlassungsmanagement hat die besonderen Belange dieser Patientengruppe zu berücksichtigen. • Zur ständigen Optimierung der Versorgung und Klärung auftretender Fragen wird vom Krankenhausräger ein Beirat gebildet. Dieser Beirat besteht aus Vertretern des Krankenhauses, des Landesverbandes der Lebenshilfe Mecklenburg-Vorpommern, der Caritas Mecklenburg-Vorpommern und des Diakonischen Werks Mecklenburg-Vorpommern. Darüber hinaus ist die

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Krankenhausplanungsbehörde, die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, der Integrationsförrerrat und das für den Standort zuständige Gesundheitsamt im Beirat vertreten. Der Beirat tagt mindestens einmal jährlich. <u>Räumliche Voraussetzung:</u> • Die Unterbringung erfolgt regelmäßig in behindertengerecht eingerichteten und ausgestatteten Einzelzimmern. Hierbei sind die besonderen Belange von Menschen mit geistiger Behinderung zu berücksichtigen. Die Anforderungen gehen über den Begriff der Barrierefreiheit und der Leichten Sprache hinaus. • Ausreichend Raum für Sport und Bewegung, zur Entspannung (beispielsweise Snoezelenraum, Bewegungsbad) sowie für Begegnungen mit Besuchern und Angehörigen muss gegeben sein. • Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten muss gewährleistet sein (insbesondere der Schutz vor unbemerktem Verlassen der Station). • Die Möglichkeit zur Übernachtung von Angehörigen oder Vertrauenspersonen des Patienten muss gewährleistet sein. • Die räumliche Einheit verfügt über mindestens zwei Betten „Intermediate Care“. Hausinterne Regelungen zur intensivmedizinischen Versorgung sind schriftlich festzulegen. <u>Personelle Voraussetzungen:</u> • Die fachärztliche Leitung der räumlichen Einheit muss über einschlägige Erfahrung auf dem Gebiet der akut-stationären Versorgung von Menschen mit Behinderungen verfügen. • Die Stärke des Pflegepersonals soll als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft im Regelfall in der Tagesschicht 1 zu 5, in der Nachtschicht 1 zu 10 nicht unterschreiten. • Eigenes oder vertraglich gebundenes externes Therapeutisches Personal umfasst mindestens die Berufe: Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Heilerzieher, Logopäden, Musiktherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialpädagogen. Die Einhaltung der geforderten Strukturqualität ist vom Krankenhaus-träger vor Aufnahme in den Krankenhausplan nachzuweisen. Änderungen sind anzuzeigen. Frührehabilitation von schweren Schädelhirnschädigungen: Krankenhäuser wurden explizit im Krankenhausplan festgelegt. Frührehabilitation von Querschnittslähmungen: Krankenhäuser wurden explizit im Krankenhausplan festgelegt.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Perinatalzentren Level 1 und 2 gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL, in der jeweils gültigen Fassung: Die Einstufung einer Klinik als Level 1 oder Level 2 erfolgt durch Selbsteinstufung durch den Krankenhausträger. Dabei ist zu beachten, dass gemäß der oben genannten Richtlinie der Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen durch den Krankenhausträger gegenüber den Vertragspartnern der Pflegesatzvereinbarung bis zum 30. September des jeweils laufenden Jahres zu führen ist. Krankenhäuser wurden explizit im Krankenhausplan aufgenommen Schlaganfallversorgung In Mecklenburg-Vorpommern verfügen derzeit 9 Krankenhäuser über eine regionale oder überregionale Stroke Unit. Voraussetzung für die qualitativ gesicherte Versorgung ist, dass die Patientinnen und Patienten grundsätzlich in ein geeignetes Notfallkrankenhaus verbracht werden. Als geeignet gilt ein Krankenhaus, wenn es folgende Kriterien erfüllt: • es führt eine zertifizierte oder eine im Rezertifizierungsverfahren befindliche Stroke Unit (Zertifizierungsverfahren entsprechend der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe), • das Krankenhaus muss alle infrastrukturellen und prozessualen Voraussetzungen für reibungslose intrahospitale Abläufe in der Schlaganfallversorgung vorhalten. • Krankenhäuser, die zur flächendeckenden Versorgung von Patienten mit Schlaganfall nach dem Konzept der TeleStroke Unit der deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifiziert sind oder sich im Rezertifizierungsprozess befinden und vertraglich in die Netzwerkstrukturen einer zertifizierten überregionalen Stroke Unit eingebunden sind, gelten ebenfalls als für die Versorgung geeignet. • Krankenhäuser die an dem Projekt des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Absatz 1 SGB V) „Akut-Neurologische Versorgung in Nord-Ost-Deutschland mit Telemedizinischer Unterstützung (ANNOTeM)“ mit dem Ziel eine zertifizierte Struktur zur Schlaganfallversorgung zu errichten, teilnehmen, gelten bis zum Abschluss des Projekts, einschließlich Evaluation, als geeignete Krankenhäuser. Die entsprechenden Kliniken sind im Krankenhausplan festgelegt. Adipositas-Chirurgie: Immer mehr Menschen leiden an Fettleibigkeit und damit verbundenen Erkrankungen. Besonders die Zahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen steigt alarmierend an. Um die Versorgung von morbid adipösen Patientinnen und Patienten (Body-Mass-Index – BMI ≥ 35 mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, BMI ≥ 40) zu verbessern, wird die Behandlung konzentriert:

