

Bestandsaufnahme zur
Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung
in den Bundesländern
2020

- Stand: April 2021 -

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	13
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	25
3 KRANKENHAUSPLANUNG	26
3.1 METHODEN UND GUTACHTEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	26
3.1.1 Die Hill-Burton-Formel	26
3.1.2 Dornier/IGES-Gutachten	27
3.1.3 IGSF/Beske-Gutachten	27
3.1.4 Rüschemann (GSbG)-Gutachten	28
3.1.5 BASYS/I+G-Gutachten	28
3.1.6 GEBERA-Gutachten	28
3.1.7 Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen	29
3.2 ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND	29
3.3 KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	43
3.3.1 Baden-Württemberg	43
3.3.2 Bayern	44
3.3.3 Berlin	46
3.3.4 Brandenburg	48
3.3.5 Bremen	50
3.3.6 Hamburg	51
3.3.7 Hessen	53
3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern	55
3.3.9 Niedersachsen	56
3.3.10 Nordrhein-Westfalen	58
3.3.11 Rheinland-Pfalz	59
3.3.12 Saarland	62
3.3.13 Sachsen	64
3.3.14 Sachsen-Anhalt	67
3.3.15 Schleswig-Holstein	68
3.3.16 Thüringen	70
3.4 WEITERE VORGABEN IM RAHMEN DER KRANKENHAUSPLANUNG BZGL. DER NOTFALLVERSORGUNG, QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN, AUSBILDUNGSSTÄTTEN, DER FRÜHREHABILITATION SOWIE TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN	73
3.5 ABGRENZUNG VON VERSORGUNGSSTUFEN IN DEN BUNDESLÄNDERN	80
4 INVESTITIONSFINANZIERUNG	81
4.1 GESAMTENTWICKLUNG UND INVESTITIONSQUOTE	81
4.2 EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERUNG	87
4.3 INVESTITIONSFÖRDERUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	89
4.4 VERORDNUNGEN DER BUNDESLÄNDER ZUR PAUSCHALFÖRDERUNG NACH § 9 ABS. 3 KHG BZW. ZUR INVESTITIONSPAUSCHALE	98
5 ANHANG	115
5.1 KHG-FÖRDERMITTEL, 1991 BIS 2019 – GESAMT	115
5.2 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2019 – PAUSCHALFÖRDERUNG	117
5.3 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2019 – EINZELFÖRDERUNG	119

5.4	VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG INNERHALB DER KRANKENHAUSPLÄNE	121
5.5	VORGABEN ZU QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	124
5.6	VORGABEN ZU AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	174
5.7	VORGABEN ZUR FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	177
5.8	VORGABEN ZU TEILSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	179

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 3.1: ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUS- UND BETTENZAHLEN VON 1991 BIS 2018	30
ABBILDUNG 3.2: ENTWICKLUNG DER BETTENDICHTE VON 1991 BIS 2018	30
ABBILDUNG 3.3: ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNGSFÄLLE UND BESCHÄFTIGTENZAHLEN VON 1991 BIS 2018	31
ABBILDUNG 3.4: ENTWICKLUNG DER BESCHÄFTIGTENZAHLEN (INDEXIERT, 1991 = 100).....	32
ABBILDUNG 3.5: ENTWICKLUNG DER VERWEILDAUER IN TAGEN VON 1991 BIS 2018	32
ABBILDUNG 3.6: KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IN DEN JAHREN 1991, 2004 UND 2018 .	33
ABBILDUNG 3.7: AUFGESTELLTE BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IN 2004 UND 2018	34
ABBILDUNG 3.8: KRANKENHÄUSER NACH BUNDESLAND UND TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2018, IN PROZENT....	35
ABBILDUNG 3.9: AUFGESTELLTE BETTEN NACH BUNDESLAND UND TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2018, IN PROZENT	36
ABBILDUNG 3.10: KRANKENHAUSPLANUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG	43
ABBILDUNG 3.11: KRANKENHAUSPLANUNG IN BAYERN	45
ABBILDUNG 3.12: KRANKENHAUSPLANUNG IN BERLIN.....	47
ABBILDUNG 3.13: KRANKENHAUSPLANUNG IN BRANDENBURG.....	49
ABBILDUNG 3.14: KRANKENHAUSPLANUNG IN BREMEN.....	51
ABBILDUNG 3.15: KRANKENHAUSPLANUNG IN HAMBURG.....	52
ABBILDUNG 3.16: KRANKENHAUSPLANUNG IN MECKLENBURG-VORPOMMERN.....	56
ABBILDUNG 3.17: KRANKENHAUSPLANUNG IN NIEDERSACHSEN	57
ABBILDUNG 3.18: KRANKENHAUSPLANUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN	58
ABBILDUNG 3.19: KRANKENHAUSPLANUNG IN RHEINLAND-PFALZ.....	61
ABBILDUNG 3.20: BETTENNUTZUNGSGRADE SACHSEN	65
ABBILDUNG 3.21: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN	66
ABBILDUNG 3.22: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN-ANHALT	68
ABBILDUNG 3.23: KRANKENHAUSPLANUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN.....	70
ABBILDUNG 3.24: KRANKENHAUSPLANUNG IN THÜRINGEN	72
ABBILDUNG 4.1: ENTWICKLUNG DER NOMINALEN KHG-MITTEL IN MIO. EURO UND IM VERHÄLTNISS ZUM BIP IN PROZENT VON 1991 BIS 2019.....	82
ABBILDUNG 4.2: ENTWICKLUNG DER KHG-MITTEL, DES BIP UND DER BEREINIGTEN KOSTEN DER KRANKENHÄUSER VON 1991 BIS 2019 (INDEXIERT).....	83
ABBILDUNG 4.3: ENTWICKLUNG DER NOMINALEN UND PREISBEREINIGTEN KHG-MITTEL VON 1991 BIS 2019 (INDEXIERT)	84
ABBILDUNG 4.4: ENTWICKLUNG DER PREISBEREINIGTEN KHG-MITTEL JE FALL, JE KHG-BETT UND JE EINWOHNER (INDEXIERT).....	85
ABBILDUNG 4.5: KRANKENHAUS-INVESTITIONSQUOTE UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE INVESTITIONSQUOTE VON 1991 BIS 2018.....	86
ABBILDUNG 4.6: KRANKENHAUS-INVESTITIONSQUOTE DIFFERENZIIERT NACH BUNDESLÄNDERN FÜR DIE JAHRE 2017 UND 2018	90

ABBILDUNG 4.7: KHG-MITTEL JE KHG-BETT DIFFERENZIERT NACH BUNDESLÄNDERN FÜR DIE JAHRE 2017
UND 2018 91

ABBILDUNG 4.8: SUMME DER KHG-MITTEL JE KHG-BETT VON 1991 BIS 2018..... 92

ABBILDUNG 4.9: KHG-MITTEL JE FALL, JE PLANKRANKENHAUSFALL UND JE CASEMIXPUNKT FÜR DIE JAHRE
2017 UND 2018 93

ABBILDUNG 4.10: KHG-MITTEL 2018 JE EINWOHNER IN EURO ZUM STICHTAG 31.12.2018 MIT UND OHNE
BERÜCKSICHTIGUNG DER UMLANDVERSORGUNG 95

ABBILDUNG 4.11: VERTEILUNG DER KHG-FÖRDERMITTEL AUF PAUSCHAL- UND EINZELFÖRDERUNG IN DEN
JAHREN 2019 UND 2018 96

Tabellenverzeichnis

TABELLE 2.1: ANTEILE UND BETRÄGE ZUR FÖRDERUNG VON VORHABEN DER LÄNDER MIT MITTELN DES STRUKTURFONDS IN DEN JAHREN 2019 BIS 2022	14
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: FÖRDERUNG VON INVESTITIONEN FINANZSCHWACHER KOMMUNEN UND VORGESEHENE INVESTITIONSVORHABEN NACH LÄNDERN (§ 1 KINVFG)	24
TABELLE 3.1: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER VON 1991 BIS 2018, DEUTSCHLAND	37
TABELLE 3.2: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DAS JAHR 2018, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER	39
TABELLE 3.3: KRANKENHÄUSER UND AUFGESTELLTE BETTEN NACH ART DER TRÄGERSCHAFT VON 1991 BIS 2018, DEUTSCHLAND	40
TABELLE 3.4: KRANKENHÄUSER UND AUFGESTELLTE BETTEN NACH ART DER TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2018, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER	42
TABELLE 3.5: VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG SOWIE ZU QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN	73
TABELLE 3.6: VORGABEN ZU AUSBILDUNGSSTÄTTEN, DER FRÜHREHABILITATION UND TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN	77
TABELLE 3.7: VERSORGUNGSSTUFEN DER BUNDESLÄNDER	80
TABELLE 4.1: KHG-FÖRDERMITTEL GESAMT IN MIO. EURO.....	81
TABELLE 4.2: BETTENAUSSTATTUNG UND FALLZAHL IM JAHR 2018 NACH KRANKENHAUSTYP	87
TABELLE 4.3: KHG-EINZELFÖRDERUNG IN MIO. EURO	88
TABELLE 4.4: KHG-PAUSCHALFÖRDERUNG IN MIO. EURO	89
TABELLE 5.1: KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT IN MIO. EURO – IN JEWEILIGEN PREISEN	115
TABELLE 5.2: KHG-PAUSCHALFÖRDERUNG IN MIO. EURO – IN JEWEILIGEN PREISEN	117
TABELLE 5.3: KHG-EINZELFÖRDERUNG IN MIO. EURO – IN JEWEILIGEN PREISEN	119
TABELLE 5.4: VORGABEN ZUR NOTFALLVERSORGUNG INNERHALB DER KRANKENHAUSPLÄNE	121
TABELLE 5.5: VORGABEN ZU QUALITÄTSKRITERIEN UND -FESTLEGUNGEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	124
TABELLE 5.6: VORGABEN ZU AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	174
TABELLE 5.7: VORGABEN ZUR FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	177
TABELLE 5.8: VORGABEN ZU TEILSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	179

RÜCKFRAGEN/ANMERKUNGEN:

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V.
DEZERNAT II – KH-FINANZIERUNG/PLANUNG
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 2019. 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: 2020). Darüber hinaus wurden die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel bis einschließlich 2019 und die im November 2020 zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt, die insbesondere eine vertiefende Betrachtung des Jahres 2018 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 zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre) basieren und bei kreditfinanzierter Förderung nur die Annuitäten – nicht aber den gesamten 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 zum 01. Januar 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 krankenhauserplanerische Entscheidungen der Länder eingeführt.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Durch das KHSG wurde ebenfalls 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 krankenhauserplanerische 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 indi-

rekten 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. Im Zuge SARS-CoV-2-Pandemie hat der G-BA am 27. März 2020 eine Aussetzung der Datenvalidierung, des Stellungnahmeverfahrens und der Veröffentlichung der Ergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI) für das Erfassungsjahr 2019 beschlossen.

2.2 Investitionsfinanzierung

2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Auf Bundesebene ist das KHG die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung. Mit der Verabschiedung des KHG im Jahr 1972 wurde die duale Finanzierung, also die Investitionsfinanzierung, als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Finanzierung der Betriebskosten über die Krankenkassen, eingeführt.

Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, 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 auf Bundesebene 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. Einen 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 erhalten, eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 01. Januar 2012 ermöglicht werden. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 S. 1, 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.

Mit dem Abschluss der „Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG über die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung“ haben die DKG, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherungen dem InEK den Auftrag zur Entwicklung und Kalkulation der bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen erteilt. Der erste Entwurf des Kalkulationshandbuchs wurde den Selbstverwaltungspartnern im Herbst 2010 durch das InEK vorgelegt. Auf Basis dieses Entwurfs wurde in 2011 ein erster Prä-Test durchgeführt. Diesen von den Selbstverwaltungspartnern als dringend notwendig angesehenen Vorlauf hatte der Gesetzgeber in der im KHRG vorgegebenen Zeitleiste jedoch nicht eingeplant, so dass sich die erstmalige Kalkulation bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen für den Bereich des DRG-Vergütungssystems verzögerte.

Die aus dem Prä-Test gewonnenen Erkenntnisse fanden über eine Anpassung des Kalkulationshandbuchs im ersten Quartal 2012 Berücksichtigung. Die Selbstverwaltungspartner stimmten der Vereinbarung des „Handbuchs zur Kalkulation von Investitionskosten (Version 1.0)“ schließlich 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 März 2020 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 Inves-

titionsbedarfs 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, was im Jahr 2020 allerdings noch nicht umgesetzt werden konnte aufgrund der geringen Teilnehmerzahl in diesem Bereich.
- 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. Im Jahr 2020 waren es 85 Krankenhäuser.

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 durch die Ziehung 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 in 2020 **331,68** Euro (Vorjahr: 339,90 Euro). Ursächlich für den leichten Rückgang der Bezugsgröße ist, dass einige höherwertige Anlagegüter in der Kalkula-

tionsstichprobe nach Ablauf der vorgegebenen 7-jährigen Nutzungsdauer aus der Bewertung herausgefallen sind.

Aufgrund der im Entgeltbereich PSY 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. Für 2020 beträgt die Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Berechnungstag auf Basis der § 21-Fallmenge im PSY-Bereich **26,13** Euro (Vorjahr: 25,81 Euro).

Darstellung des jährlichen bestandserhaltenden Investitionsbedarfs

Mit der Veröffentlichung der Investitionsbewertungsrelationen 2020 kann eine Abschätzung des bestandserhaltenden Investitionsbedarfs auf Basis der relevanten DRG-Fallmenge aus dem Jahr 2018 sowie dem Katalog 2020 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 2020 gewichtet.

Die Berechnung des bestandserhaltenden Investitionsbedarfs ergibt sich dann aus der Multiplikation des Casemix der Investitionsbewertungsrelationen nach dem Katalog 2020 mit der Bezugsgröße ergänzt um den BPfIV-Bereich. Da die Fallmenge und Kostenwerte auf Basis von Falldaten aus dem Jahr 2018 berechnet wurden, sind fallbezogene Änderungen sowie Änderungen bei Investitionskosten zur Ermittlung des Investitionskostenvolumens für das Jahr 2020 nicht sachgerecht abgebildet. Wie im Vorjahr wird von stagnierenden Fallzahlen für 2019 und 2020 ausgegangen.

Hier ist zu erwähnen, dass sich auf Basis der veröffentlichten Daten des InEK DatenBrowsers gem. § 24 KHG ein Fallzahlrückgang im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie von ca. 12 % ergibt.¹ Da sich dieser Fallzahlrückgang erst im Jahr 2022 (Datenjahr 2020) durch eine höhere Bezugsgröße in den Bewertungsrelationen ausdrückt, wurde dieser Rückgang für die vorliegende Analyse noch nicht berücksichtigt. Der Baupreisindex für gewerbliche Betriebsgebäude ergibt sich aus der Veränderung von 2018 zu 2019 und beträgt auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes 4,26 %.²

¹ InEK, verfügbar unter: <https://datenbrowser.inek.org/> (abgerufen am 27.01.2021).

² Destatis, Fachserie 17, Reihe 4, November 2020.

Jahr	Investitionsbedarf (in Mrd. €)
2018 (Datenjahr)	6
2019 stagnierende Fallzahl (+Baupreisindex)	6,2
2020 stagnierende Fallzahl (+Baupreisindex)	6,5

Auf Bundesebene ergibt sich unter Einbeziehung des Baupreisindex ein bestandserhaltender Investitionsbedarf für das Jahr 2020 in Höhe von 6,5 Mrd. Euro. Noch nicht berücksichtigt sind bei den vorangestellten Berechnungen der jährliche Investitionsbedarf für:

- Universitätsklinik (Lehre und Forschung) sowie
- Ausbildungsstätten.

Stellt man dem ermittelten Investitionsbedarf für 2019 (6,2 Mrd. €) die tatsächlich geleisteten KHG-Förderungen in diesem Jahr gegenüber, ergibt sich eine Differenz von über 50 %.

Kalkulationsergebnisse

Insgesamt haben 85 Krankenhäuser erfolgreich an der Kalkulation des Kataloges der Investitionsbewertungsrelationen 2020 teilgenommen.

Differenziert nach Trägerschaft ergibt sich folgende Verteilung:

Träger	2018	2019	2020
Freigemeinnützig	24	39	37
Öffentlich	22	20	22
davon Universitätskliniken	4	4	2
Privat	0	24	26

Für die Kalkulation der Kataloge 2018 bis 2020 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 = 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 Verläufen 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 2019:

DRG	Parti-tion	Bezeichnung ¹⁾	Bewertungs-relation/Fall	Bewertungs-relation/Tag
Prä-MDC				
A01C	0	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre	2,535	0,090
B11Z	0	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	1,507	0,074
B12Z	0	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1,019	0,082
B13Z	0	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	4,973	0,062
C03A	0	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) od. bei BNB des Auges, mit best. Eingriff an der Retina od. Entfernung des Augapfels mit Implantat od. Endophthalmitis od. Eingr. Orbita bei BNB des Auges	0,700	0,062

Quelle: Katalog der Investitionsbewertungsrelationen Entgeltbereich DRG 2019.

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.

Seit 2019 liegt eine weitgehend vollständige Datenbasis zugrunde. Erstmals konnte in 2019 die Kostenstelle 30, die den umfangreichen, heterogenen und individuell strukturierten patientenfernen Bereich der Krankenhäuser umfasst, vollständig dargestellt werden. Auch im Jahr 2020 ist eine ausreichende Zahl an Kostenwerten vorhanden (Vollständigkeit auf Kostenstellenebene) und darüber hinaus wird ein vollständiges Bild der Ausstattung der Kostenstellen wiedergegeben (Vollständigkeit auf Modulebene).

Aufgrund der im Entgeltbereich PSY gezogenen Krankenhäuser konnte im Jahr 2019 erstmals ein Katalog für Investitionsbewertungsrelationen für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vom InEK kalkuliert werden. Der Katalog für den Entgeltbereich PSY differenziert nach voll- und teilstationären Entgelten, wobei eine einheitliche tagesbezogene Bewertungsrelation für jedes Entgelt ausgewiesen wird. Im Jahr 2020 konnte erneut ein Katalog für Investitionsbewertungsrelationen für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert werden.