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Ziel ist, auf Grundlage einer individuellen Behandlungsstrategie eine nachhaltige Gewichtsreduktion mit Verringerung bestehender Komorbiditäten zu erreichen. Dabei sind vorrangig konservative, aber auch chirurgische Maßnahmen anzuwenden. Dem häufig vorkommenden besonderen Bedarf nach psychologischer und seelischer Betreuung ist Rechnung zu tragen. Diese spezialisierten Leistungen werden als besondere Aufgaben an Krankenhäusern erbracht, welche mindestens die Anforderungen der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie erfüllen. Krankenhäuser werden explizit im Krankenhausplan ausgewiesen. Transplantationszentrum gemäß § 10 Transplantationsgesetz: Krankenhäuser wurden explizit im Krankenhausplan festgelegt. Palliativmedizin im Krankenhaus: Die Palliativmedizinische Komplexbehandlung erfolgt auf Basis von § 39 Abs. 1 SGB V in Krankenhäusern, die eine entsprechende Strukturqualität nachweisen können (Prozedurenschlüssel OPS 8-982). Palliativmedizinische Kapazitäten an den Krankenhäusern werden daher im Krankenhausplan nicht gesondert ausgewiesen. Die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern veröffentlicht Angaben über die Krankenhäuser, die die vorgegebenen Strukturvoraussetzungen zur Erbringung der „Palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ erfüllen und folglich diese Leistung anbieten können: www.kgmV.de (Palliativmedizin im Krankenhaus) Geriatric im Krankenhaus: Die demographische Entwicklung erzwingt eine vermehrte Fokussierung der Krankenhausversorgung auf die Bedürfnisse älterer Patientinnen und Patienten. Geriatrie Patientinnen und Patienten leiden oftmals an mehreren Erkrankungen, die zudem häufig einen chronischen Verlauf nehmen. Die Landesregierung hat mit dem Geriatric-Plan 2011 die erforderlichen Konsequenzen gezogen. Er beschreibt den Aufbau von speziellen Versorgungsstrukturen für geriatric Patientinnen und Patienten, die sicherstellen sollen, dass alte Menschen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit das ihnen erreichbare Maß an Selbständigkeit zurückgewinnen und bewahren können. Geriatric Akutbehandlung im Krankenhaus stellt neben der Einhaltung allgemeiner akutmedizinischer Standards besondere personelle, apparative und strukturelle sowie therapeutische Anforderungen. Die Indikation zur Behandlung speziell in der Geriatric ergibt sich aus der Definition der geriatric Patientinnen und Patienten. Ausnahmen hiervon sollte es nur geben, falls die Patientin oder der Patient erkennbar von der Behandlung in einer anderen Fachdisziplin mehr profitiert bzw. eine spezialisierte geriatric Behandlung nicht angeboten werden kann.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Bezüglich des Erfordernisses zur Krankenhausbehandlung ist auf die häufig gefährdete soziale Einbindung geriatrischer Patientinnen und Patienten (Wohnortnähe, Bezugsperson) speziell zu achten. Im Fallpauschalensystem sind die Anforderungen an die Leistungserbringer im Prozedurenschlüssel OPS 8-550 hinterlegt. Bei Einhaltung dieses Standards dürfen Krankenhäuser Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation erbringen. Die Ausweisung der Tageskliniken erfolgt als „geriatrische Tagesklinik“. Eine Geriatrische Einheit ist an einem nach dem Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern bestehenden Krankenhaus angesiedelt. Voraussetzung für eine „Geriatrische Einheit“ ist, dass das Krankenhaus ein geriatrisches Team mit mindestens folgenden Professionen vorhält: Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, therapeutische und psychosoziale Leistungserbringer (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst und Psychologie). Das geriatrische Team erbringt voll- und/oder teilstationäre diagnostisch und therapeutische geriatrische Leistungen und wird durch eine Fachärztin und einen Facharzt mit geriatrischer Qualifikation geleitet. Die geriatrische Qualifikation der ärztlichen Leitung nach Weiterbildungsordnung setzt eine Anerkennung der „Zusatz-Weiterbildung-Geriatrie“ oder der „Schwerpunkt-Weiterbildung Geriatrie“ oder der fakultativen Weiterbildung „klinische Geriatrie“ oder der Facharzt-Weiterbildung „Innere Medizin und Geriatrie“ voraus. Darüber hinaus wird auf die Empfehlungen des Geriatrieplanes Mecklenburg-Vorpommern verwiesen. Geriatrische Einheiten werden in Mecklenburg-Vorpommern an den entsprechenden Krankenhausstandorten ausgewiesen. Herzkatheterlabore im Krankenhaus: Krankenhäuser, die in Mecklenburg-Vorpommern ein Herzkatheterlabor betreiben, müssen für die kardiologische Notfallversorgung jederzeit (24/7/365) eine ausreichend qualifizierte ärztliche Besetzung, entweder im eigenen Krankenhaus oder durch eine strukturierte Kooperation organisatorisch sicherstellen. Die krankenhausplanerische Ausweisung erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 5 Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern im Krankenhausplan, die Feststellung des Versorgungsauftrages mittels Bescheid der Planungsbehörde. Bestehenden Einrichtungen wird auf Antrag eine Übergangsfrist bis zum 30. Juli 2023 gewährt.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
Niedersachsen	Der Krankenhausplan enthält keine Qualitätskriterien. Nach § 4 Abs. 5 NKHG kann der Krankenhausplan durch Krankenhausfachpläne ergänzt werden, die Teil des Krankenhausplans sind. In Niedersachsen erfolgt die Ausweisung der besonderen Aufgaben von Zentren durch die Aufnahme in den „Krankenhausfachplan Zentren“. Die Voraussetzungen für die Ausweisung eines Zentrums sind im § 136 c SGB V in Verbindung mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (Zentrums-Regelungen) in ihrer jeweiligen Fassung getroffen. Zentren, die im Niedersächsischen Krankenhausfachplan aufgeführt sind, aber keine besonderen Aufgaben zugewiesen bekommen haben, erfüllen die aktuell geltenden G-BA-Regelungen nicht. Die Aufnahmen dieser Zentren erfolgten in der Vergangenheit nach Landesrecht.
Nordrhein-Westfalen	Der Krankenhausplan NRW 2022 weist für alle Leistungsgruppen spezifische Qualitätskriterien aus. Für die Leistungsgruppen sind dabei je Anforderungsbereich Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien festgelegt. Mindestvoraussetzungen legen die Anforderungen fest, die ein Krankenhaus bzw. Standort mindestens erfüllen muss, um einen Versorgungsauftrag für die gewünschte Leistungsgruppe erhalten zu können. Wenn in einem regionalen Planungsverfahren die Zahl der auf Basis der Mindestanforderungen geeigneten Krankenhausstandorte die Zahl der zur bedarfsgerechten Versorgung erforderlichen Standorte übersteigt (vgl. Kapitel 4.10), ist eine Auswahlentscheidung im Sinne der Bestenauslese zu treffen. Die jeweils für die Leistungsgruppe genannten Kriterien sind – soweit in den Tabellen nicht anders angegeben – an dem Krankenhausstandort zu erfüllen, der den Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe erhalten soll. Grundsätzlich sind für die einzelnen Leistungsgruppen Qualitätsvorgaben in vier Anforderungsbereichen festgelegt: 1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen 2. Vorhaltung von Geräten 3. Fachärztliche Vorgaben 4. Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
Rheinland-Pfalz	Im Krankenhausplan Rheinland-Pfalz 2019-2025 sind die in den vergangenen Krankenhausplänen enthaltenen Qualitäts- und Strukturvorgaben z. B. für die Schlaganfallversorgung (Stroke-Units), Gefäßchirurgie, Diabetologie usw. so nicht mehr enthalten. Allgemeine Organisatorische Vorgaben zur Qualitätsverbesserung Hinsichtlich organisatorischer Qualitätsvorgaben ist geplant, die Plankrankenhäuser zu verpflichten: • Ein geriatrisches Screening bei allen Patientinnen und Patienten über 75 Lebensjahren durchzuführen und über ggf.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	einzubindende geriatrische Kompetenzen zumindest in Kooperation bzw. im Hintergrund zu verfügen. Ziel ist hierbei nicht nur eine verbesserte Versorgung und frühzeitige Aufdeckung spezieller Behandlungsrisiken, wie etwa die Entwicklung eines Delirs. Es sollen durch Abfragen auch belastbare Zahlen zu Bedarf und zur Bedarfsentwicklung für Kapazitäten in der Geriatrie gewonnen werden. Nicht zuletzt ist von der (bei auffälligem Screening) verpflichtenden Einbindung geriatrischer Kompetenzen auch eine Sensibilisierung und Wissenserweiterung der aufnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu erwarten. Das Geriatriekonzept Rheinland-Pfalz wird dahin – gehend erweitert und die nähere Vorgehens - weise festlegen. Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit, regelmäßig (jährlich) offenzulegen, welche Instrumente implementiert wurden und welche Evaluationsergebnisse zum „gelebten“ Risikomanagement vorliegen. • Konzepte offen zu legen oder zu entwickeln, die im Rahmen des „Case Managements“ die jeweiligen transsektoralen Schnittstellenproblematiken analysieren und die fortlaufende Verbesserung der peristationären bzw. post-stationären transsektoralen Weiterversorgung zum Ziel haben. • Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit, regelmäßig (jährlich) offenzulegen, welche Instrumente implementiert wurden und welche Evaluationsergebnisse zum „gelebten“ Risikomanagement vorliegen. Spezifische Qualitätsvorgaben im Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz 2016: Das geriatrische Team ist multiprofessionell und interdisziplinär und setzt sich aus hierfür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Therapeutinnen und Therapeuten zusammen. Das geriatrische Team wird von einer Geriaterin oder einem Geriater geleitet. Für den Einsatz des geriatrischen Teams gelten mindestens die Anforderungen zur Erbringung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 (für den Pflegedienst: 1:1,35-1,8; für den therapeutischen Dienst 1:4,4; für den Sozialdienst 1:40). Die Chefarztin oder der Chefarzt bzw. die leitende Ärztin oder der leitende Arzt der geriatrischen Einheit ist eine Geriaterin bzw. ein Geriater (Facharzt mit Zusatzbezeichnung/Schwerpunkt; Fachkunde ist nicht ausreichend). Die fachärztliche Behandlungsleitung obliegt dem Geriater. Die fachärztliche Behandlungsleitung muss zu den üblichen Arbeitszeiten anwesend sein. Ist der Geriater kein Facharzt für Innere Medizin, so muss im geriatrischen Team zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin sein.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Pflegefachkräfte müssen in aktivierend-therapeutischer Pflege geschult sein. Das therapeutische Team besteht aus Fachkräften insbesondere aus folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Neuropsychologie. Die Fort- und Weiterbildung erfolgt durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildungen. Der leitende Arzt soll über die Weiterbildungsbefugnis (Zusatzbezeichnung/Schwerpunkt) verfügen. 33 Eine Orientierung an den Personalkennzahlen des Qualitätssiegels Geriatrie für die Akutgeriatrie wird empfohlen. Der Flächenbedarf der Station ist (ab einer Stationsgröße von 25 Betten) etwa zehn – 15 Prozent höher anzusetzen als der einer herkömmlichen Pflegestation. Die Gründe hierfür liegen im überdurchschnittlichen Behinderungsgrad der Patientinnen und Patienten (ca. 60 Prozent Rollstuhlpatienten), deren Bedürfnissen bei der Größe und Ausgestaltung der Räumlichkeiten Rechnung zu tragen ist, der höheren Pflege- und Hilfsmittelbedürftigkeit und der längeren Verweildauer (höherer Bedarf für Aufenthalts- und Speiseräume sowie für soziale Aktivitäten). Der Pflegebereich sollte die Kommunikation fördern, aber auch Privatheit ermöglichen. Sofern die Notwendigkeit besteht, Therapieangebote auch dezentral auf der Station durchzuführen, sind auf der Station zusätzliche Flächen für Therapieangebote vorzusehen. Im Übrigen wird auf die Arbeitshilfe des Gesundheits- und Sozialministeriums „Geriatrische Station“ zur Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes verwiesen. b) Prozessqualität Um eine akutgeriatriische Behandlungsbedürftigkeit möglichst frühzeitig feststellen zu können, setzt die Klinik in der Notaufnahme ein geriatrisches Screening ein, das bei jeder Aufnahme von Patienten, die mindestens 70 Jahre alt sind, angewandt wird. Grundlage der Behandlung geriatrischer Patienten ist ein standardisiertes geriatrisches Assessment, welches multiprofessionell und interdisziplinär erbracht wird und ein soziales Assessment einschließt. Die Vorgaben des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550 in seiner jeweils gültigen Fassung stellen den Mindeststandard dar. Aufgrund des Assessments wird ein allgemeiner Behandlungsplan mit Behandlungsziel in Zusammenarbeit mit Patient und Familie durch das Behandlungsteam erstellt. Das therapeutische Team wird von der Geriaterin bzw. dem Geriater geleitet und koordiniert. Jede Berufsgruppe führt vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung eine Dokumentation über den Verlauf des einzelnen Patienten während der Behandlung. Dazu gehören die Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsbefunde. Die für den Patienten anzustrebenden Ziele können nur bei optimaler Zusammenarbeit des therapeutischen Teams erreicht werden. Dies setzt regelmäßige Besprechungen und Visiten voraus. An den Visiten nimmt das Team, insbesondere die Pflege, die Krankengymnastik und Ergotherapie teil. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten muss die Entlassungsplanung strukturiert und frühzeitig erfolgen. (Entlassungsmanagement/Expertenstandard). Die Interdisziplinarität der Geriatrie erfordert die strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten. Darüber hinaus benötigen auch die