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 derzeit sehr 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 werden die Investitionsbewertungsrelationen im Jahr 2021 vollumfänglich eingeführt. Weiterhin haben sich positiv in Bezug auf die Investitionsbewertungsrelationen bislang die Ministerien der Bundesländer Brandenburg und 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 der Einführung geäußert.

Neben der Frage der Einführung liegt die Form der Umsetzung in der Hoheit des Bundes und 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 wollen 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 695,3 Mio. Euro (70 % des Kompensationsvolumens) für den Bereich Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich Hochschulkliniken. Dieser Betrag wurde anteilig auf die Länder ver-

teilt³. 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. Wohingegen 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.

Dieser Betrag wird mit den folgenden Prozentsätzen auf die Länder verteilt⁴:

Baden-Württemberg	14,684002 %
Bayern	17,256483 %
Berlin	4,917843 %
Brandenburg	3,223713 %
Bremen	1,847088 %
Hamburg	2,683724 %
Hessen	4,319915 %
Mecklenburg-Vorpommern	3,460103 %
Niedersachsen	6,934112 %
Nordrhein-Westfalen	15,395490 %
Rheinland-Pfalz	3,654778 %
Saarland	1,476280 %
Sachsen	8,201812 %
Sachsen-Anhalt	5,172773 %
Schleswig-Holstein	2,553941 %
Thüringen	4,217943 %.

Die Anteile der einzelnen Länder ergeben sich dabei aus dem Durchschnittsanteil eines jeden Landes im Zeitraum 2000 bis 2003.

Weitere 298 Mio. Euro (30 % des Kompensationsvolumens) stellt der Bund jährlich für überregionale Fördermaßnahmen im Hochschulbereich zur Verfügung.

Es ist bei dem hier dargestellten Kompensationsvolumen zu berücksichtigen, dass es sich nicht allein auf Hochschulkliniken, sondern auf den Gesamtbereich Aus- und

³ § 4 Abs. 1 Entflechtungsgesetz.

⁴ § 4 Abs. 1 Entflechtungsgesetz.

Neubau von Hochschulen bezieht und die Hochschulkliniken dementsprechend nur anteilig davon partizipieren.

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 19. Legislaturperiode sieht vor, dass die Bundesmittel auf Grundlage des neu geschaffenen Art. 91b Grundgesetz dauerhaft verstetigt werden.⁵

2.2.4 Strukturfonds

In Folge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wird der Strukturfonds, der mit dem KHSG eingerichtet wurde, in den Jahren 2019 bis 2022 fortgesetzt (siehe § 12a KHG) 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 Bundesversicherungsamt (BVA) 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 hin ausgerichtet (§ 12a KHG und §§ 11 bis 18 KHSFV). Neu ist auch, dass Hochschulkliniken in die Fördermöglichkeit aus dem Krankenhausstrukturfonds einbezogen werden.

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 BVA erfolgt. Die Länder können bis zum 31. Dezember 2022 Anträge an das BVA auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a KHG aus dem Strukturfonds stellen. Das BVA 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 2022 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 BVA zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.

⁵ CDU, CSU, SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa, Eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land; Z. 1334-1337.

Das BVA hat die Anteile und Beträge zur Förderung von Vorhaben der Länder mit Mitteln des Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 am 22. März 2019 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 2022

Bundesland	Kgst. Schlüssel (%) BANz AT 08.03.2018 B5	rechn. Anteil Fördervolumen	Förderanteil 2019	Förderanteil 2020	Förderanteil 2021	Förderanteil 2022
Baden-Württemberg	13,01651	64.952.384,90 €	61.704.765,66 €	61.704.765,66 €	61.704.765,66 €	61.704.765,66 €
Bayern	15,55039	77.596.446,10 €	73.716.623,80 €	73.716.623,80 €	73.716.623,80 €	73.716.623,80 €
Berlin	5,09267	25.412.423,30 €	24.141.802,14 €	24.141.802,14 €	24.141.802,14 €	24.141.802,14 €
Brandenburg	3,02571	15.098.292,90 €	14.343.378,26 €	14.343.378,26 €	14.343.378,26 €	14.343.378,26 €
Bremen	0,95115	4.746.238,50 €	4.508.926,58 €	4.508.926,58 €	4.508.926,58 €	4.508.926,58 €
Hamburg	2,55847	12.766.765,30 €	12.128.427,04 €	12.128.427,04 €	12.128.427,04 €	12.128.427,04 €
Hessen	7,36424	36.747.557,60 €	34.910.179,72 €	34.910.179,72 €	34.910.179,72 €	34.910.179,72 €
Mecklenburg-Vorpommern	2,00161	9.988.033,90 €	9.488.632,21 €	9.488.632,21 €	9.488.632,21 €	9.488.632,21 €
Niedersachsen	9,36559	46.734.294,10 €	44.397.579,40 €	44.397.579,40 €	44.397.579,40 €	44.397.579,40 €
Nordrhein-Westfalen	21,14355	105.506.314,50 €	100.230.998,78 €	100.230.998,78 €	100.230.998,78 €	100.230.998,78 €
Rheinland-Pfalz	4,83466	24.124.953,40 €	22.918.705,73 €	22.918.705,73 €	22.918.705,73 €	22.918.705,73 €
Saarland	1,20344	6.005.165,60 €	5.704.907,32 €	5.704.907,32 €	5.704.907,32 €	5.704.907,32 €
Sachsen	5,02467	25.073.103,30 €	23.819.448,14 €	23.819.448,14 €	23.819.448,14 €	23.819.448,14 €
Sachsen-Anhalt	2,77158	13.830.184,20 €	13.138.674,99 €	13.138.674,99 €	13.138.674,99 €	13.138.674,99 €
Schleswig-Holstein	3,41725	17.052.077,50 €	16.199.473,63 €	16.199.473,63 €	16.199.473,63 €	16.199.473,63 €
Thüringen	2,67851	13.365.764,90 €	12.697.476,66 €	12.697.476,66 €	12.697.476,66 €	12.697.476,66 €
	100,00000	499.000.000,00 €				
Summe der Fördermittel für ländereigene Vorhaben⁶			474.050.000,00 €	474.050.000,00 €	474.050.000,00 €	474.050.000,00 €
Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben			24.950.000,00 €	24.950.000,00 €	24.950.000,00 €	24.950.000,00 €
Summe des Fördervolumens für Vorhaben			499.000.000,00 €	499.000.000,00 €	499.000.000,00 €	499.000.000,00 €
Aufwendungen (§ 12a Abs. 3 S. 7, 8, § 14 S. 5 KHG)			1.000.000,00 €	1.000.000,00 €	1.000.000,00 €	1.000.000,00 €
Höchstens jährl. zuzuführende Mittel, § 12a Abs. 1 S. 1 KHG			500.000.000,00 €	500.000.000,00 €	500.000.000,00 €	500.000.000,00 €

Quelle: Bundesversicherungsamt.⁶

Weiterhin veröffentlicht das Bundesamt für Soziale Sicherung (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.

Eine entsprechende Auswertung zum Stand 31.12.2019 ist abrufbar.⁷ Im Verwaltungsjahr 2019 haben die Bundesländer demnach keine Anträge auf Fördermittel aus

⁶ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/20190322_Bekanntgabe_Foerderanteile_Bundeslaender_SF_II.pdf (abgerufen am 28.01.2021).

⁷ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/20200416_Kennzahlen_SF_II_2019.pdf (abgerufen am 01.02.2021).

dem Krankenhausstrukturfonds gestellt. Dass Anträge im Jahr 2019 noch nicht gestellt wurden, bedeutet nicht, dass weniger Fördermittel in Anspruch genommen werden. Die den Bundesländern jeweils nach dem Königsteiner Schlüssel im Jahr 2019 zustehenden Fördermittel werden entsprechend der gesetzlichen Vorgabe rein rechnerisch in das Verwaltungsjahr 2020 übertragen. Die Länder können, soweit sie den ihnen jährlich zustehenden Anteil an Fördermitteln nicht ausschöpfen, den verbleibenden Anteil noch bis zum 31.12.2022 beantragen.

Seitens der DKG fand bei den Landeskrankengesellschaften 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 Landeskrankengesellschaften. 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 Krankenträger schließen. Bei gleichzeitiger Förderung dieses Vorhabens durch den Strukturfonds ist die Höhe der aus dem Strukturfonds zur Verfügung gestellten Mittel bei der Beteiligung anzurechnen.

Durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde neben der Implementierung des Krankenhauszukunftsfonds auch der aktuelle Krankenhausstrukturfonds II nach § 12a KHG verlängert. Ursprünglich begrenzte sich die Laufzeit von 2019 bis 2022. Durch das KHZG wird die Laufzeit nun bis zum Jahr 2024 verlängert. 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.

2.2.5 Krankenhauszukunftsfonds

Im Konjunkturpaket „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“⁸ 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.

⁸ 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).

Mit dem KHZG wurde der neue Krankenhauszukunftsfonds über § 14a KHG und über eine 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 Ko-Finanzierung 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 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.
- 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. Wichtig ist, dass Vorhaben vom BAS bis spätestens 31. Dezember 2021 gestellt werden. Die Maßnahmen müssen im Jahr 2024 abgeschlossen sein und dürfen nicht vor dem 02.09.2020 begonnen haben. 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 Beiträge zur Förderung von Vorgaben der Länder aus den Mitteln des Zukunftsfonds im Jahr 2021 sind in der Tabelle 2.1 dargestellt.⁹ Weitere 1,3 Mrd. müssen entweder durch das Land, den Krankenhausträger oder gemeinsam durch Ko-Finanzierung getragen werden. Einen Überblick über die unterschiedlichen Finanzierungsweisen zeigt die Tabelle 2.3.

⁹ Bundesamt für Soziale Sicherung, verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenhauszukunftsfonds/202102_01_Bekanntgabe_Foerderanteile_Bundeslaender_Zukunftsfonds.pdf (abgerufen am: 01.02.2021).

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 Ko-Finanzierung getragen?
Baden-Württemberg	Das Sozialministerium geht von einer Ko-Finanzierung durch das Land Baden-Württemberg aus.
Bayern	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Berlin	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Brandenburg	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Bremen	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Hamburg	Vorbehaltlich der Zustimmung der Bürgerschaft zum Haushaltsplan 2021 beteiligt sich Hamburg mit 50 % an der Ko-Finanzierung.
Hessen	Jeweils 50 %-Beteiligung des Landes und der Krankenhausträger an der Ko-Finanzierung.
Mecklenburg Vorpommern	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Niedersachsen	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Nordrhein-Westfalen	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Rheinland Pfalz	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Saarland	Das Land übernimmt voraussichtlich die Ko-Finanzierung.
Sachsen	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung. Die Finanzmittelbereitstellung soll aus dem Coronabewältigungsfonds erfolgen, einem 2020 geschaffenen Sondervermögen zur Beseitigung der Folgen und zur Verhinderung weiterer Schäden der COVID-19-Pandemie.
Sachsen Anhalt	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
Schleswig-Holstein	Das Land übernimmt die Ko-Finanzierung.
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 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. Eine zusätzliche örtliche Beteiligung der kommunalen Klinikträger bei Baumaßnahmen wurde ersatzlos gestrichen.	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 (4) Bremer Krankenhausgesetz
Hamburg	-	-
Hessen	Die Landkreise und kreisfreien Städte beteiligen sich an den Kosten der Krankenhausfinanzierung mit einer vom Land zu erhebenden Krankenhausumlage nach Maßgabe des § 51 des Finanzausgleichsgesetzes vom 23. Juli 2015 (GVBl. S. 298), geändert durch Gesetz vom 25. November 2015 (GVBl. S. 414). In die Umlage ist, nach Abzug eines Betrages von jährlich 18,4 Millionen Euro, die Hälfte aller Aufwendungen einzubeziehen, die nach den Vorschriften dieses Teils jährlich aufzubringen sind.	§ 30 Krankenhausgesetz Hessen i.V.m § 51 Finanzausgleichsgesetz
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. Mit dem Thüringer Gesetz für kommunale Investitionen zur Förderung der Bildung, Digitalisierung, Kultur, Umwelt sowie der sozialen Infrastruktur vom 14.06.2017 wurden zusätzlich, einmalig für das Jahr 2018, 10 Mio. € Investitionsmittel für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft zur Verfügung gestellt.	§ 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. 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.¹⁰

Die Tabelle 2.5 gibt einen Überblick über die Verteilung der Finanzmittel der Förderbereiche nach § 3 KInvFG nach Bundesländern sowie über die zum 30. Juni 2020 erfolgten Meldungen der vorgesehenen Investitionsvorhaben aller Förderbereiche. Eine Ausweisung des Förderbereichs „Krankenhäuser“ nach Ländern erfolgt nicht. Insgesamt hat es 173 Meldungen bundesweit im Bereich „Krankenhäuser“ gegeben, was einem Investitionsvolumen von 204 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 2.5 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.

¹⁰ 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: Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen und vorgesehene Investitionsvorhaben nach Ländern (§ 1 KInvFG)

Land	Finanzhilfen gemäß § 3 KInvFG			Vorgesehene Vorhaben* ¹⁾ zum 30. Juni 2020 ^{**)}			
	insgesamt	davon abgerufen Stand: 31. Dezember 2020		Investitionsvolumen	Bundesbeteiligung		
		in Mio. Euro	in Mio. Euro		in %	in Mio. Euro	Anteil an den Finanzhilfen in %
Baden-Württemberg	247,7	228,0	92,0	648,1	246,2	99,4	38,0
Bayern	289,2	204,6	70,7	450,0	289,2	100,0	64,3
Berlin	137,8	102,2	74,1	148,5	133,6	96,9	90,0
Brandenburg	107,9	97,9	90,7	158,6	107,6	99,7	67,8
Bremen	38,8	35,4	91,2	43,1	38,8	99,9	90,0
Hamburg	58,4	54,4	93,1	191,6	58,4	100,0	30,5
Hessen	317,1	161,2	50,8	439,1	314,4	99,1	71,6
Mecklenburg-Vorpommern	79,3	39,4	49,7	96,3	79,3	100,0	82,3
Niedersachsen	327,5	234,9	71,7	671,3	327,5	100,0	48,8
Nordrhein-Westfalen	1.125,6	785,7	69,8	1.421,2	1.065,6	94,7	75,0
Rheinland-Pfalz	253,2	142,9	56,4	336,9	243,2	96,0	72,2
Saarland	75,3	44,3	58,8	96,9	75,2	99,9	77,6
Sachsen	155,8	138,6	89,0	306,3	155,8	100,0	50,8
Sachsen-Anhalt	110,9	94,0	84,8	141,9	109,6	98,9	77,2
Schleswig-Holstein	99,5	75,4	75,7	171,7	95,3	95,7	55,5
Thüringen	75,8	65,6	86,5	115,8	72,4	95,5	62,5
Gesamt	3.500,0	2.504,4	71,6	5.437,2	3.412,1	97,5	62,8

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

**) Bei Baden-Württemberg mit Angaben mit Stand Januar 2021

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 (KHSKG) 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 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 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 bestimmt sich nach Landesrecht. Gemeinsame Landesgremien sind bis dato in einem Großteil der Bundesländer eingerichtet worden oder ihre Einberufung wurde beschlossen.¹¹

¹¹ Schaffung der landesrechtlichen Grundlage bzw. Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, 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 Methoden 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.¹²

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.¹³

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:

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

¹² Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 384-385.

¹³ BVerwG, Urteil vom 26.04.2018 – 3 C 13.15.

- 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:

$$HBF = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{BN \times 1000 \times 365} = \text{Bettenbedarf}^{14}$$

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.¹⁵

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

¹⁴ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 385.

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

Faktor Morbidität bezieht Beske – im Gegensatz zu z.B. IGES – die Wirtschaftlichkeit in die Gutachtenmethodik mit ein. Diese wird an der Höhe der Fallkosten gemessen.¹⁶

3.1.4 Rüschemann (GSbG)-Gutachten

Das Rüschemann-Gutachten (Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschemann, 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.¹⁷

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 IGSGF-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausbefugte 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.¹⁸

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 und 2017¹⁹) 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 bedarfsbeeinflussenden

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

¹⁷ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 386.

¹⁸ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 386.

¹⁹ Das saarländische Gutachten des Jahres 2017 wurde durch die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH erstellt.

senden Determinanten basieren auf Material- und Literaturrecherchen und Expertenbefragungen.²⁰

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.

(Verfügbar unter:

https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/58)

3.2 Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die deutsche Krankenhauslandschaft unterliegt einem tief greifenden Wandel. Besonders deutlich spiegelt sich der Wandel in der Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen sowie in deren Verteilung auf öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger 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

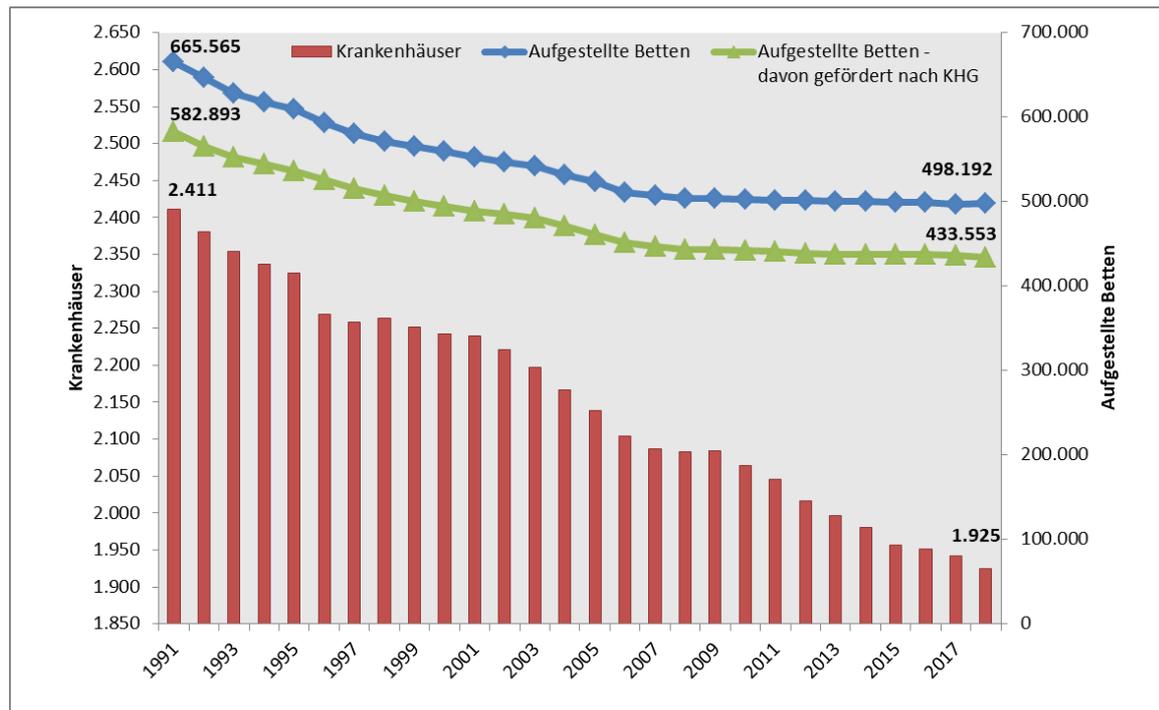
Die Anzahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2018 um rund 25 % von insgesamt 2.411 auf 1.925 Häuser gesunken. Gleichermäßen ist die Anzahl der aufgestellten Betten von 665.565 auf 498.192 und somit um 25 % gesunken (vgl. Abbildung 3.1). In vergleichbarer prozentualer Höhe sank ebenfalls die Anzahl der nach KHG geförderten Betten von 582.893 auf 433.553 bis zum Jahr 2018. Zudem sank die Bettendichte²², die als Anzahl der aufgestellten Betten je 10.000 Einwohner definiert ist, zwischen 1991 und 2018 von 83,2 auf 60,1 (vgl. Abbildung 3.2).

²⁰ Schmidt-Rettig und Siegfried Eichhorn: *Krankenhausmanagementlehre: Theorie und Praxis eines Integrierten Konzepts*, 2008, S. 387.

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

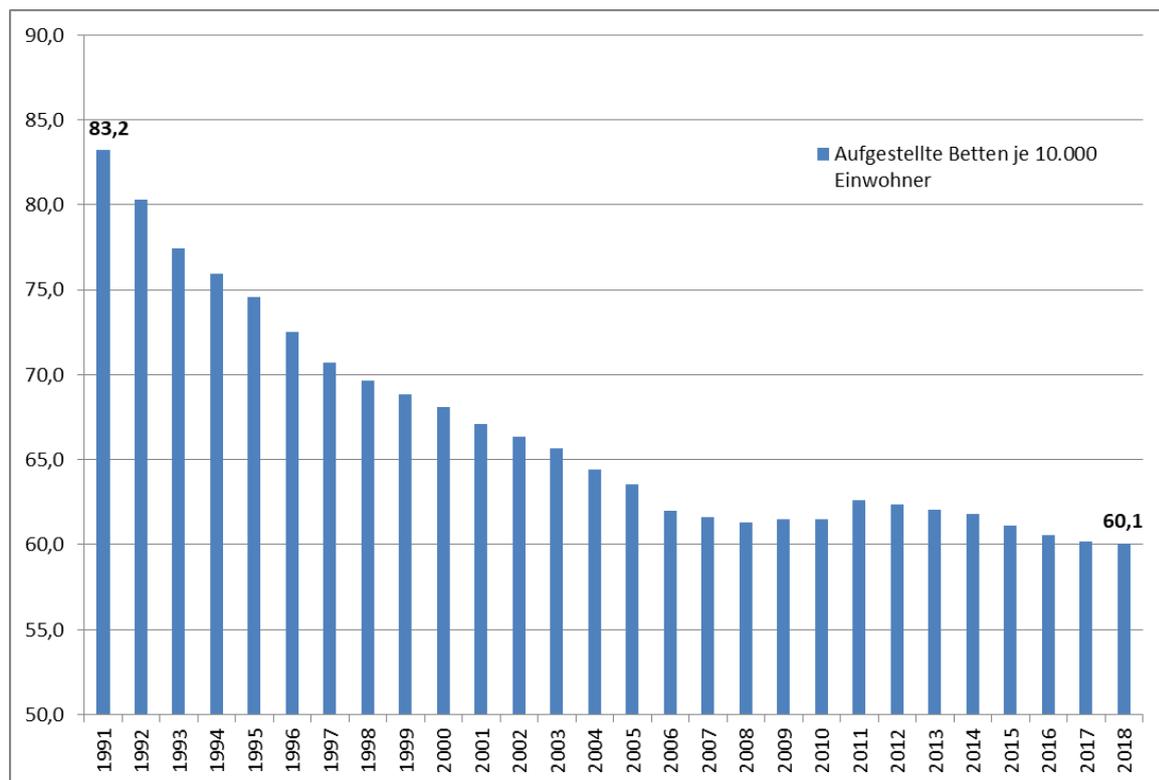
²² Ab 2011 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. Bis 2010 berechnet mit der Durchschnittsbevölkerung auf Basis früherer Zählungen.

Abbildung 3.1: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen von 1991 bis 2018



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.2: Entwicklung der Bettendichte²³ von 1991 bis 2018



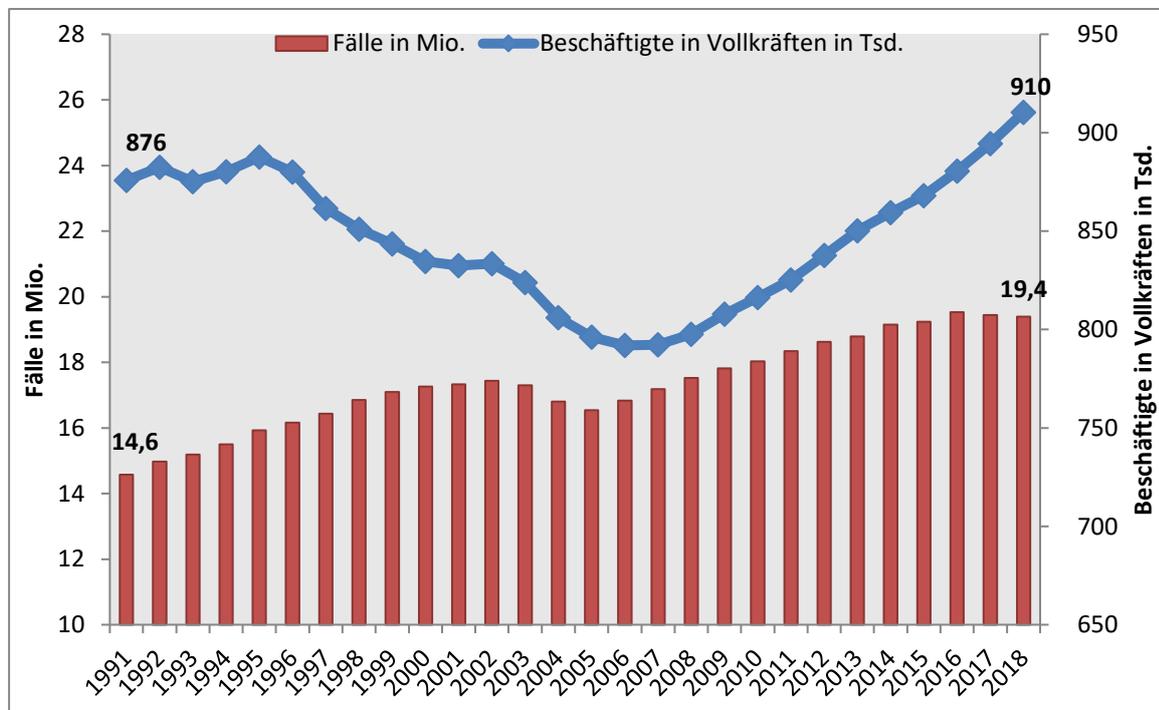
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

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.

Behandlungsfälle, Beschäftigte und Verweildauer

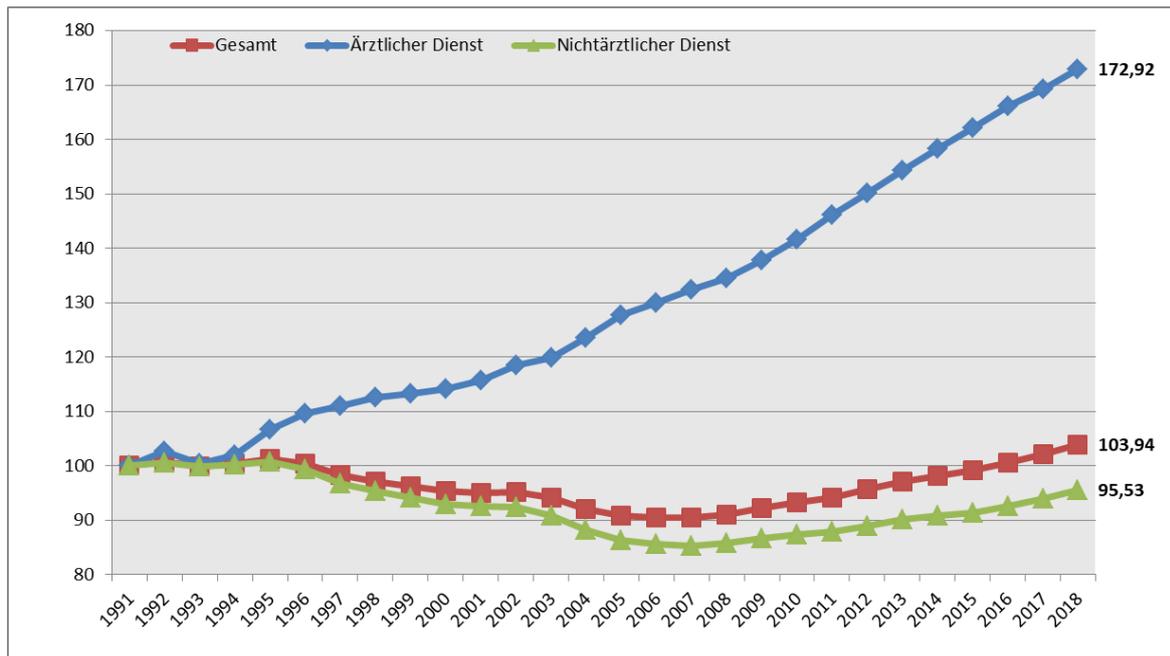
Dem Rückgang der Krankenhaus- und Bettenzahlen steht ein erheblicher Anstieg stationärer Behandlungsfälle gegenüber. So stieg die Fallzahl von 14,6 Mio. im Jahr 1991 auf ca. 19,4 Mio. im Jahr 2018 und damit um rund 34 % (vgl. Abbildung 3.3). Die Anzahl der Beschäftigten (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) befindet sich im Jahr 2018 leicht über dem Niveau des Jahres 1991 (ca. +4 %), nachdem die Beschäftigtenzahlen bis zum Jahr 2006 sanken und danach konstant stiegen. Herauszuheben ist, dass sich die Beschäftigtenzahlen im ärztlichen Bereich (+73 %) und im nicht-ärztlichen Bereich (-4,5 %) gegenläufig entwickelten (vgl. Abbildung 3.4). Seit 2007 steigt die Anzahl der Beschäftigten auch im nicht-ärztlichen Bereich wieder leicht an (+10 %). Die Verweildauer betrug im Jahr 2018 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 am Ende des Kapitels zu entnehmen.

Abbildung 3.3: Entwicklung der Behandlungsfälle und Beschäftigtenzahlen von 1991 bis 2018



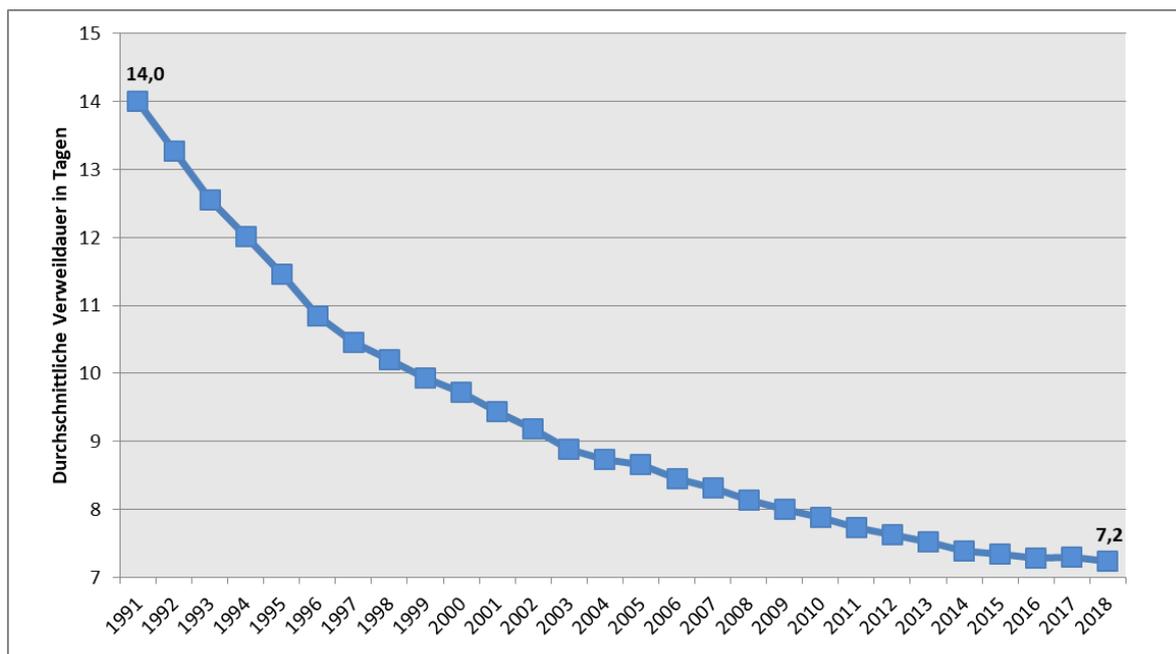
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

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



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.5: Entwicklung der Verweildauer in Tagen von 1991 bis 2018



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

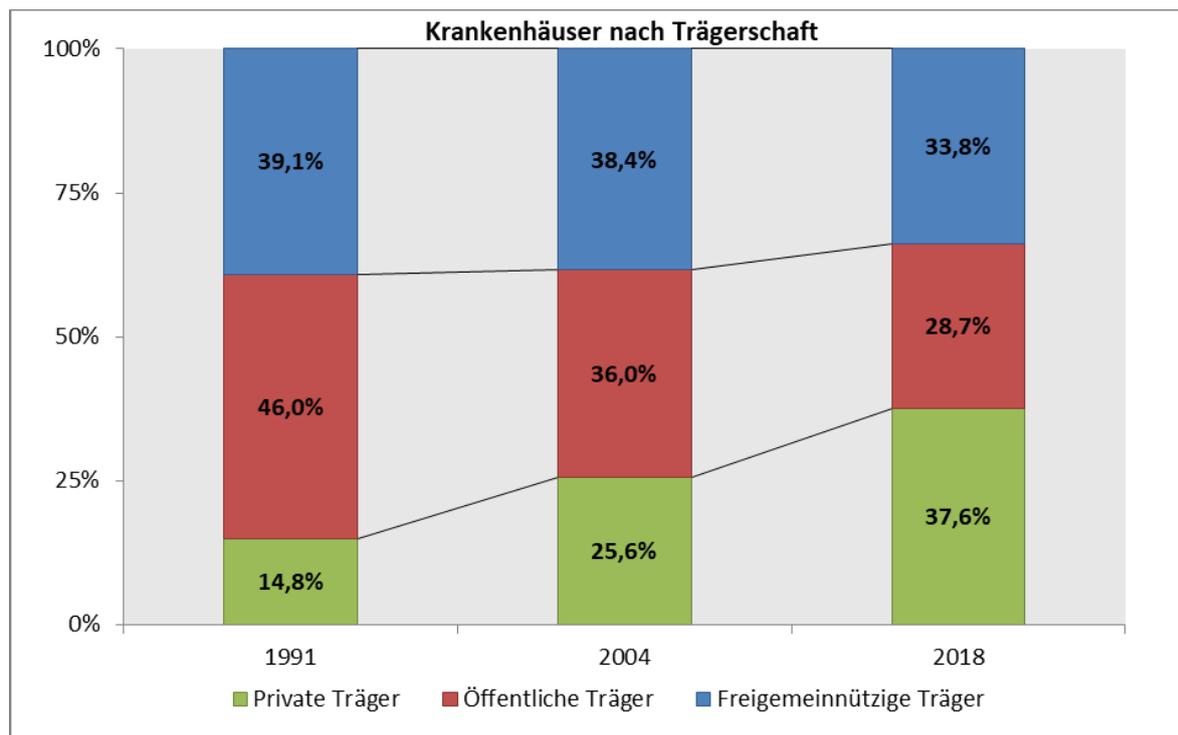
Krankenhausträger

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 2018 noch knapp 29 %. Der Anteil der privaten Krankenhausträger stieg im selben Zeitraum von ca. 15 % auf rund 38 %. Der Anteil der freigemeinnützigen Kran-

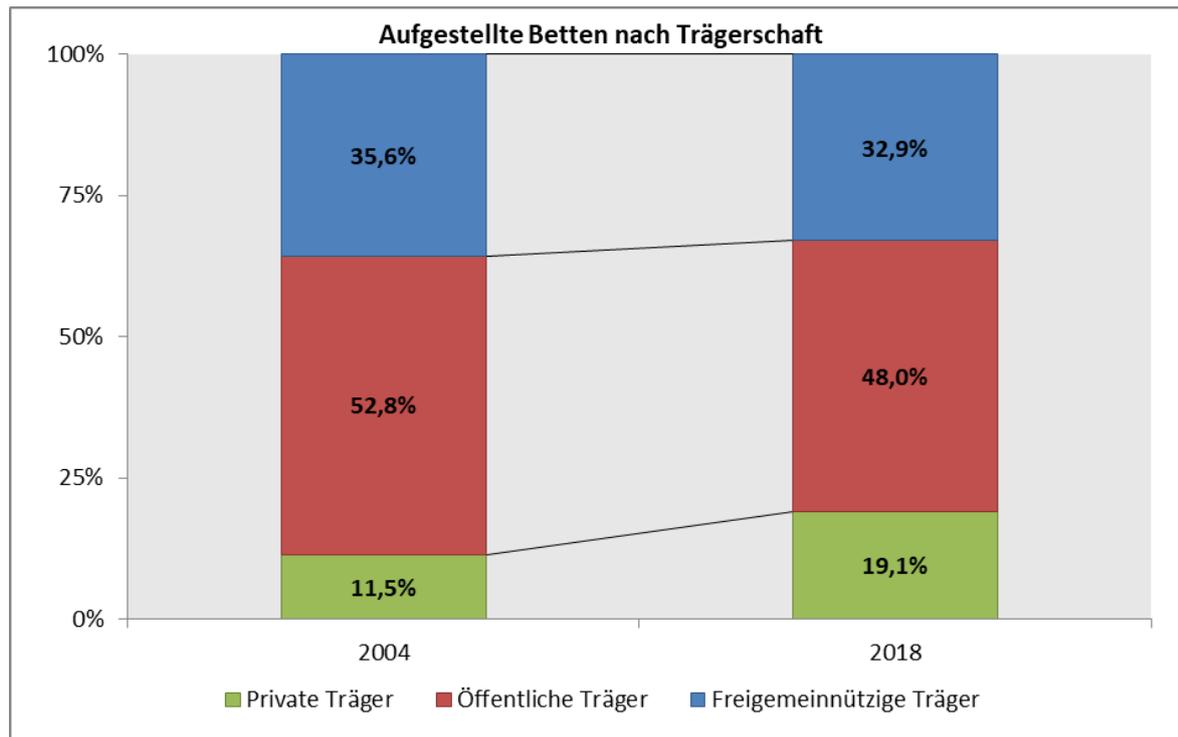
kenhäuser blieb mit ca. 34 % im Jahr 2018 gegenüber 39 % im Jahr 1991 relativ konstant (vgl. Abbildung 3.6).