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	anderen Fachgebiete geriatrische Expertise, die über einen Konsildienst zu gewährleisten ist. Die Etablierung von fachgebietsübergreifenden Kooperationen (z. B. Alterstraumatologisches Zentrum) führt zu einer verbesserten Versorgung. Eine Akutgeriatrie ist Teil eines Netzwerks zur Versorgung älterer Menschen. Dabei sind Vernetzungen über die Sektorengrenzen hinaus aufzubauen. Um eine lückenlose geriatrische Versorgung zu gewährleisten, ist insbesondere eine Zusammenarbeit mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort (niedergelassenen Ärzten, sozialen Diensten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, etc.) erforderlich. Die Bildung von Qualitätszirkeln sollte fester Bestandteil des Netzwerkes sein. Eine Akutgeriatrie arbeitet mit mindestens einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung in der Region zusammen. Bundesverband Geriatrie und Zentrenbildung: Zur Sicherung der Qualität sollen sich Hauptfachabteilungen nach einer Übergangszeit nach dem Qualitätssiegel Geriatrie (Bundesverband Geriatrie) zertifizieren lassen. Zurzeit sind sieben Hauptfachabteilungen in Rheinland-Pfalz krankenhaushausplanerisch ausgewiesen. In den Vorbereitungen zum nächsten Landeskrankenhausplan 35 werden die Zertifizierungsvoraussetzungen diskutiert und Konzepte erarbeitet, um die Intention der Zertifizierung zu erreichen. Die Aufnahme in den Bundesverband Geriatrie, die eine Qualitätsprüfung voraussetzt, ist von allen Geriatrien anzustreben.
Saarland	Chest Pain Units (CPU): Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) hat Mindeststandards für CPUs definiert. Gemäß dem Krankenhausplan können als die für die Krankenhausplanung relevanten Mindeststrukturkriterien folgende Aspekte zusammenfassend genannt werden: • mindestens vier Überwachungsplätze mit definierter Ausstattung • Integration in eine Notaufnahmeeinheit mit ständiger Verfügbarkeit von definierten Kapazitäten unter Leitung eines Kardiologen • folgende Qualifikationen für den ärztlichen Dienst ○ Assistenzärzte: mindestens zwei Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensivverfahren, ausreichende Echokardiographie-Erfahrung; zusätzlich Kardiologe in Rufbereitschaft (365 Tage/ 24 h), Alarmierung < 30 min ○ Oberärzte/Fachärzte: 365 Tage/ 24 h in Rufbereitschaft, Alarmierung < 30 Minuten • geschultes Pflegepersonal • ein ständig verfügbares Herzkatheterlabor (365 Tage/ 24 h), das in maximal 15 Minuten von der CPU erreichbar ist • ständig verfügbare Intensivstation, Transferzeit < 15 Minuten • 24-h-Anbindung an ein Notfalllabor

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Spezielle diagnostische Bildgebung: Echokardiographie, Abdomensonographie, • CT und MRT (in Kooperation). Zudem müssen laut DGK für jede CPU leitliniengerechte Behandlungspfade für bestimmte Krankheitsbilder vorliegen. Weiterhin muss eine enge Kooperation mit den Notfallversorgungseinrichtungen einer Region mit Integration in bestehende Regionalpläne für das akute Koronarsyndrom bestehen. Auch Kooperationen zu anderen akut-stationären und diagnostischen Einheiten sind notwendig. Hier sind als wichtige Strukturen die enge Anbindung an Intensivkapazitäten (Transportzeit kleiner 15 Minuten), geeignete Röntgendiagnostik sowie die Verfügbarkeit gastroenterologischer Kompetenz zu nennen. Stroke Units: Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist es erforderlich, dass die Stroke Unit bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllt. Die Behandlung auf einer regionalen Stroke Unit muss durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter der Leitung eines Facharztes für Neurologie sichergestellt werden. Die regionale Stroke Unit muss über mindestens vier Plätze verfügen, an denen ein 24h-Monitoring der Vitalparameter möglich ist (mindestens sechs der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potenziale). Darüber hinaus muss die Durchführung einer Computertomografie oder einer Kernspintomografie mit 24-stündiger Bereitschaft gewährleistet werden. Eine telemedizinisch vernetzte Stroke Unit ist anzustreben. Eine überregionale Stroke Unit muss Teil einer neurologischen Akutklinik mit Schlaganfallexpertise sein und durch einen Facharzt für Neurologie geleitet werden. Darüber hinaus sind in einer überregionalen Stroke Unit die Anforderungen in Bezug auf komplementäre Disziplinen (bspw. Vorhaltung einer radiologischen Abteilung mit neuroradiologischer diagnostischer und interventioneller Kompetenz über 24 Stunden sowie einer neurochirurgischen Abteilung im Krankenhaus oder in kürzester Entfernung – maximal 30 Minuten Transportzeit – und mit Kooperationsvertrag), Diagnostik, apparative Ausstattung und Personal, insbesondere im Hinblick auf die Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit, deutlich höher. Geriatric: Inhalt der Geriatricplanung ist insbesondere die Entwicklung struktureller Vorgaben (räumlich, Personal, Prozesse, Qualität und Kooperation) für geriatricische Einrichtungen. Folgende Kriterien müssen von Geriatricen erfüllt werden:

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Kooperation mit mindestens zwei anderen Krankenhäusern ohne geriatrische Kompetenz durch das Angebot von Liaison- und Konsiliardiensten, • Kooperation mit einer gerontopsychiatrischen Fachabteilung im Bereich gegenseitiger Liaison- und Konsiliardienste, • Kooperation mit mindestens einer geriatrischen Rehabilitationsklinik, • Kooperationen mit mindestens zwei niedergelassenen Hausärzten/Praxen, • Kooperation mit mindestens einem ambulanten Pflegedienst, • Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere zum Thema „Geriatrisches Screening“, • mittelfristige Entwicklung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden. • Kooperation mit mindestens einer stationären Pflegeeinrichtung, Mindestmengen: Mindestmengenvorgabe für gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen: "mehr als 300 Geburten jährlich" (§ 22 Abs. 4 SKHG).
Sachsen	Geriatric: Einrichtungen der Akutgeriatrie mit spezialisiertem geriatrischem Versorgungsauftrag werden explizit im Krankenhausplan ausgewiesen. Die geriatrischen Abteilungen erfüllen dabei die Voraussetzungen für das Qualitätssiegel Geriatrie. Palliativstationen: Palliativstationen werden nicht mehr explizit im Krankenhausplan ausgewiesen. Sie müssen jedoch die international anerkannten „Qualitätskriterien für Palliativstationen“ erfüllen. Spezialisierte kardiologische Leistungen (Invasive Kardiologie): Spezialisierte Leistungen innerhalb der Kardiologie werden in Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgungskrankenhäusern erbracht. Für darüber hinaus gehende Angebote ist eine Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz erforderlich. Bei der Entscheidung zur Genehmigung sind die Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung zu berücksichtigen. Spezialisierte septische Chirurgie: Für die Therapie schwerst-therapierbarer Endoprotheseninfekte bei Erwachsenen wurde ein überregionales Kompetenz- und Referenzzentrum etabliert. Diese Einrichtung ist an besondere baulich-strukturelle Bedingungen und betrieblich-organisatorische Voraussetzungen gebunden.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Versorgung von Schlaganfallpatienten: Es wurden drei telemedizinische Schlaganfallnetzwerke aufgebaut. Die für sie geltenden Strukturanforderungen sind in der Rahmenvereinbarung „Schlaganfallnetzwerk Freistaat Sachsen“ definiert. Kinder- und Jugendmedizin: Kinder und Jugendliche sind grundsätzlich in dafür ausgewiesenen pädiatrischen Abteilungen zu behandeln. Gemäß Krankenhausplan ist es das Ziel, „dass alle Einrichtungen die Qualitätskriterien, die in dem von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKind) mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) entwickelten Strukturpapier „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ definiert sind, erfüllen“. Spezialisierte Adipositasbehandlung: Um die Versorgung von morbid adipösen Patienten (BMI ≥ 35 mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, BMI ≥ 40) zu verbessern, wird die Behandlung an multiprofessionell strukturierten Einrichtungen konzentriert. Traumazentren und Traumanetzwerke: Ziel von Traumazentren und Traumanetzwerken ist die Verbesserung der flächendeckenden Versorgungsqualität von Schwerverletzten rund um die Uhr. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantation: Zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs und damit einer hochwertigen qualitativen Versorgung erfolgt die Cochlear-Implantation in Versorgungsstrukturen, die zum einen die klinische Basistherapie und auch die Folgetherapie interdisziplinär an einem Standort in enger Zusammenarbeit mit Rehabilitationskliniken sicherstellen.
Sachsen-Anhalt	Keine Qualitätskriterien und -festlegungen im Krankenhausplan. Die Erarbeitung des Krankenhausplanes stützt sich jedoch auf die so genannten „Rahmenvorgaben“. In diesen wird mehrfach auf vorzuhaltende Qualitätskriterien hingewiesen, so bezüglich der Versorgung in Fachgebieten, in Planungsschwerpunkten bei Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen sowie in Leistungszentren wie z. B. Pädiatrischen, Geriatrischen und Neurologischen Frührehabilitationszentren. Die Rahmenvorgaben enthalten auch allgemeine Leistungsanforderungen für die jeweiligen Fachgebiete. Des Weiteren haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam nach § 3 Abs. 3 KHG LSA mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus Leistungs- und