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. 19 % im Jahr 2018. 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 am Ende des Kapitels).

Abbildung 3.6: Krankenhäuser nach Trägerschaft, Anteile in den Jahren 1991, 2004 und 2018

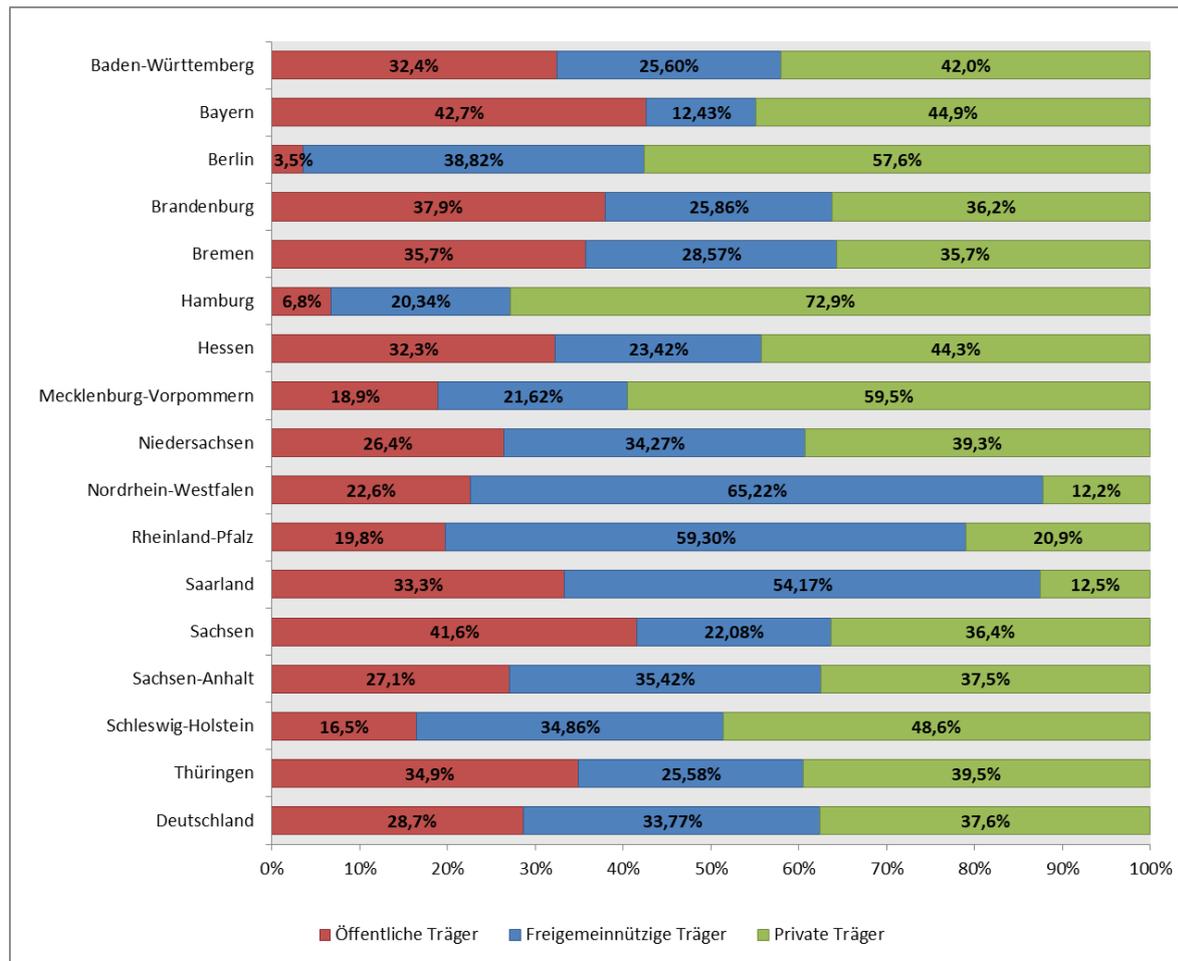


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

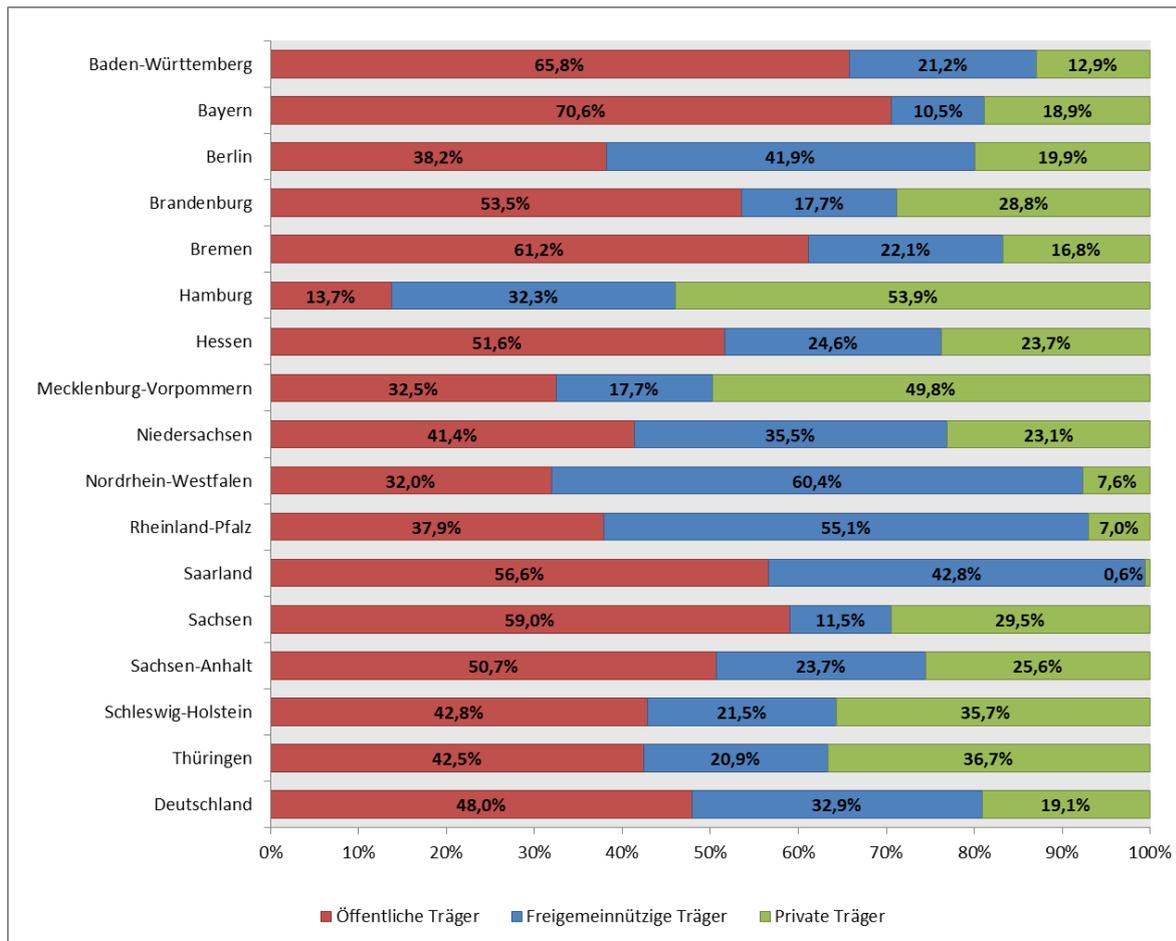
Abbildung 3.7: Aufgestellte Betten nach Trägerschaft, Anteile in 2004 und 2018

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 2018, in Prozent

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

Abbildung 3.9: Aufgestellte Betten nach Bundesland und Trägerschaft im Jahr 2018, in Prozent

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

Tabelle 3.1: Grunddaten der Krankenhäuser von 1991 bis 2018, Deutschland

Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten-dichte*	Fälle**	Berechnungs- und Beleg- ungstage**	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
Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)							
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Betten-dichte*	Fälle**	Berechnungs- und Beleg- ungstage**	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%

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%

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 2018, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 27. August 2020.

* 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 2018, Vergleich der Bundesländer

Vergleich der Bundesländer									
	Krankenhäuser			aufgestellte Betten			Bettendichte*		
	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	1942	-0,9	-16,9	498.192	0,2	-19,4	60,1	-0,1	-20,8
Baden-Württemberg	250	-5,7	-20,9	55.570	-0,4	-18,7	50,3	-0,9	-24,6
Bayern	354	-	-13,7	76.226	-0,1	-12,4	58,5	-0,6	-20,1
Berlin	85	2,4	-11,5	20.574	0,9	-42,2	56,7	-0,1	-44,6
Brandenburg	58	1,8	-3,3	15.460	0,6	-11,8	61,6	0,3	-10,9
Bremen	14	-	-6,7	5.034	0,4	-29,1	73,8	0,0	-29,1
Hamburg	59	1,7	43,9	12.724	1,5	-14,6	69,3	0,6	-20,7
Hessen	158	-0,6	-14,6	36.205	-0,6	-14,6	57,9	-1,0	-18,4
Mecklenburg-Vorpommern	37	-5,1	0,0	10.195	-0,9	-21,0	63,3	-0,9	-9,9
Niedersachsen	178	-1,1	-16,8	41.908	-0,2	-21,9	52,6	-0,5	-24,8
Nordrhein-Westfalen	345	0,3	-28,9	119.595	0,9	-21,5	66,7	0,8	-22,1
Rheinland-Pfalz	86	-1,1	-27,1	24.614	-1,1	-14,7	60,3	-1,4	-17,7
Saarland	24	4,3	-14,3	6.752	4,0	-22,0	68,0	4,3	-14,8
Sachsen	77	-	-18,9	26.239	1,4	-17,8	64,3	1,5	-7,4
Sachsen-Anhalt	48	-	-30,4	15.328	-2,7	-25,3	69,2	-2,1	-6,6
Schleswig-Holstein	109	-1,8	3,8	15.802	-0,1	-7,5	54,6	-0,3	-13,7
Thüringen	43	-	-31,7	15.966	1,2	-17,2	74,4	1,6	-2,6

	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	19.392.466	-0,3	25,1	7,2	-0,4	-39,7	77,1	-0,9	-6,5
Baden-Württemberg	2.151.205	-0,4	21,0	7,2	-0,3	-37,7	76,7	-0,3	-7,6
Bayern	2.985.187	-0,1	27,4	7,2	-0,5	-36,7	76,8	-0,5	-8,0
Berlin	874.943	1,4	36,6	7,2	-1,1	-59,3	84,1	-0,5	-3,4
Brandenburg	564.731	-0,4	34,4	7,8	-1,1	-34,5	78,1	-2,1	0,2
Bremen	222.193	5,8	27,2	6,4	-6,8	-46,9	77,8	-1,6	-4,5
Hamburg	495.895	-1,8	33,3	7,6	1,1	-36,8	81,1	-2,1	-1,3
Hessen	1.374.008	-0,5	22,9	7,4	-0,1	-35,7	76,9	0,1	-7,1
Mecklenburg-Vorpommern	412.301	-1,0	16,0	6,9	-0,6	-34,6	76,1	-0,7	-4,0
Niedersachsen	1.687.139	-1,2	18,1	7,1	-0,1	-36,3	78,7	-1,0	-3,9
Nordrhein-Westfalen	4.646.089	0,6	27,9	7,2	-0,5	-43,2	76,3	-0,7	-7,3
Rheinland-Pfalz	935.585	-1,7	23,6	7,2	0,7	-38,1	74,9	0,2	-9,8
Saarland	285.242	0,0	14,8	7,0	-1,1	-36,8	81,3	-4,8	-6,9
Sachsen	1.002.398	0,1	35,2	7,4	-0,6	-41,6	77,1	-1,8	-3,8
Sachsen-Anhalt	582.242	-3,7	12,2	7,1	0,2	-38,0	73,7	-0,8	-7,1
Schleswig-Holstein	586.746	-2,7	14,8	7,6	0,8	-26,5	77,8	-1,8	-8,6
Thüringen	586.568	1,0	28,2	7,4	-2,8	-39,4	74,4	-3,0	-5,8

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 2018, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 27. August 2020.

* 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 2018, Deutschland

Jahr	Krankenhäuser						
	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%

Jahr	Aufgestellte Betten						
	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%

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 2018, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 27. August 2020.

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

Tabelle 3.4: Krankenhäuser und aufgestellte Betten nach Art der Trägerschaft im Jahr 2018, Vergleich der Bundesländer

Bundesland	Krankenhäuser						
	Insgesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	250	81	32,4%	64	25,6%	105	42,0%
Bayern	354	151	42,7%	44	12,4%	159	44,9%
Berlin	85	3	3,5%	33	38,8%	49	57,6%
Brandenburg	58	22	37,9%	15	25,9%	21	36,2%
Bremen	14	5	35,7%	4	28,6%	5	35,7%
Hamburg	59	4	6,8%	12	20,3%	43	72,9%
Hessen	158	51	32,3%	37	23,4%	70	44,3%
Mecklenburg-Vorpommern	37	7	18,9%	8	21,6%	22	59,5%
Niedersachsen	178	47	26,4%	61	34,3%	70	39,3%
Nordrhein-Westfalen	345	78	22,6%	225	65,2%	42	12,2%
Rheinland-Pfalz	86	17	19,8%	51	59,3%	18	20,9%
Saarland	24	8	33,3%	13	54,2%	3	12,5%
Sachsen	77	32	41,6%	17	22,1%	28	36,4%
Sachsen-Anhalt	48	13	27,1%	17	35,4%	18	37,5%
Schleswig-Holstein	109	18	16,5%	38	34,9%	53	48,6%
Thüringen	43	15	34,9%	11	25,6%	17	39,5%
Deutschland	1.925	552	28,7%	650	33,8%	723	37,6%

Bundesland	Aufgestellte Betten						
	Insgesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	55.570	36.581	65,8%	11.796	21,2%	7.193	12,9%
Bayern	76.226	53.832	70,6%	8.021	10,5%	14.373	18,9%
Berlin	20.574	7.858	38,2%	8.620	41,9%	4.096	19,9%
Brandenburg	15.460	8.273	53,5%	2.735	17,7%	4.452	28,8%
Bremen	5.034	3.080	61,2%	1.110	22,1%	844	16,8%
Hamburg	12.724	1.747	13,7%	4.114	32,3%	6.863	53,9%
Hessen	36.205	18.693	51,6%	8.922	24,6%	8.590	23,7%
Mecklenburg-Vorpommern	10.195	3.317	32,5%	1.804	17,7%	5.074	49,8%
Niedersachsen	41.908	17.343	41,4%	14.890	35,5%	9.675	23,1%
Nordrhein-Westfalen	119.595	38.218	32,0%	72.246	60,4%	9.131	7,6%
Rheinland-Pfalz	24.614	9.327	37,9%	13.555	55,1%	1.732	7,0%
Saarland	6.752	3.824	56,6%	2.888	42,8%	40	0,6%
Sachsen	26.239	15.491	59,0%	3.014	11,5%	7.734	29,5%
Sachsen-Anhalt	15.328	7.774	50,7%	3.636	23,7%	3.918	25,6%
Schleswig-Holstein	15.802	6.770	42,8%	3.395	21,5%	5.637	35,7%
Thüringen	15.966	6.779	42,5%	3.335	20,9%	5.852	36,7%
Deutschland	498.192	238.907	48,0%	164.081	32,9%	95.204	19,1%

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 2018, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt am 27. August 2020.