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Qualitätsvereinbarungen zur Umsetzung der Rahmenvorgaben zu schließen. Die Rahmenvorgaben der Krankenhausplanung sind unter https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/gesundheitswesen/medizinische-versorgung/krankenhausversorgung/krankenhausplanung/ abrufbar.
Schleswig-Holstein	Traumazentren: Die Festlegung von regionalen und überregionalen Traumazentren und Einrichtung von Traumanetzwerken erfolgt auf der Basis des Weissbuches „Schwerverletzten-Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. Geriatrische Versorgung: Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts Schleswig-Holstein (2014): Geriatrische Versorgungsverbund mit vollstationärem, teilstationärem und ambulantem Angebot. Verweis auf OPS 8.550. Palliativmedizinische Versorgung: Verweis auf OPS 8.98e sowie weitere Aufgaben und Verantwortlichkeiten wie z. B.: • Ausbau und Organisation des regionalen Palliativnetzwerks unter Einbeziehung aller Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung • Unterstützung der anderen Krankenhäuser der eigenen Versorgungsregion und ggf. benachbarter Versorgungsregionen ohne palliative Schwerpunkt-Einheit im Aufbau palliativer Konsildienste oder klinikinterner Palliative Care Teams bzw. Bereitstellung eines Konsildienstes für diese Krankenhäuser • Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für die Region • Ausbau und Pflege des Palliativnetzwerks: koordinierte strukturübergreifende lokale und regionale Vernetzung aller Protagonisten der Palliativversorgung • Entwicklung eines regional einheitlichen Qualitätsmanagements • Erarbeitung regionaler Versorgungsstandards Schlaganfallversorgung: • Das Krankenhaus hat eine im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Neurologie. • Das Krankenhaus verfügt über eine zertifizierte oder eine im Zertifizierungsverfahren befindende Stroke Unit (Zertifizierungsverfahren entsprechend der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) • Das Krankenhaus hält alle infrastrukturellen und prozessualen Voraussetzungen für reibungslose intrahospitale Abläufe in der Schlaganfallversorgung vor.

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	• Darüber hinaus nimmt das Krankenhaus verpflichtend am Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung teil. Onkologische Zentren: Onkologische Zentren sind in der Regel an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung angesiedelt, die • die Anforderungen eines Onkologischen Zentrums der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) an eine kontinuierliche, umfassende ambulante und stationäre Versorgung von onkologischen Patienten in der jeweils gültigen Fassung erfüllen, oder über mindestens zwei Tumorzentren (z. B. Brusttumorzentrum, Darmtumorzentrum, Prostatazentrum, Lungentumorzentrum, Hauttumorzentrum, Lymphomzentrum, Hirntumorzentrum) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft verfügen • mit einem Zentrum der onkologischen Maximalversorgung eine Vereinbarung zur Kooperation abgeschlossen haben. • die von dem G-BA formulierten strukturellen Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter onkologischer Behandlungen nach § 116b SGBV erfüllen. Brustzentren: Ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum erfüllt – entweder als einzelnes Krankenhaus (= Brustzentrum mit einem Standort) oder in vertraglich geregelter Kooperation mehrerer Krankenhäuser (= Brustzentrum mit mehreren Standorten) – die aktuellen in der Vereinbarung nach § 137g SGB V i.V.m. § 140b SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm DMP – Brustkrebs festgelegten „Qualitätsanforderungen“ sowie die Qualitätskriterien für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Darüber hinaus muss die vertragliche Einbindung an ein onkologisches Zentrum nachgewiesen werden. Ausweisung von Zentren und besonderen Aufgaben nach G-BA: Es wird gemäß § 1 Absatz 3 der Zentrums-Regelungen des GBA, auf Antrag einer Klinik, festgestellt, ob die Qualitätsanforderungen erfüllt werden.
Thüringen	Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen: Zum 01. Januar 2017 sind der 7. Thüringer Krankenhausplan und die Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 ThürKHG (ThürQSVO) in Kraft getreten. Die ThürQSVO macht detaillierte Personalvorgaben zum ärztlichen Dienst: Vollstationäre Versorgung (Krankenhaus) je Fachabteilung • 5,5 VK ärztliches Personal; ärztliche Leitung, Stellvertretung und ein weiterer Arzt mit Facharztqualifikation für die entsprechende Fachabteilung; soweit die übrigen Stellen mit Ärzten in