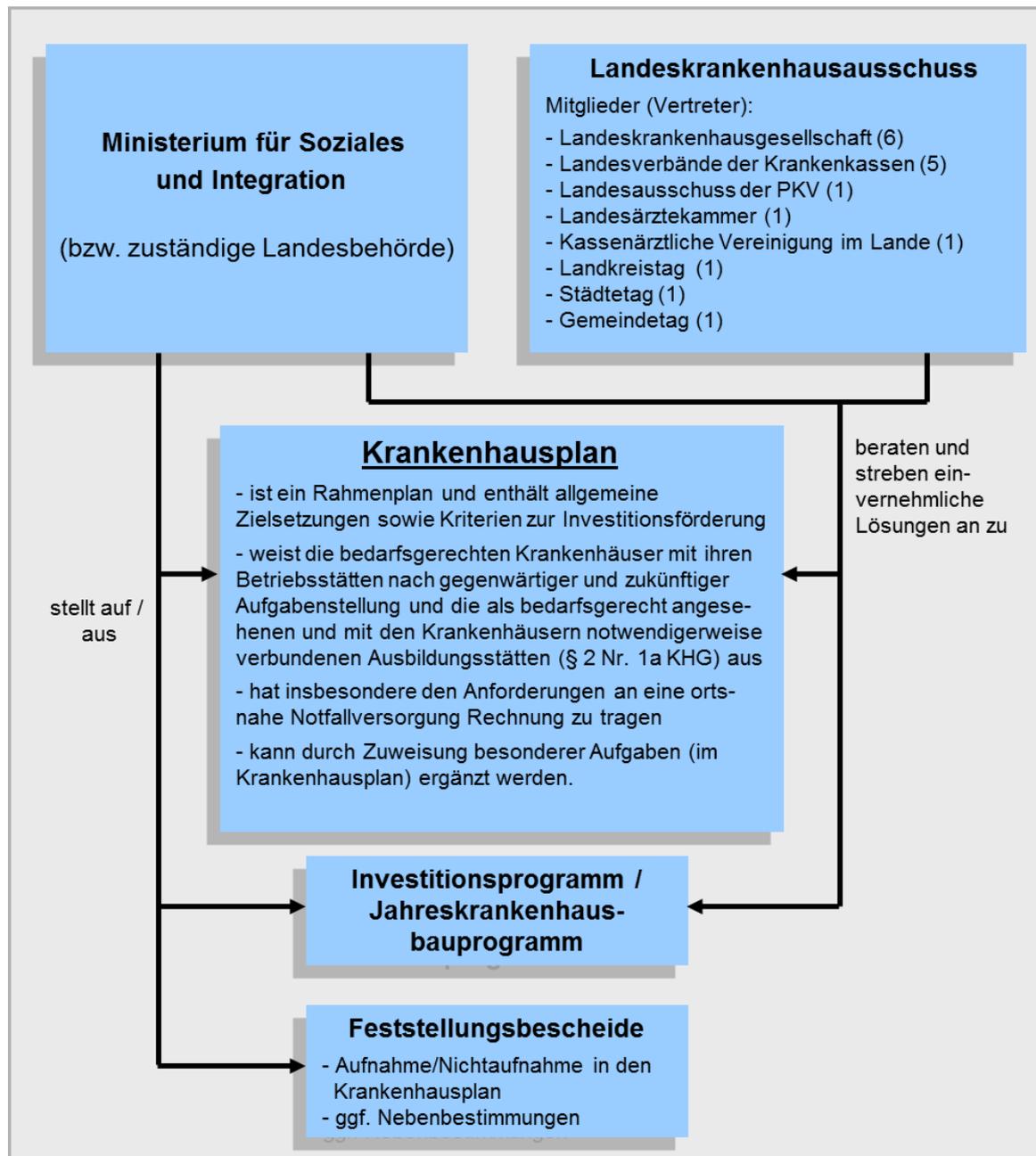
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (ggf. Rundungsdifferenzen).

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 außer Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird dabei nur ein somatisches 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.

Der Bedarf an Planbetten wird primär aus der tatsächlichen Nachfrage ermittelt, die 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 Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte, 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/>

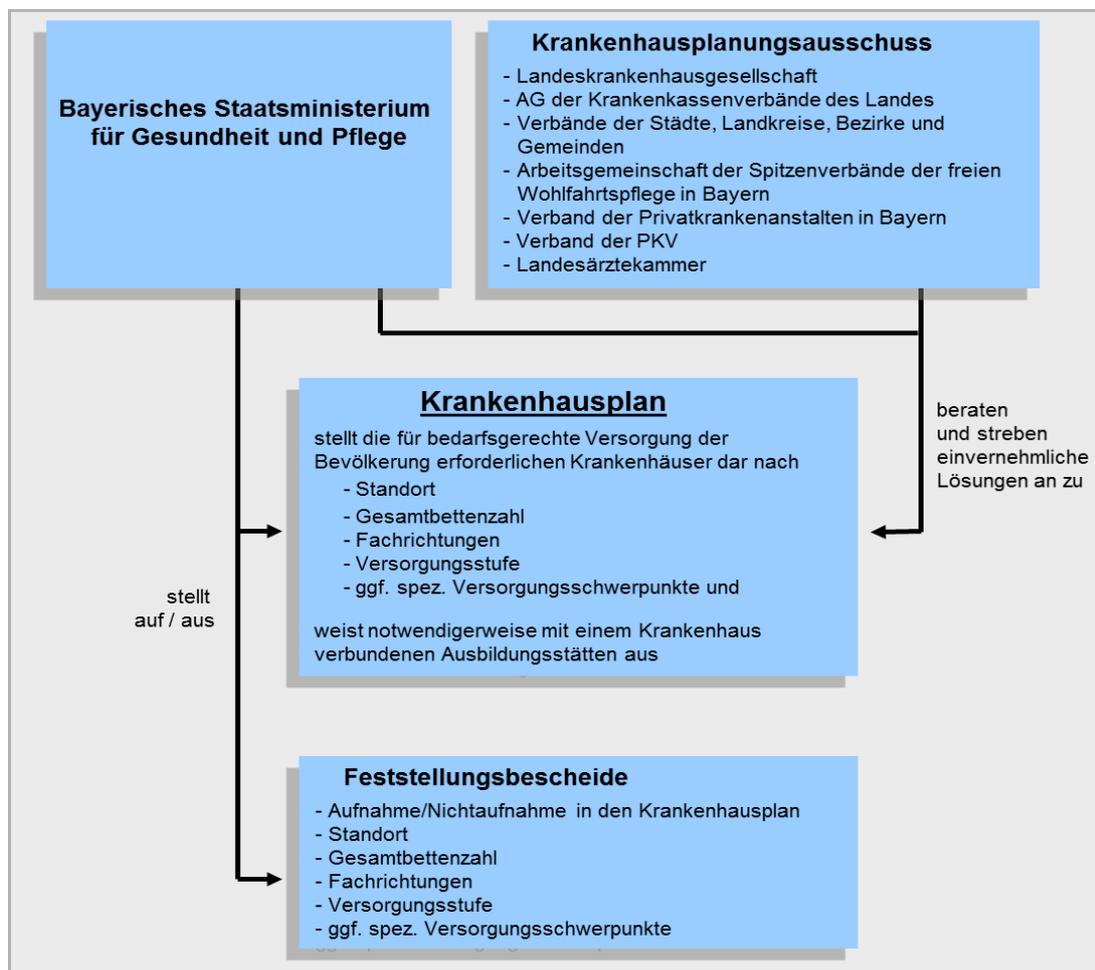
3.3.2 Bayern

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 2021 gelten aktuell die Fachprogramme „Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern“, „Stationä-

re Palliativversorgung“, „Akutgeriatrie“ sowie „Zentren und Schwerpunkte in der stationären Versorgung“. 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 Schwerbrandverletzte.

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 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, 45. Fortschreibung, Stand: 01. Januar 2020, 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 2016 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 $\pm 15\%$ 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.

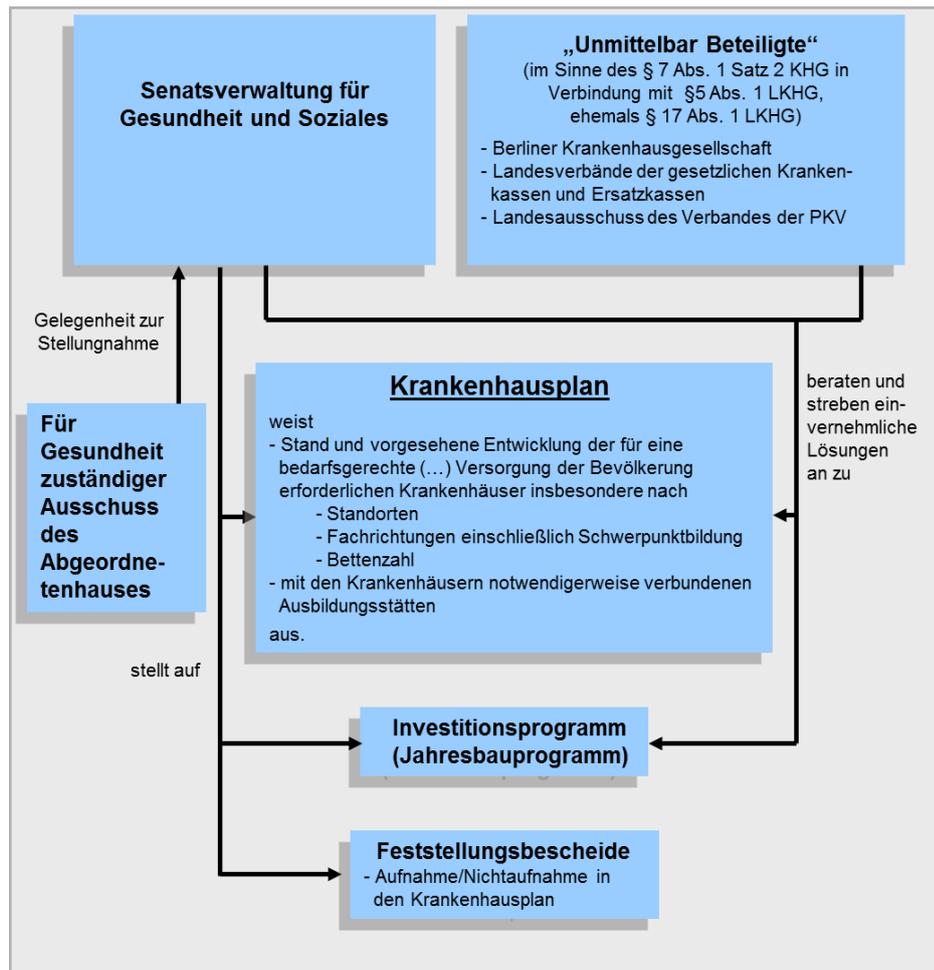
Der Krankenhausplan 2016 umfasst einen Planungshorizont bis zum Jahr 2020 und basiert auf der im Bericht über die „Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2011 – 2030“ prognostizierten Bevölkerung.

Als Normauslastungen wurden folgende verweildauerabhängige Quoten beschlossen:

Fachgebiete	durchschnittl. Verweildauer (in Tagen)	Normauslastung (in Prozent)
Fachgebiete in hauptamtlich geführten Abteilungen (ohne Kinder- und Jugendmedizin)	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 2016.

Abbildung 3.12: Krankenhausplanung in Berlin



Quelle: LKG, DKG.

Basierend auf den Verweildauern des Jahres 2013 ergeben sich folgende fachabteilungsbezogene Normauslastungen:

Fachgebiete	Normauslastung (in Prozent)	Fachgebiete	Normauslastung (in Prozent)
Augenheilkunde	77,5	Neurochirurgie	85
Chirurgie ^{*)}	85	Neurologie	85
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80	Nuklearmedizin	80
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	80	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	80	Psychosomatik	90

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

Quelle: Berliner Krankenhausplan 2016.

Für die Bedarfsanalyse findet unter Berücksichtigung demografischer Faktoren bei der Prognose des Bettenbedarfs die Hill-Burton-Formel für den Krankenhausplan 2016 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 2020 zu prognostizieren, wurde für die somatischen Fachgebiete die erwartete demographische Entwicklung berücksichtigt und je Fachbereich eine Bettenprognose für 2020 unter der Annahme einer 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 2020 entsprechend adjustiert.

Besondere krankenhauplanerische Ausführungen enthält der Krankenhausplan 2016 für die folgenden Versorgungsbereiche: Tumormedizin, Gefäßmedizin, Kardiologie, Erkrankungen der Atmungsorgane, Geriatrie und Versorgung Demenzkranker, Krankenhausversorgung am Lebensende, Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Perinatal- und Neonatalversorgung, Somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Beatmungsentwöhnung/Weaning, Transplantationsmedizin sowie Notfallversorgung.

Aktueller Krankenhausplan:

Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, online abrufbar unter:

<http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>

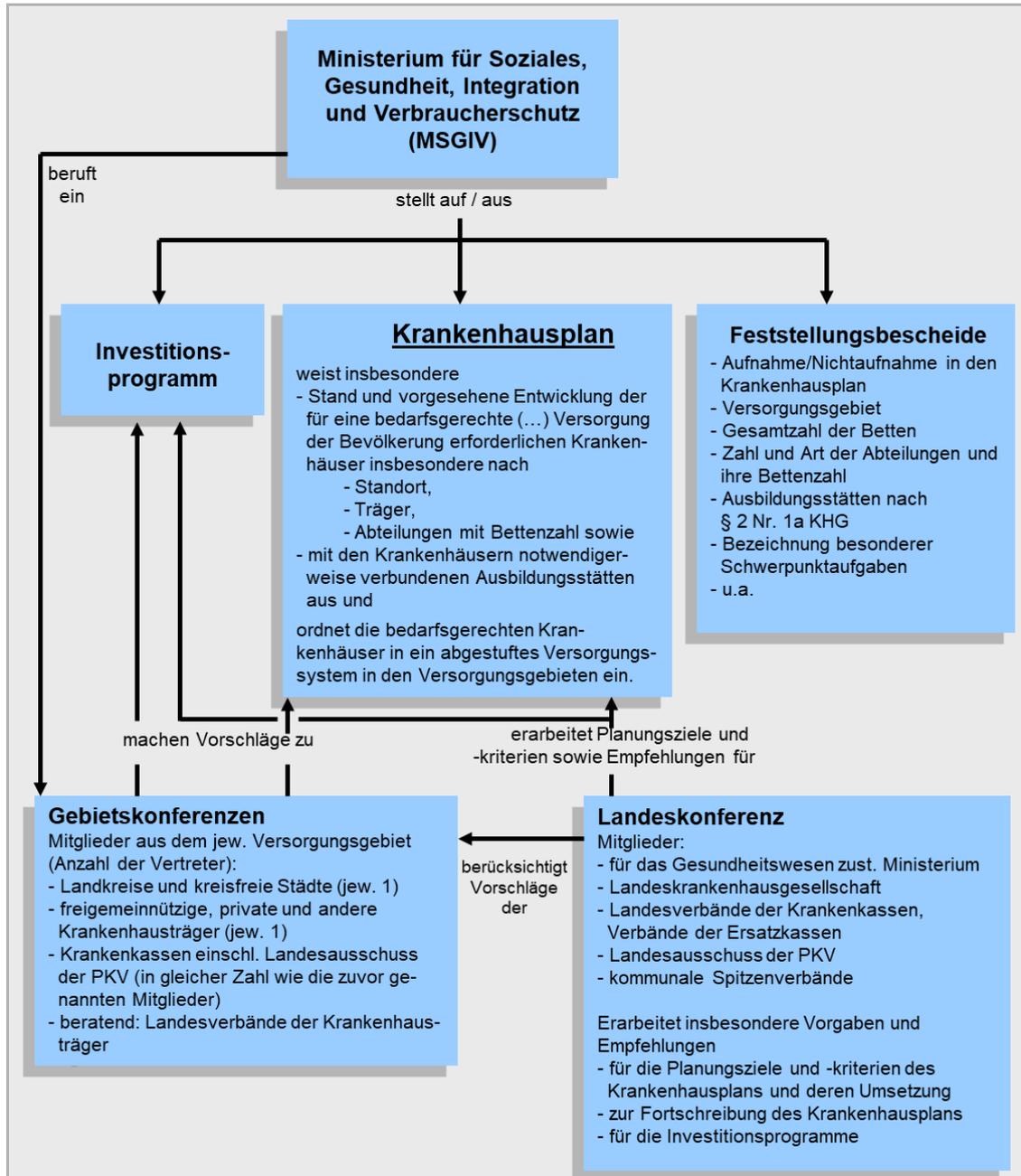
3.3.4 Brandenburg

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 bildende Konferenzen und die Landeskonzferenz für Krankenhausplanung mit (vgl. dazu Abbildung 3.13). Die Gebietskonferenzen 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, Empfehlungen zur Fortschreibung des Krankenhausplanes und zur Abstimmung mit der Krankenhausplanung des Landes Berlin.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85 %. Ausnahmen bestehen für die Fachgebiete Kinder- und Jugendmedizin (80 %) sowie die Fachgebiete Geriatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie bei der neurologischen Frührehabilitation Phase B (jeweils 90 %). Die Soll-Auslastung von 90 % gilt auch für psychiatrische Tageskliniken, für alle anderen Tageskliniken gilt eine Soll-Auslastung von 95 %.

Abbildung 3.13: Krankenhausplanung in Brandenburg



Quelle: Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG), DKG.

Aktueller Krankenhausplan:

Der aktuelle Krankenhausplan unter Berücksichtigung der Ersten Änderung zur Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes (Veröffentlichungen im Amtsblatt für

Brandenburg Nr. 34 vom 14. August 2013 und Nr. 7 vom 24. Februar 2016) ist online abrufbar unter:

<http://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013>.

3.3.5 Bremen

Der Krankenhausplan wird vom Senator für Gesundheit aufgestellt und gemäß § 4 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.

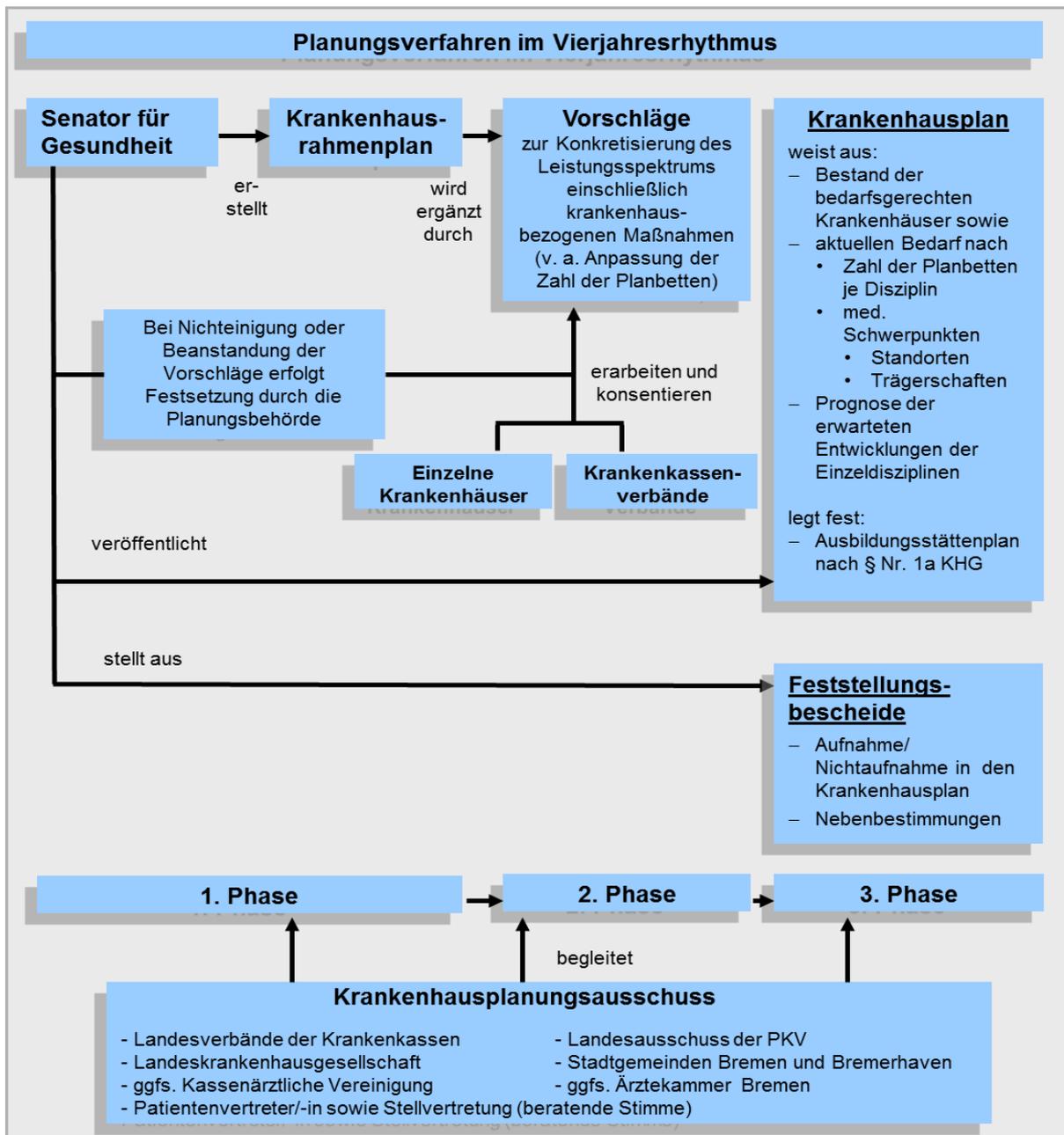
Gemäß dem Rahmenplan weist dieser aufgrund der bestehenden Unsicherheiten bei der Kapazitätsprognose in Zusammenhang mit Belegungsschwankungen je nach Zuordnung zu Fachabteilungen mit langer oder kurzer Verweildauer an einer Auslastungsspanne von 80 - 90 % errechnet. An diesem Korridor können sich die Selbstverwaltungspartner bei ihren Vorschlägen zur Umsetzung des Rahmenplans orientieren.

Der aktuelle Landeskrankenhausplan gilt vom 01.01.2018 - 31.12.2021.

Im Jahr 2021 sollen die wesentlichen Vorarbeiten für den folgenden Krankenhausplan erfolgen. Eine Verabschiedung ist zu Ende 2021 vorgesehen.

²⁴ In der ersten Phase erstellt der Senator für Gesundheit einen Rahmenplan. Dieser wird in der zweiten Phase durch zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassenverbänden konsentiertere 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 – 2018-2021, online abrufbar unter:

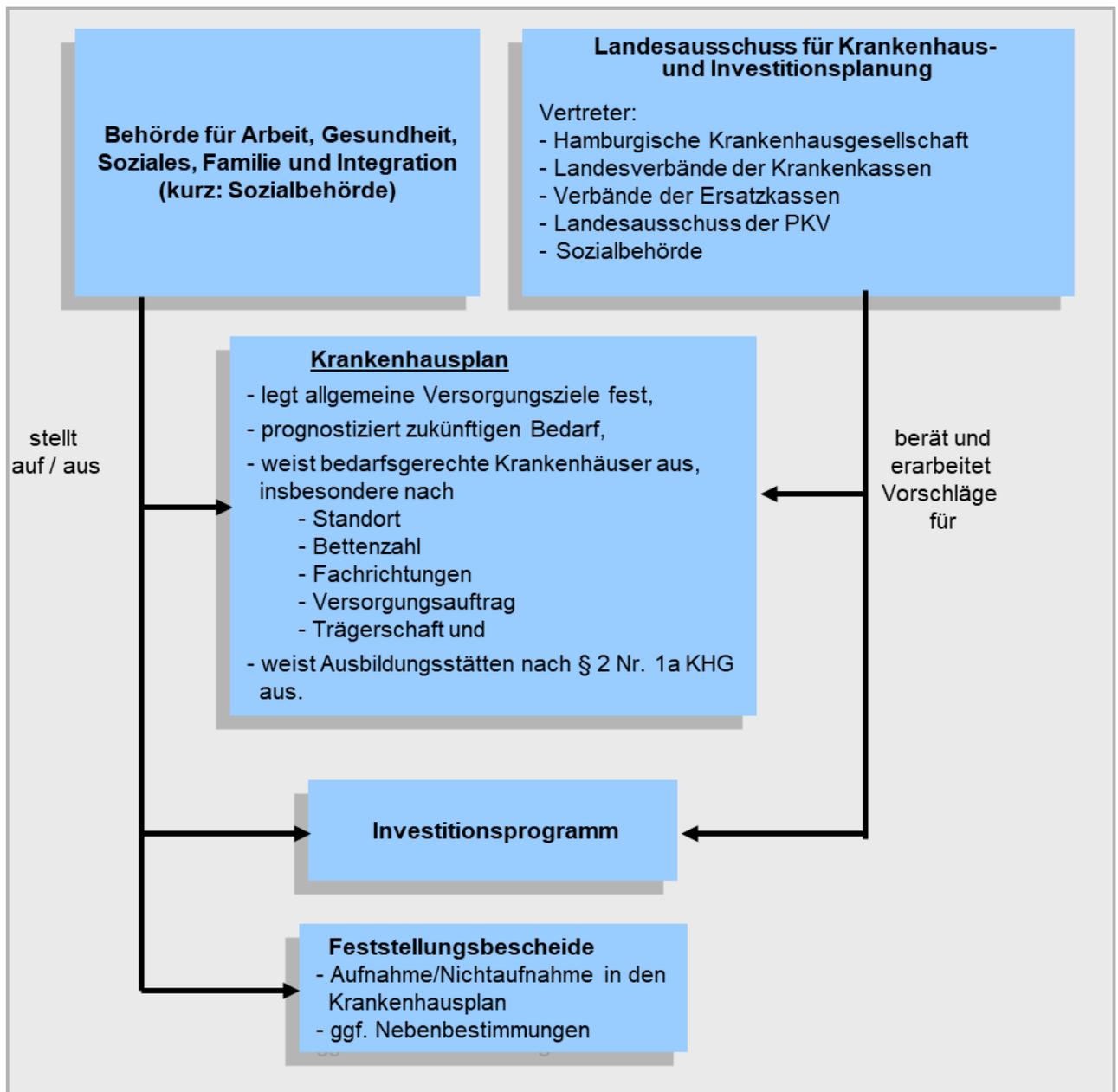
<https://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/detail.php?gsid=bremen121.c.1967.d.e>

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 aktuelle „Krankenhausplan 2020“ umfasst eine Laufzeit vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2020. 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 entfällt die Bettenplanung auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Fachbereiche.

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. ein-

zelen 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 stärken 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 krankenhauserischen 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 krankenhauserplanerischen Aufgaben mehr wahr. Sie sind nunmehr als regionale „Versorgungskonferenzen“ dem Landesgremium nach § 90a SGB V zugeordnet.

Aktueller Krankenhausplan:

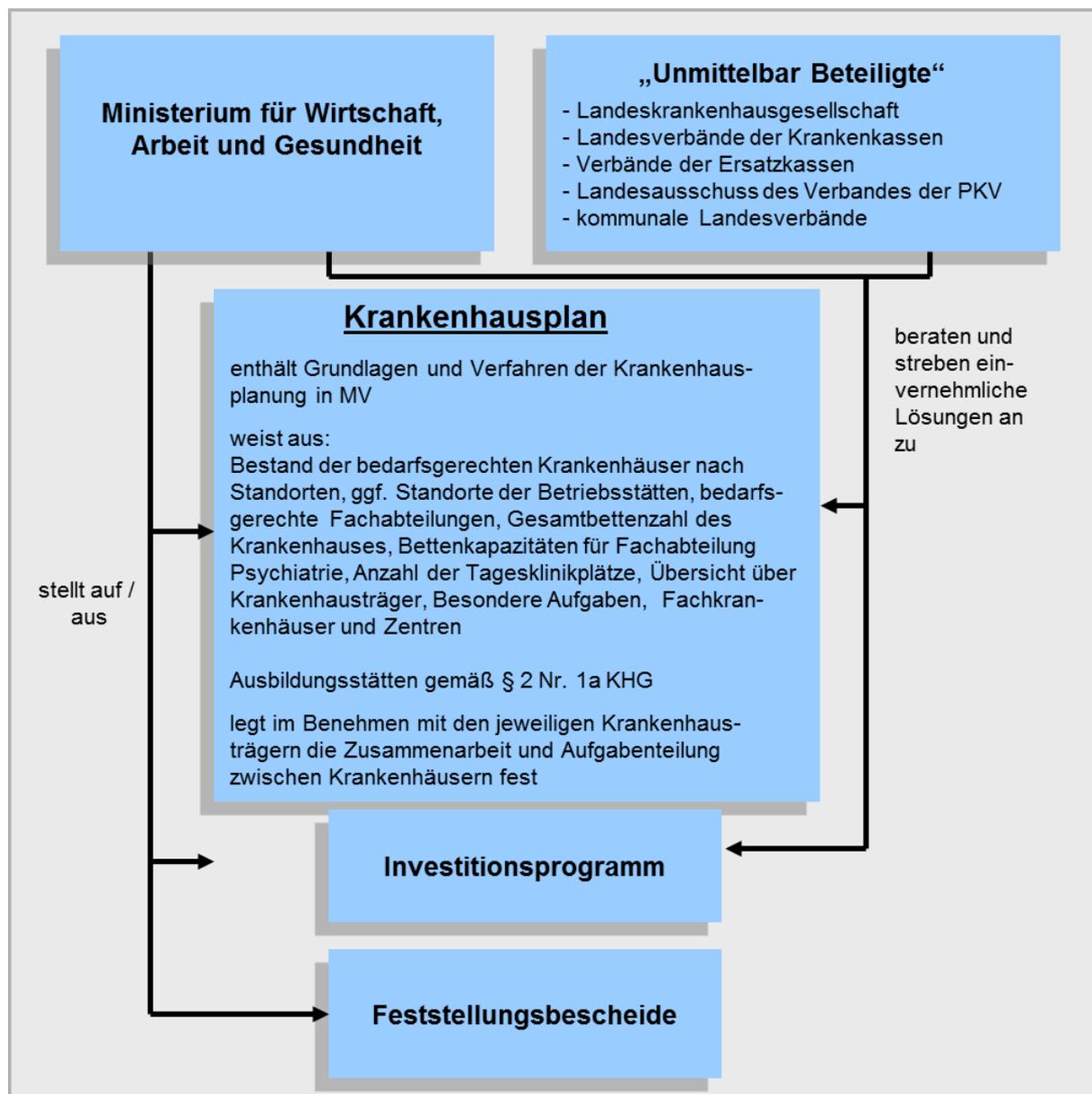
Hessischer Krankenhausplan 2020 – Allgemeiner Teil, online abrufbar unter: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/web_krankenhausplan2020.pdf.

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/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen>.

3.3.9 Niedersachsen

Der Krankenhausplan wird nach § 4 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) 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 Ausbil-

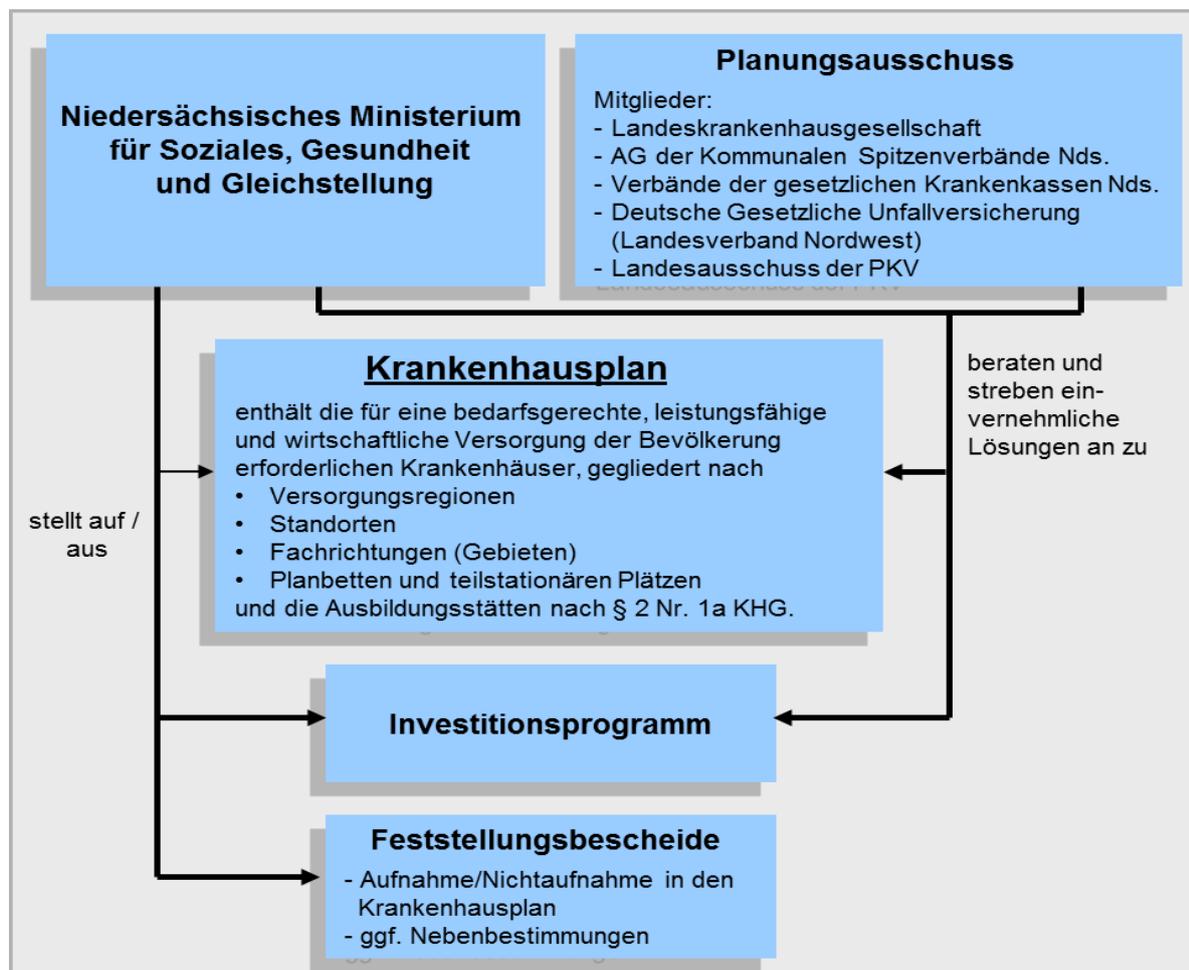
dingsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG. Dabei handelt es sich bei dem Krankenhausplan um einen Rahmenplan, der durch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V konkretisiert werden kann.