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Weiterbildung zum Facharzt für die entsprechende Fachrichtung besetzt sind, soll sich in der Regel mindestens einer im letzten Drittel der Weiterbildung befinden. Teilstationäre Versorgung (Tageskliniken singular, extern): • 1,25 VK ärztliches Personal für jeden Standort. Bei singulären Tageskliniken ist in der Regel für jeden Standort ärztliches Personal im Umfang von mindestens 1,25 VK vorzuhalten. Bei singulären Tageskliniken mindestens 1 Arzt mit entsprechender Facharztqualifikation Die vorzuhaltende ärztliche Qualifikation gilt nur dann als erfüllt, wenn die Ärzte im Krankenhaus angestellt sind. Ausnahmeregelungen von den Vorgaben können von der Planungsbehörde getroffen werden. Die Vorgaben gelten unabhängig von der Größe einer Fachabteilung. Darüber hinausgehende Regelungen zu Qualitäts- und Strukturanforderungen wurden zu folgenden Bereichen festgelegt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: • Eigenständige bettenführende Organisationseinheit mit mindestens 24 Betten • Kooperationsvereinbarung mit PSY-Abteilung in räumlicher Nähe • Fachkliniken benötigen 1 Facharzt Innere Medizin und 2 Fachärzte aus weiteren somatischen Fachrichtungen • ein teilstationäres Angebot muss vorgehalten werden • Anzeige von therapeutischem Personal, das nicht im Krankenhaus angestellt ist • Krankenhaus muss neben der Fachabteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch 3 weitere Fachabteilungen vorhalten bzw. eine Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe nachweisen Geriatric: • Eigenständige bettenführende Organisationseinheit unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Geriatric • Stellvertreter muss ebenfalls über Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung Geriatric verfügen • Facharzt für Innere Medizin muss vorhanden sein • Nachweis von Konsiliardiensten zu somatischen Fachrichtungen wie NEU, CHI, ORT, URO, AUG, HAUT, HNO, GYN, PSY und Zahnmedizin Kooperation mit anderen Krankenhäusern oder niedergelassenen Ärzten sind dazu möglich • Folgende Therapiebereich müssen selbst oder in Kooperation vorgehalten werden: ▪ Physiotherapie/Physikalische Therapie ▪ Ergotherapie ▪ Logopädie ▪ (Neuro-)Psychologie und

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	▪ Ernährungsberatung ▪ Teilstationäres Angebot muss vorgehalten werden ▪ Anzeige von therapeutischem Personal, das nicht im Krankenhaus angestellt ist ▪ Organisationseinheit soll über Ein- und Zweibettzimmer mit behindertengerechter Nasszelle verfügen Neurologische Frührehabilitation Phase B: • Frührehabilitationsteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, soweit Kinder und Jugendliche behandelt werden • ärztliches und pflegerisches Personal muss über tätigkeitsbezogene intensivmedizinische Erfahrungen oder über mehrjährige Erfahrungen in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation • Personal aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie (fazio-orale Therapie), Physikalische Therapie, Neuropsychologie, Sozialarbeit, ggf. Atem- und Musiktherapie sowie aktivierend therapeutischer Pflege • Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation der Phasen B und C müssen umgesetzt werden • Labordiagnostik, Liquordiagnostik, doppelsonographischer und neurophysiologischer Untersuchungsverfahren müssen vorhanden sein, unmittelbarer Zugriff auf erforderliche bildgebende Diagnostik • Anzeige von therapeutischem Personal, das nicht im Krankenhaus angestellt ist Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Thüringen: Es wurde ein strukturiertes Verfahren festgelegt, in dem die Krankenhäuser 3 Stufen zugeordnet werden. Stufe I umfasst Einrichtungen, die einer überregionalen Stroke Unit zugeordnet werden und entsprechende personelle und strukturelle Anforderungen erfüllen müssen. Stufe II umfasst Einrichtungen, die einer regionalen Stroke Unit zugeordnet werden und entsprechende personelle und strukturelle Anforderungen erfüllen müssen. Stufe III umfasst Einrichtungen, die einer Tele-Stroke-Unit zugeordnet werden und entsprechende personelle und strukturelle Anforderungen erfüllen müssen. Die geforderten personellen und strukturellen Anforderungen richten sich nach den Zertifizierungsrichtlinien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft. Die Qualitätssicherung erfolgt über das Verfahren der ADSR

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	Nordwestdeutschland. Tabelle 12.5 des 7. Thüringer Krankenhausplans gibt eine Übersicht der Krankenhäuser, die an der Schlaganfallbehandlung beteiligt und welcher Stufe sie zugeordnet worden sind. Palliativmedizin: Im 7. Thüringer KH-Plan wurden unter TOP 6.4 für die Palliativmedizin folgende strukturelle Festlegungen getroffen: • Palliativplanbetten sollen soweit möglich in einer eigenen Organisationseinheit, zumindest aber räumlich abgetrennt vom übrigen Stationsbetrieb, vorgehalten werden. • Es sollen überwiegend Einzelzimmer angeboten werden. • Angehörigen soll die Möglichkeit zur Übernachtung, sei es im Patientenzimmer oder in der Nähe, geboten werden. • Krankenhäuser sollen prüfen, inwieweit ein multiprofessioneller Palliativdienst entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin etabliert werden kann. • Krankenhäuser sollten mit den ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten und den stationären Hospizen in der Region zusammenarbeiten, um vor und nach dem stationären Aufenthalt der Patientinnen und Patienten eine nahtlose Betreuung gewährleisten zu können.

5.6 Vorgaben zu Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Tabelle 5.6: Vorgaben zu Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt bzgl. Ausbildungsstätten
Baden-Württemberg	Ausweisung der Ausbildungsstätten und ihre jeweiligen Ausbildungsgänge.
Bayern	Ausweisung der Schulen für Berufe des Gesundheitswesens in Teil II Abschnitt B (getrennt nach Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken).
Berlin	Ausweisung der Ausbildungsstätten mit Angabe der Adresse und Fachrichtung.
Brandenburg	Ausweisung der Ausbildungsstätten und ihrer jeweiligen Ausbildungsgänge.
Bremen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus der in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe.
Hamburg	Ausweisung der Ausbildungsstätten und der Soll-Anzahl der Ausbildungsplätze sowie der Plätze Duales Studium Hebammenwissenschaften.
Hessen	Ausweisung der Ausbildungsstätten und der jeweiligen Ausbildungsgänge.
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Gesamtanzahl der Ausbildungsplätze und Vorgabe der auszubildenden Fachberufe pro Ausbildungsstätte am Krankenhaus.
Niedersachsen	Ausweisung der Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG am Krankenhaus und der jeweiligen Ausbildungsberufe. Keine Angabe über die Anzahl der Ausbildungsplätze.
Nordrhein-Westfalen	Die Ausbildungsstätten werden im Feststellungsbescheid des Krankenhauses ausgewiesen, jedoch ohne Angabe einer konkreten Platzzahl. Vielmehr erfolgen die Ausweisungen nur mit einem Hinweis auf die staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätte für den jeweiligen Gesundheitsfachberuf. Zwingende Obergrenze ist dabei immer die ausgewiesene Anzahl der Ausbildungsplätze der staatlichen Anerkennung. Diese kann erst dann verändert werden, wenn die sachlichen, räumlichen und personellen Voraussetzungen dafür gegeben sind und die erforderliche staatliche Anerkennung für diese Änderung der Kapazitäten vorliegt.
Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen (aktueller Bestand der Bescheide).