Der derzeit aktuelle Krankenhausplan (2020) enthält u.a. einen Krankenhausfachplan „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 krankenhausesplanerische 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:

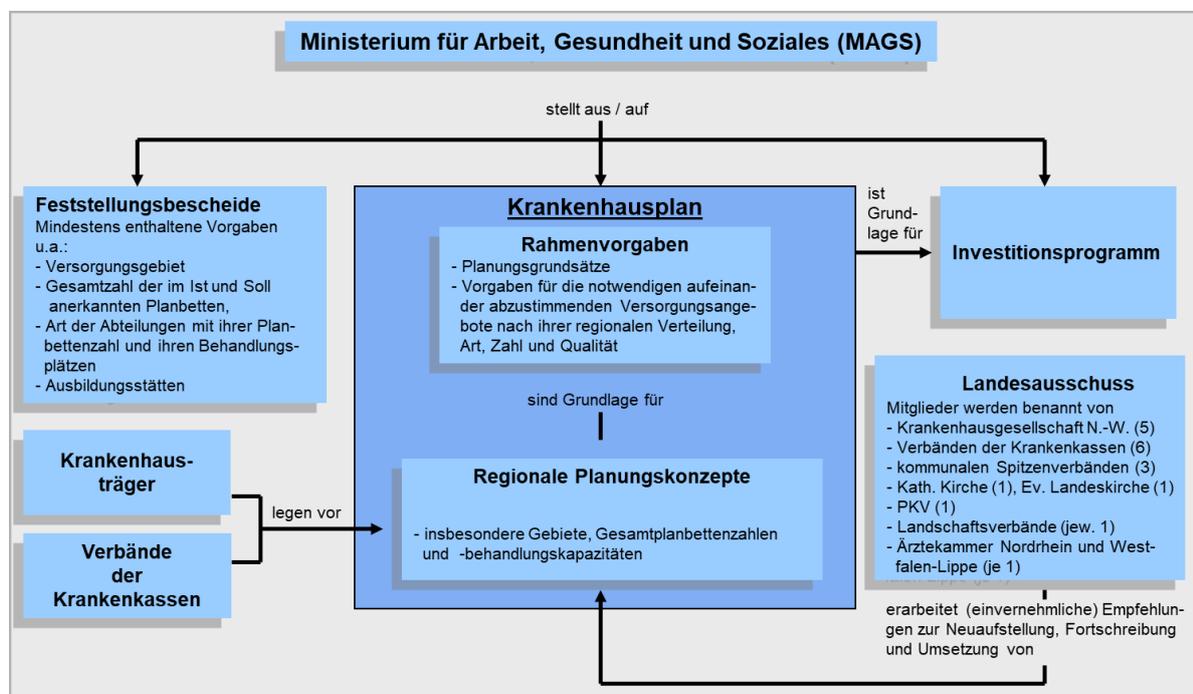
Niedersächsischer Krankenhausplan 2020, Stand: 01. Januar 2020, 35. Fortschreibung, online abrufbar unter:

https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/krankenhauser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html.

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 NRW 2015 ist am 23. Juli 2013 in Kraft getreten und löst damit die bisherigen Rahmenvorgaben (Krankenhausplan NRW 2001) ab. Der neue Rahmenplan verzichtet u. a. auf die Planung und Festlegung von Teilgebieten. Er enthält neben der Bepflanzung der Gebiete nach den Weiterbildungsordnungen Festlegungen für den Bereich der Geriatrie, für die Schlaganfallversorgung, Herzchirurgie, Perinatalzentren, von Transplantationseinrichtungen, von Versorgungseinrichtungen für Infektionspatientinnen und -patienten, Intensiv- und Palliativbetten sowie die Komplementärmedizin. Die neuen Rahmenvorgaben bilden die Grundlage für die zukünftige Erarbeitung regionaler Planungskonzepte.

Der Krankenhausplan beruht auf dem am 29. Dezember 2007 in Kraft getretenen Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW). Mit dem neuen Gesetz sollte die bisherige Detailplanung zugunsten einer Rahmenplanung entfallen.

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, bestehend aus einer Präambel für besondere Aufgaben von Zentren und den jeweiligen Checklisten zur Ausweisung von besonderen Aufgaben von Zentren, vorgenommen. Insgesamt waren 11 Zentren vorgesehen:

- Zentrum für Seltene Erkrankungen
- Zentrum für HBO (Hyperbare Sauerstofftherapie)
- Zentrum für hochkontagiös erkrankte Patienten
- Onkologische Spitzenzentren
- Zentrum überregionale Stroke Unit
- Herzzentrum
- Perinatalzentrum
- Zentrum für Schwerbrandverletzte
- Zentrum für Transplantation
- Brustzentrum
- Zentrum für Kinderonkologie.

Mit einer weiteren Fortschreibung im September 2020 hat das MAGS NRW die Regelungen des G-BA einbezogen. Die besonderen Aufgaben richteten sich nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). Dieser konkretisierte auf der Grundlage von § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und bestimmte Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben. Insgesamt sind mit den ergänzten Vorgaben zum Traumazentrum das Rheumatologische Zentrum und Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie derzeit 13 Zentrumsarten mit und ohne Zuschlagsmöglichkeit vorgesehen.

Aktueller Krankenhausplan:

Der Krankenhausplan NRW 2015 des Landes Nordrhein-Westfalen – Rahmenvorgaben sowie weitere Informationen zum aktuell gültigen Krankenhausplan sind online abrufbar unter: <https://www.mags.nrw/krankenhausplan-nordrhein-westfalen>.

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

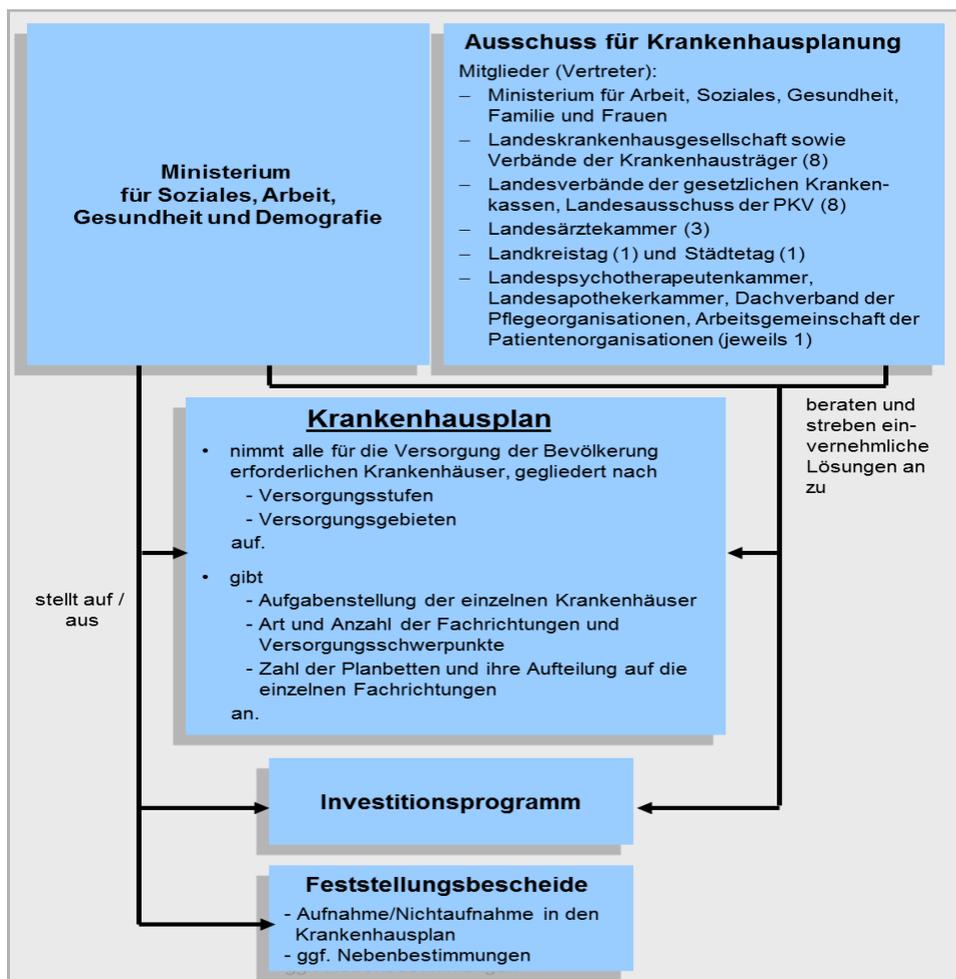
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung und nach Anhörung von weiteren im Bereich des Krankenhauswesens tätigen Verbänden und Organisationen (vgl. dazu Abbildung 3.19). Der Krankenhausplan wird von der Landesregierung beschlossen und im Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz veröffentlicht.

Der aktuelle Krankenhausplan 2019 gilt bis 2025. Er wurde auf Basis eines vorbereitenden Gutachtens durch das Institut IGES, 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 Verantwortlichen 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). 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 bedarfsnotwendigen 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
- Hochkontagiöse 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

Aktueller Krankenhausplan:

Saarländischer Krankenhausplan 2018 - 2025, online abrufbar unter:
<https://www.saarland.de/237945.htm>.

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):

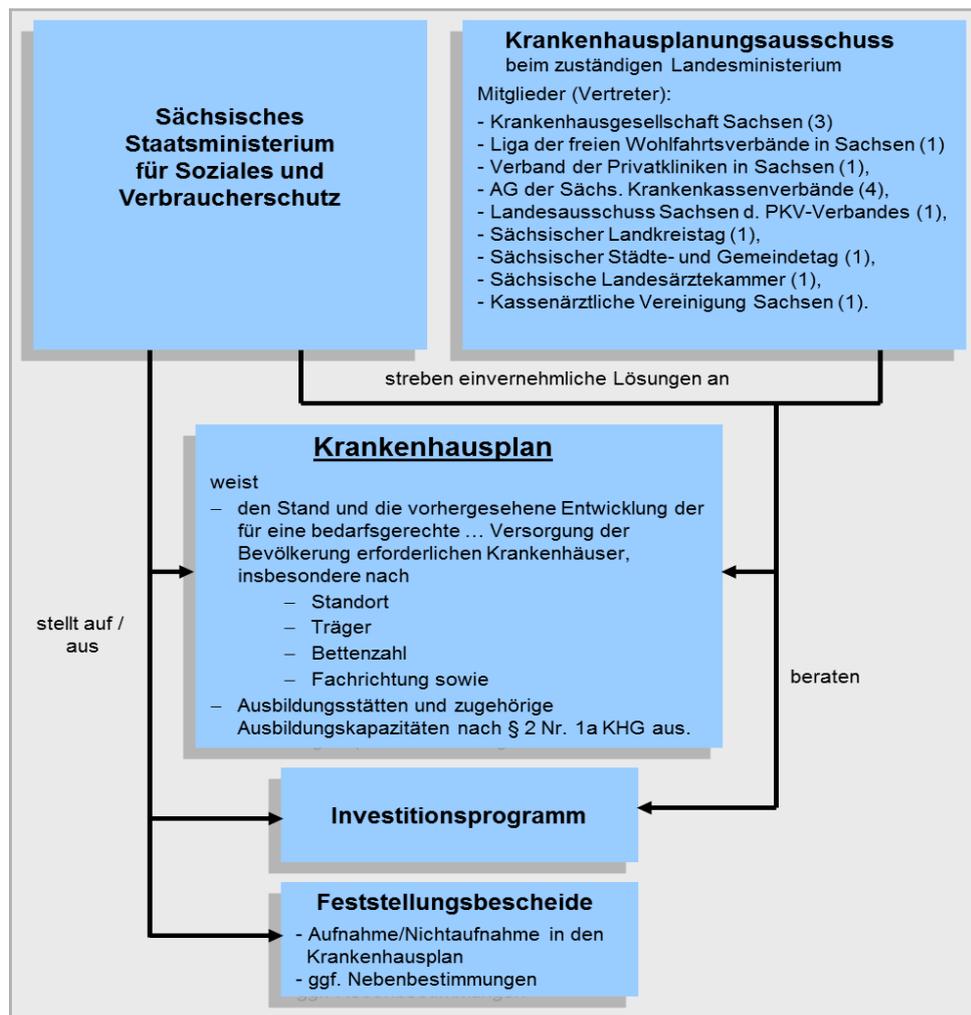
Abbildung 3.20: Bettennutzungsgrade Sachsen

Fachgebiet bzw. Teilgebiet oder Fachprogramm		Bettennutzungsgrad (BN _{Soll 2018 Fachgeb n}) in %	
		Haupt- abteilung	Beleg- abteilung
Somatische Fachgebiete			
	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 Pflegetagen 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 in der spezialisierten Versorgung geriatrischer Patienten, in der Versorgung von Erkrankten mit hochpathogenen lebensbedrohlichen Erregern und in der spezialisierten Adipositasbehandlung vor. Darüber hinaus wurden als Fachprogramme aufgenommen: die Versorgung Schwerbrandverletzter, die Neurologische Frührehabilitation Phase B, zum Versorgungsbe- reich der Transplantationen die Transplantationszentren nach Transplantationsge- setz und die Stammzell- und Knochenmarktransplantation sowie die Cochlear- Implantation in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Die sächsische Staatsregierung hat den aktuellen Krankenhausplan 2018 (12. Fort- schreibung) am 28. August 2018 verabschiedet. Am 01. September trat er in Kraft. Wesentliche Änderung gegenüber dem vorhergehenden Krankenhausplan sind ins- besondere 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.

Aktueller Krankenhausplan:

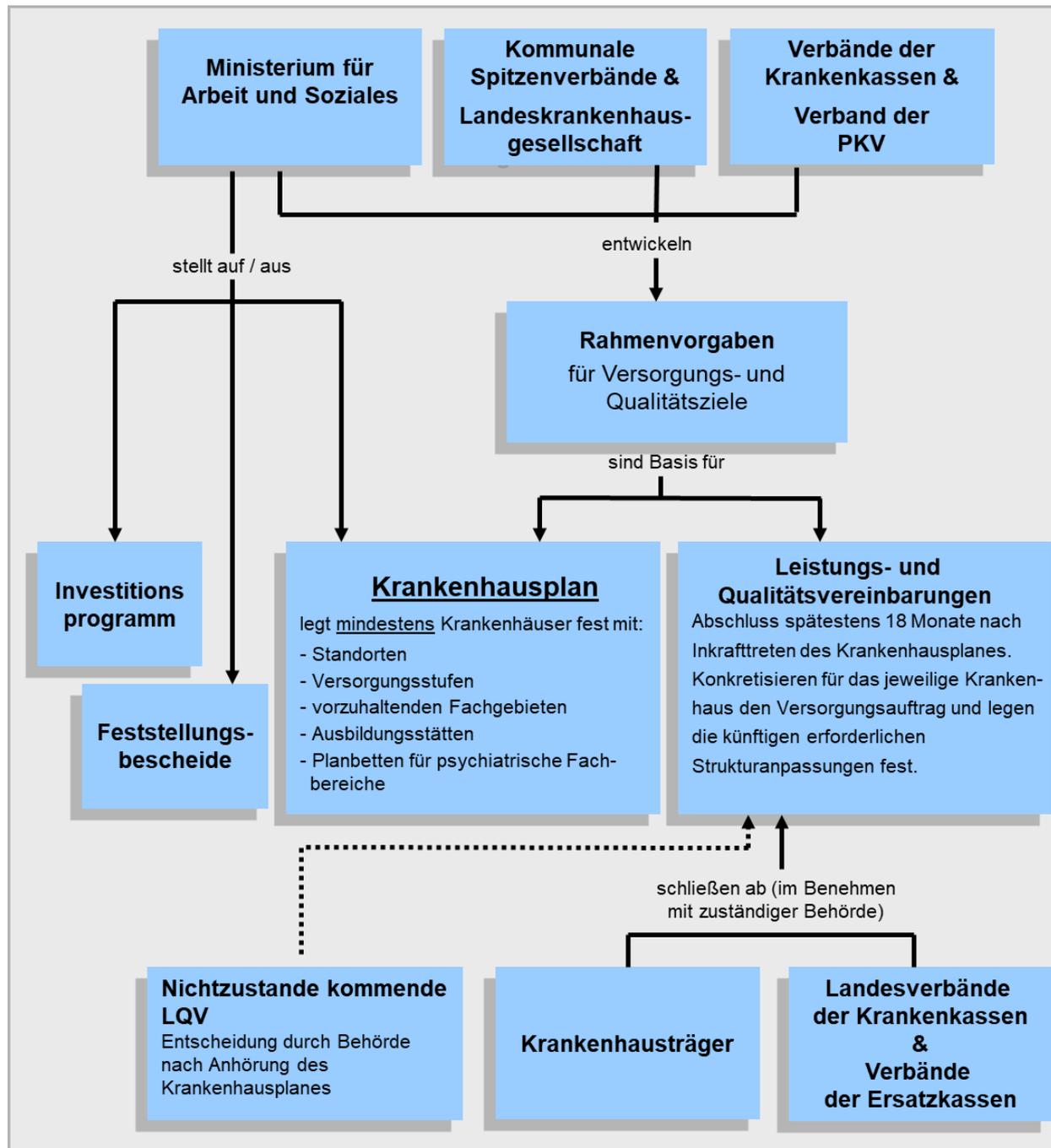
Krankenhausplan 2018 des Freistaates Sachsen, 12. Fortschreibung vom Stand: 01. September 2018 vom 30. August 2018, online abrufbar unter: <https://www.saarland.de/msgff/DE/portale/gesundheitundpraevention/leistungenabisz/gesundheitschutz/salkrankenhauswesen/salkrankenhauswesen.html#doce5590214-2b7b-4e4c-917b-314e1e877727bodyText2>.

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:

Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt ab 2014, online abrufbar unter: <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/VVST-VVST000010828>
 Ab 01.12.2019 gibt es einen neuen Krankenhausplan.

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 medizi-

nisch-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.