Bundesland	Inhalt bzgl. Ausbildungsstätten
Saarland	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach Berufsgruppen.
Sachsen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen.
Sachsen-Anhalt	Nachrichtliche Ausweisung der Ausbildungsbetriebe und -stätten je Krankenhaus nach den Berufsgruppen.
Schleswig-Holstein	Ausweisung der Ausbildungsstätten je Krankenhaus nach den Berufsgruppen.
Thüringen	Ausweisung von sieben Ausbildungsstätten, in denen ausschließlich der Beruf Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpfleghilfe erlernt werden kann; keine weiteren Angaben keine Kapazitätsangaben (Tabelle 12.3; 7. Thüringer KH-Plan).

5.7 Vorgaben zur Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Tabelle 5.7: Vorgaben zur Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt bzgl. Frührehabilitation
Baden-Württemberg	Zuweisung konkreter Anzahl an Betten für die neurologische Frührehabilitation Phase B im Rahmen der Fachplanung.
Bayern	Im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation ist eine Anerkennung als Akutgeriatrie notwendig. Frührehabilitative Behandlungsmöglichkeiten sind von einer Akutgeriatrie vorzuhalten. Die Akutgeriatrie erfüllt hierbei hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität die Anforderungen zur Erbringung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gemäß dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 in seiner jeweils gültigen Fassung. Zur Verbesserung der Ergebnisqualität werden regelmäßige Auswertungen zur Dokumentation im Rahmen der nach § 135a SGB V vorgegebenen Verpflichtung zur Qualitätssicherung empfohlen. Im Bereich der neurologischen Frührehabilitation Phase B gilt ein Planungsvorbehalt. Leistungserbringungen in diesem Bereich sind erst nach Anerkennung durch die Planungsbehörde möglich.
Berlin	Bei Erfüllung von Mindestanforderungen und positivem Nachweis erfolgt eine quantitative Ausweisung der Einheit für neurologische Frührehabilitation innerhalb der Neurologie.
Brandenburg	Planung der Neurologischen Frührehabilitation Phase B unter Bezugnahme auf das Phasenmodell nach BAR
Bremen	Festlegungen zur neurologischen Frührehabilitation in speziellen medizinischen Einrichtungen; interdisziplinäre Frührehabilitation sowie die Weiterentwicklung der geriatrischen Frührehabilitation stellen Schwerpunkte der Fortschreibung 2010 bis 2017 dar.
Hamburg	Ausweisung des Schwerpunktes Frührehabilitation neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, intensivmedizinische Frührehabilitation für beatmungspflichtige Patienten, Schwerst-Schädel-Hirnverletzte und multimodale Schmerztherapie für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.
Hessen	Ausweisung von Standorten für die Versorgung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten der Frühphase B. Planung geriatrischer Fachabteilungen; die Behandlung umfasst nach dem Hessischen Geriatriekonzept auch rehabilitative Behandlungsanteile im Akutkrankenhaus (fallabschließende Behandlung geriatrischer Patienten)

Bundesland	Inhalt bzgl. Frührehabilitation
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Fachabteilungen.
Niedersachsen	Keine Angaben
Nordrhein-Westfalen	Erläuterungen zur Frührehabilitation finden sich in der Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“. Krankenhäuser sind verpflichtet, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags alle Leistungen zu erbringen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die Versorgung notwendig sind; die Krankenhausbehandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V).
Rheinland-Pfalz	Keine Angaben
Saarland	Ausweisung der Anzahl der Betten für neurologische Früh-Reha innerhalb der Neurologie pro Krankenhaus.
Sachsen	Namentliche Nennung der Krankenhäuser zur akut-stationären Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen, Neurologische Frührehabilitation Phase B und der Zentren für Altersmedizin mit Geriatrienetzwerken.
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Zentren für neurologische Frührehabilitation.
Schleswig-Holstein	Zuweisung des Versorgungsauftrages als Bemerkung in Feststellungsbescheid.
Thüringen	Leistungen der neurologischen Frührehabilitation nach Phase B werden in Akutkrankenhäusern innerhalb der Fachabteilung Neurologie erbracht. Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V die diese Leistungen erbracht haben und bisher nur nachrichtlich im Krankenhausplan ausgewiesen wurden, sind in den 7. Thüringer Krankenhausplan mit dieser Leistung aufgenommen worden.

5.8 Vorgaben zu teilstationären Einrichtungen und Regelungen zu teilstationären Leistungen in den Krankenhausplänen

Tabelle 5.8: Vorgaben zu teilstationären Einrichtungen und Regelungen zu teilstationären Leistungen in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Baden-Württemberg	Der Krankenhausplan sieht vor, dass teilstationäre Plätze abteilungsbezogen und mit konkreter Platzzahl geplant werden. Bevor neue somatische teilstationäre Kapazitäten krankenhaushausplanerisch ausgewiesen werden, sollen Krankenhausträger und Krankenkassen sich in Form einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V über das hier zu erbringende Leistungsspektrum einigen. Im Falle einer Nichteinigung innerhalb von 6 Monaten entscheidet das Land. Bezüglich der künftigen „teilstationären“ Dialyse gilt folgendes: • Die teilstationäre Dialyseerbringung ist auf den angemessenen Umfang zu beschränken, aber prinzipiell weiterhin möglich. Sie ist insbesondere nephrologischen Schwerpunktabteilungen vorzubehalten. • Nephrologische Schwerpunktabteilungen sollen die Kriterien des § 11 Abs. 3 Abschnitt 3 Anlage 9.1 Anhang 9.1.4 Bundesmantelvertrag sowie die Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie zu Struktur und Aufgaben nephrologischer Schwerpunktabteilungen erfüllen. • Bei Neuerrichtung von teilstationären Versorgungsangeboten ist regelmäßig eine Anrechnung auf bisherige vollstationäre Bereiche vorzunehmen.
Bayern	Grundsätzlich erfolgt in Bayern nur die Angabe von Gesamtbetten und Gesamtplätzen pro Haus. Die Verteilung auf die Fachabteilungen ist eine Entscheidung des Trägers. Diese wird nachrichtlich im Anhang des Krankenhausplans ausgewiesen. Eine Verschiebung von Betten zwischen den (genehmigten) Fachabteilungen ist jederzeit möglich. Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Berlin	Die im Krankenhausplan ausgewiesene Gesamtzahl der Betten schließt die Belegbetten und die teilstationären Plätze ein. Insbesondere im Bereich der psychiatrischen Versorgung werden konkrete Vorgaben zum Umfang der teilstationären Versorgung gemacht, da sie integraler Bestandteil des regional verankerten, integrierten Versorgungssystems sind. Die Zahl der teilstationären Plätze innerhalb einer Hauptdisziplin darf bis zu $\pm 15\%$ von der Planvorgabe abweichen. Künftige Erhöhungen der teilstationären Kapazitäten erfolgen zulasten des vollstationären Bereiches; Verringerungen zugunsten der vollstationären Kapazitäten. Tagesklinikplätze werden gegliedert nach Hauptdisziplinen ausgewiesen.
Brandenburg	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhausstandort. Mit dem Vierten Krankenhausplan werden die Tagesklinikangebote in allen Versorgungsgebieten ausgebaut. Teilstationäre Angebote sind in den Fachgebieten Innere Medizin, darunter Hämatologie und internistische Onkologie, Onkologie, Orthopädie, Geriatrie, Neurologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Schmerzmedizin, Rheumatologie, Kinderheilkunde, Mund-/Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden.
Bremen	Ausweisung der Tagesklinikplätze bzw. teilstationären Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Dermatologie, Dialyse, Gastroenterologie/Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Pädiatrie, Pneumologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Onkologie, Urologie). Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.
Hamburg	Ausweisung teilstationärer Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Chirurgie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Geriatrie, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Psychiatrie- und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schwerpunkt Frührehabilitation). Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Hessen	Teilstationäre Kapazitäten werden mit Ausnahme der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nicht mehr ausgewiesen. Für die genannten Fachgebiete gilt die Maßgabe, dass die teilstationären Plätze mindestens 20 % der Gesamtkapazitäten betragen sollen, wobei sich die Gesamtkapazitäten aus den vollstationären Bettenkapazitäten und den teilstationären Platzkapazitäten zusammensetzen. Auch wenn im Fachgebiet Geriatrie keine Ausweisung von Kapazitäten mehr erfolgt, gilt hier, dass nach Möglichkeit und abhängig vom Bedarf ein tagesklinisches Angebot vorzuhalten ist.
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus.
Niedersachsen	Ausweisung der geförderten teilstationären Einrichtungen unter Ausweisung der Fachrichtung und der Anzahl der dort vorhandenen Plätze. Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.
Nordrhein-Westfalen	Die teilstationäre Leistungserbringung erfordert weitgehend Krankenhausbedingungen, somit sind die Qualitätskriterien der zugehörigen Leistungsgruppe(n) zu erfüllen. In der somatischen Versorgung wird die teilstationäre Versorgung nicht explizit beplant. Es ist den Versorgern überlassen, wie die Leistungserbringung entsprechend dem Versorgungsauftrag voll- und teilstationär erbracht wird. Diese Flexibilität hat sich bewährt und wird somit weitergeführt. Das Patientenwohl hat hierbei stets an oberster Stelle zu stehen. In den Leistungsbereichen „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ sind die Leistungsgruppen nach voll- und teilstationär getrennt gegliedert. Dies betont den hohen Stellenwert der wohnortnahen, teilstationären Versorgung in diesem Bereich
Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus. Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Saarland	Im Saarland werden in folgenden Disziplinen teilstationäre Angebote vorgehalten: Dialyse, Geriatrie, HNO-Cochlear, Kinderonkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Onkologie, Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Schwindelzentrum. Die teilstationäre Behandlung umfasst eine regelmäßige Aufenthaltsdauer von weniger als 24 Stunden und wird in Tageskliniken angeboten. Die Patientinnen und Patienten verbringen dort den Tag (in der Regel von 8 – 16 Uhr), die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. Die teilstationäre Behandlung kann im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung sinnvoll und notwendig sein und kann auch zunehmend die vollstationäre Behandlung ersetzen. Sie ist dann indiziert, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht oder nicht mehr nötig ist, eine ambulante Behandlung aber nicht ausreichend wäre.
Sachsen	Grundsätzlich werden in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Klassifizierung der Fachgebiete nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung) bei der Bettenziffer die stationären und die teilstationären Kapazitäten getrennt ausgewiesen. Ergänzend können in ausgewählten somatischen Fachgebieten teilstationäre Kapazitäten ausgewiesen werden; dies betrifft vorwiegend die Akutgeriatrie, Schmerztherapie, Adipositasbehandlung, Dermatologie, Hämatologie und Onkologie.
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen. Gemäß den Rahmenvorgaben ist für die Fachgebiete ohne Kapazitätsaussagen eine gesonderte Planung von tagesklinischen Plätzen entbehrlich. Die Krankenhäuser können im Rahmen ihres Versorgungsvertrages teilstationäre Angebote vorhalten. Ausgenommen hiervon sind die Fachgebiete, die weiterhin kapazitativ geplant werden und tagesklinische Angebote, die nicht am Standort des Krankenhauses vorgehalten werden.

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Schleswig-Holstein	Ausweisung der teilstationären Plätze und Tagesklinikplätze pro Krankenhaus. Die gesonderte Ausweisung eines teilstationären Behandlungsangebotes im Krankenhausplan setzt ein verbindliches Behandlungskonzept voraus, in dem die folgenden Eckpunkte konkretisiert werden: • Für und während der Behandlung wird die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt. Der Patient wird im Krankenhaus aufgenommen. Die Behandlung steht unter ständiger ärztlicher Leitung und Verantwortung. • Die zu behandelnden Krankheitsbilder und die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden bestmöglich beschrieben. • Für jeden Patienten wird ein ärztlicher Behandlungsplan erstellt, der insbesondere Angaben zur voraussichtlichen Aufenthaltsdauer und zu den vorgesehenen Therapieeinheiten beinhaltet. • Behandlungsinhalte, für die bereits eine Zulassung nach § 116b SGB V besteht, können nicht Bestandteil einer teilstationären Behandlung werden. • Die Behandlung unter klinischen Bedingungen wird nur während des Tages durchgeführt und die Patientin oder der Patient verbringt die Nacht sowie das Wochenende außerhalb der Tagesklinik (Ausnahme sog. Nachtkliniken). Eine Änderung des verbindlichen Behandlungskonzeptes ist gegenüber der Planungsbehörde anzeigepflichtig.
Thüringen	Ausweisung von Tagesklinikplätzen pro Fachabteilung und Krankenhaus in den Fachgebieten Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Geriatrie. Für sonstige somatische Disziplinen können Vereinbarungen gemäß § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V mit den Krankenkassenverbänden zu teilstationären Krankenhausleistungen abgeschlossen werden, die der Planungsbehörde anzuzeigen sind. Diese werden nachrichtlich auf den Datenblatt des entsprechenden Krankenhauses ausgewiesen. Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.