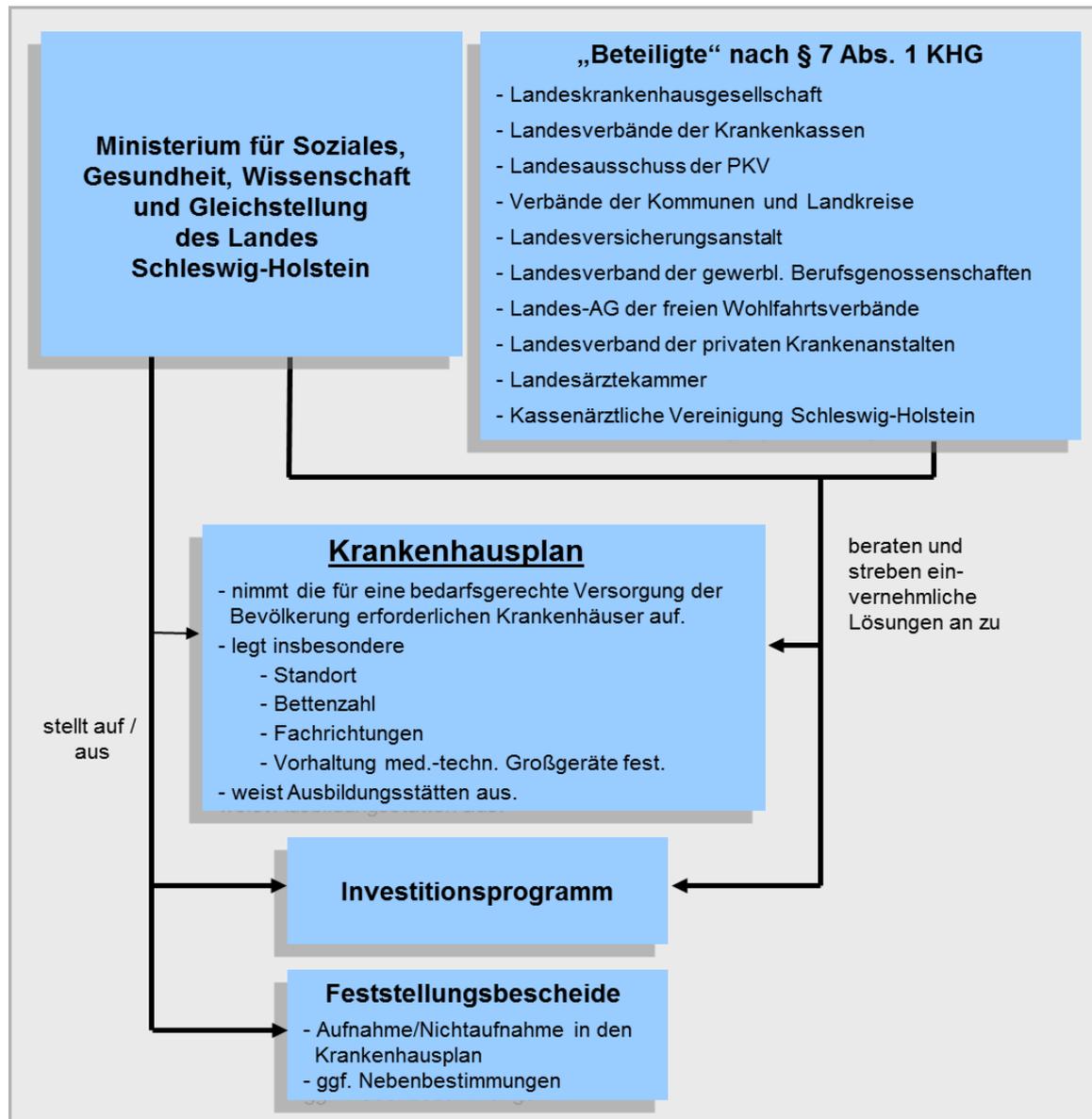
Die Richtwerte für die Bettenauslastung der Fachabteilungen orientieren sich grundsätzlich an der durchschnittlichen Verweildauer des jeweiligen Fachgebietes:

- 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 (TMASSGF) 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 Gutachtauftrages 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.

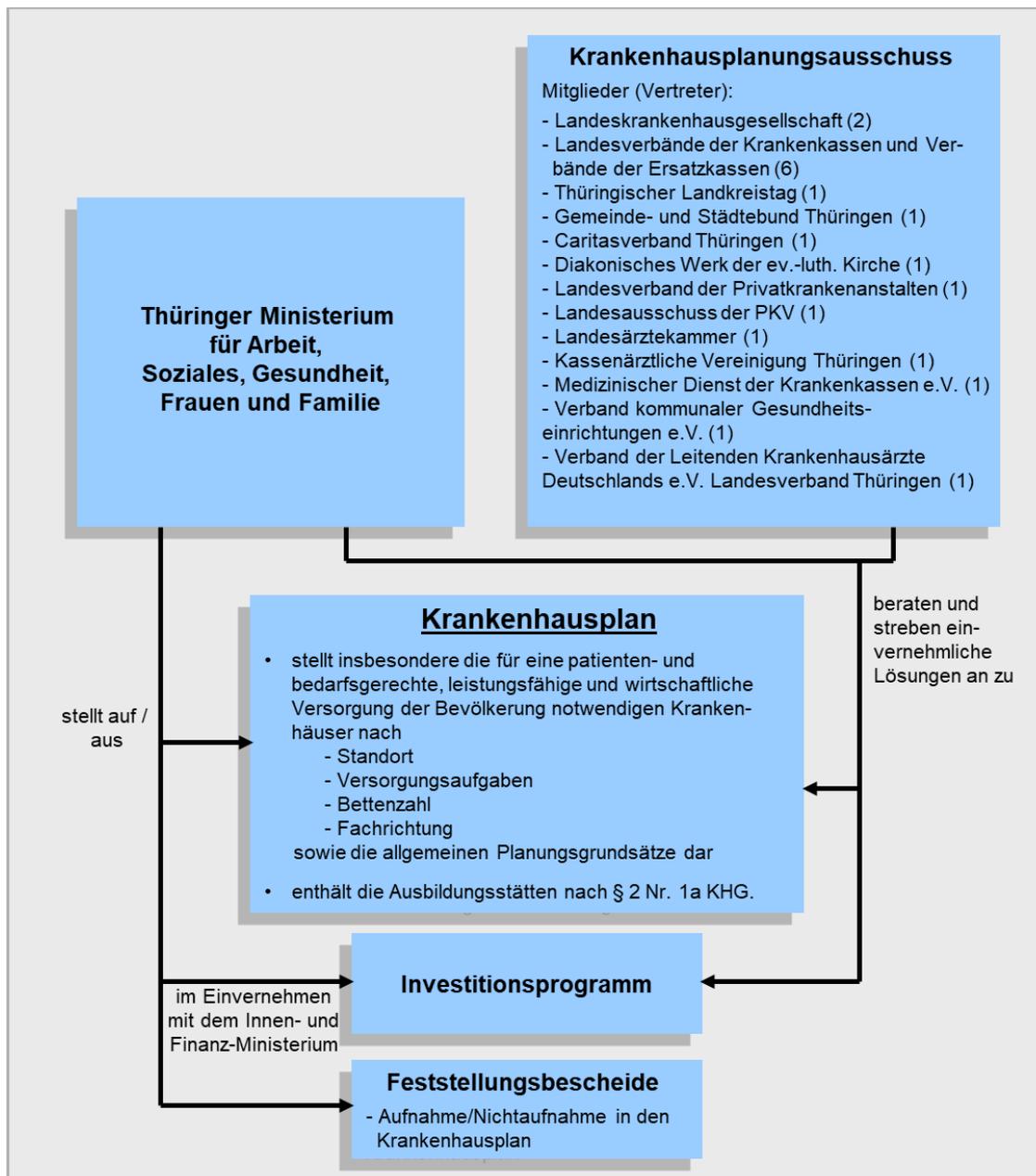
Im 7. Thüringer Krankenhausplan wurde die Versorgung von Schlaganfällen neu aufgenommen. Hierzu wurde ein Konzept erarbeitet, das eine strukturierte Versorgung vorsieht. Erstmals wurde das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beplant. Weiter wurde durch die Novellierung des ThürKHG 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 perso-

nelle 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, Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie, Neurologische Frührehabilitation, Geriatrie, Schlaganfallversorgung, Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, Tumorzentren und onkologischer Schwerpunkte, Traumazentren, Weaning sowie chronische Dialyse.
Bayern	-	Vorgaben für die Fachprogramme Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern, Palliativversorgung in Krankenhäusern, Akutgeriatrie sowie „Zentren und Schwerpunkte in der stationären Versorgung“.
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, gefäß-

Bundesland	Notfallversorgung	Qualitätskriterien und -festlegungen
		medizinische Schwerpunkte, thoraxchirurgische Abteilungen). Besondere qualitätssichernde Anforderungen gelten zudem für die Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren. Hinzu kommt die Aufnahme von Transparenzinformati- onen zu Zwecken der Qualitätssi- cherung (vergleichende Darstel- lung von Krankenhausfallzahlen u. a. zu Krebsoperationen, Thera- pie von Herzinfarkt und Schlagan- fall, künstlicher Gelenkersatz an Hüfte und Knie).
Brandenburg	Alle Krankenhäuser entsprechend ihrem Versorgungsauftrag.	Konzeptionelle Voraussetzungen für das Fachgebiet Psychosoma- tik/Psychotherapie, ansonsten lediglich Verweis auf G-BA- Kriterien bzgl. Perinatalzentren.
Bremen	Alle Krankenhäuser sind verpflich- tet an der Notfallversorgung teilzu- nehmen sowie eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft zu gewährleisten.	Die im BremKrhG ermöglichte Einbeziehung von Qualitätsvorga- ben im Krankenhausrahmenplan wurde bisher noch nicht umge- setzt.
Hamburg	Auflistung teilnehmender Kranken- häuser (eingeschränkt, uneinge- schränkt).	Qualitätsanforderungen für die Neurochirurgie (gem. § 6b Abs. 2 HmbKHG) und für Gefäß- chirurgie, Herzchirurgie, Kinder- herzchirurgie und Thoraxchirurgie (gem. HmbQualiVO). Erläuterung von Qualitätsaspekten u. a. für die Bereiche Herzinfarkt- versorgung, Schlaganfallversor- gung, Kindgerechte Krankenhaus- versorgung, Geriatrische und Psy- chiatrische Versorgung sowie Frührehabilitation.
Hessen	Verweis auf die Vorgaben des G-BA zur gestuften Notfallversor- gung. Weiterentwicklung und Aktualisie- rung bereits bestehender eigen- ständiger medizinisch-fachlicher und organisatorischer Kriterien für Allgemeinkrankenhäuser bzw. für unfallchirurgische Fachkranken- häuser durch die LÄKH über die Strukturvorgaben des G-BA hin- aus, soweit sie den bundesrechtli- chen Vorgaben nicht widerspre- chen.	Festlegung von Kriterien zur Sicherstellung der Qualität und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; Anwendung der planungsrelevan- ten Qualitätsindikatoren.

Bundesland	Notfallversorgung	Qualitätskriterien und -festlegungen
Mecklenburg-Vorpommern	-	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 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	-	-
Nordrhein-Westfalen	-	Bezugnahme auf für verschiedene Versorgungsbereiche herangezogene medizinisch-fachliche Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen als wichtige Orientierung und zur Überprüfung der Strukturqualität so lange, bis sich der allgemein anerkannte Stand der Medizin ausdrücklich weiter entwickelt hat, z.B. durch Neufassung einer Leitlinie. Eine Orientierung ist kein Ausschlusskriterium; die konkrete Situation des Einzelfalles ist bei Entscheidungen immer in Betracht zu ziehen. Ziel ist eine möglichst gute Versorgung in vertretbarer Entfernung. Ein nicht veröffentlichtes Gutachten (IGES Institut GmbH Berlin) wurde herangezogen. Im Weiteren sind u. a. auch Ausführungen zur Personalqualifikation als Vorgaben dargelegt.
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.
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.
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 krankenhauplanerischen Ausweisung neuer somatischer teilstationärer Kapazitäten in Form einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V über das hier zu erbringende Leistungsspektrum einig.
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.	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 sind Schwerpunkte der aktuellen Fortschreibung.	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.
Nordrhein-Westfalen	Ausweisung der Ausbildungsstätten erfolgt per Feststellungsbescheid.	Hinweis zur verpflichtenden Erbringung frührehabilitativer Maßnahmen, ohne von Landesseite eine administrative Steuerung vorzunehmen.	Im Krankenhausplan ausgewiesenes Leistungsangebot insbesondere im (Kinder-) psychiatrisch-psychosomatischen Bereich.
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).	<p>Ausweisung der neurologischen Frührehabilitation nach Phase B bei Plankrankenhäusern innerhalb des Fachgebietes Neurologie durch entsprechenden Zusatz.</p> <p>Bisherige Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V wurden mit den Leistungen der Neurologie Phase B in den 7. Thüringer KH-Plan aufgenommen.</p>	Planung teilstationärer Kapazitäten in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Geriatrie. Ausweisung erfolgt als Tagesklinien. 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 erforderlichenfalls 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.	
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 2019 ca. 3,13 Mrd. Euro zur Investitionsförderung nach § 9 KHG zur Verfügung. Das Gesamtvolumen der KHG-Mittel auf Bundesebene liegt damit unterhalb des langfristigen Durchschnitts der Jahre 1991 bis 2019 und entspricht einem realen Wertverlust von fast 50 % 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 allen Ländern real weniger Fördermittel bereitgestellt werden als im Vergleichsjahr 1991 (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: KHG-Fördermittel gesamt²⁵ in Mio. Euro

KHG-Fördermittel in Mio. Euro						
	2017	2018	2019	Ø 1991 - 2019	Ø 2009 - 2019	reale Veränderung ggü. 1991 (in %)
Baden-Württemberg	397,90	455,23	438,21	353,80	400,73	-16,3%
Bayern	503,40	643,40	643,43	553,36	515,48	-39,8%
Berlin	111,27	91,77	81,80	161,61	98,06	-84,1%
Brandenburg	80,00	100,00	100,00	141,00	98,76	-70,4%
Bremen	41,65	38,63	38,63	34,80	35,70	-35,4%
Hamburg	94,53	94,53	109,43	92,10	105,10	-2,8%
Hessen	253,50	260,00	280,00	225,55	251,00	-4,3%
Meckl.-Vorpommern	50,84	50,34	49,84	95,30	59,05	-74,6%
Niedersachsen	256,03	262,36	265,50	218,74	263,38	-20,6%
Nordrhein-Westfalen	533,50	582,27	626,24	527,12	522,84	-40,0%
Rheinland-Pfalz	122,80	122,80	125,80	128,57	120,71	-41,5%
Saarland	28,50	32,50	32,50	34,33	31,45	-49,0%
Sachsen	111,83	112,00	125,00	198,08	107,64	-74,7%
Sachsen-Anhalt	40,88	40,51	48,75	136,12	53,12	-82,6%
Schleswig-Holstein	85,45	96,86	134,59	84,12	93,64	21,3%
Thüringen	50,00	60,00	60,00	132,00	68,14	-71,1%
Deutschland	2.762,08	3.043,20	3.159,72	3.116,60	2.824,79	-46,0%

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 mit 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) und eine ergänzende Finanzierung über ein mögliches Darlehensvolumen (2019 in Höhe von 30 Mio. Euro) 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.

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.

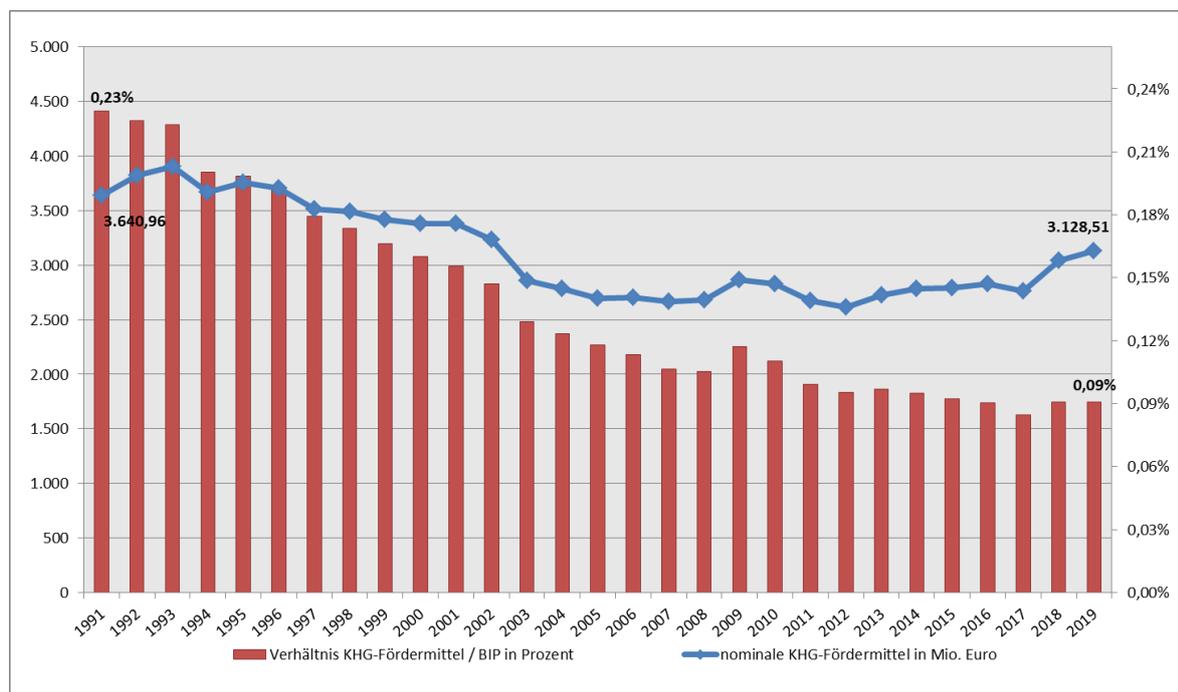
Hinweis: In Niedersachsen sind seit 2017 auch Finanzmittel aus dem „Sondervermögen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung in Niedersachsen“ enthalten. Das Sondervermögen dient der Finanzierung von Zins- und Tilgungsleistungen für Darlehen von Plankrankenhäusern in den Jahren 2017 bis 2042.

Der reale Wert ist der um die Preissteigerung bereinigte Nominalwert des Jahres 2019, berechnet auf Grundlage der prozentualen Veränderung vom Indexstand des Verbraucherpreisindex 1991 bis zum Indexstand 2019.

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 ist der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,23 % im Jahr 1991 auf 0,09 % im Jahr 2019 gesunken.

Abbildung 4.2 stellt die Entwicklung der KHG-Fördermittel, des BIP und der Krankenhausausgaben gegenüber und veranschaulicht die immer weiter auseinandergehende Schere. Im Vergleich zum Jahr 1991 sanken die KHG-Fördermittel bis 2019 nominal um ca. 16 %, während das BIP im selben Zeitraum um 117 % anstieg und sich die bereinigten Kosten der Krankenhäuser bis 2017 um ca. das 2,50-fache erhöhten.

Abbildung 4.1: Entwicklung der nominalen KHG-Mittel²⁶ in Mio. Euro und im Verhältnis zum BIP in Prozent von 1991 bis 2019

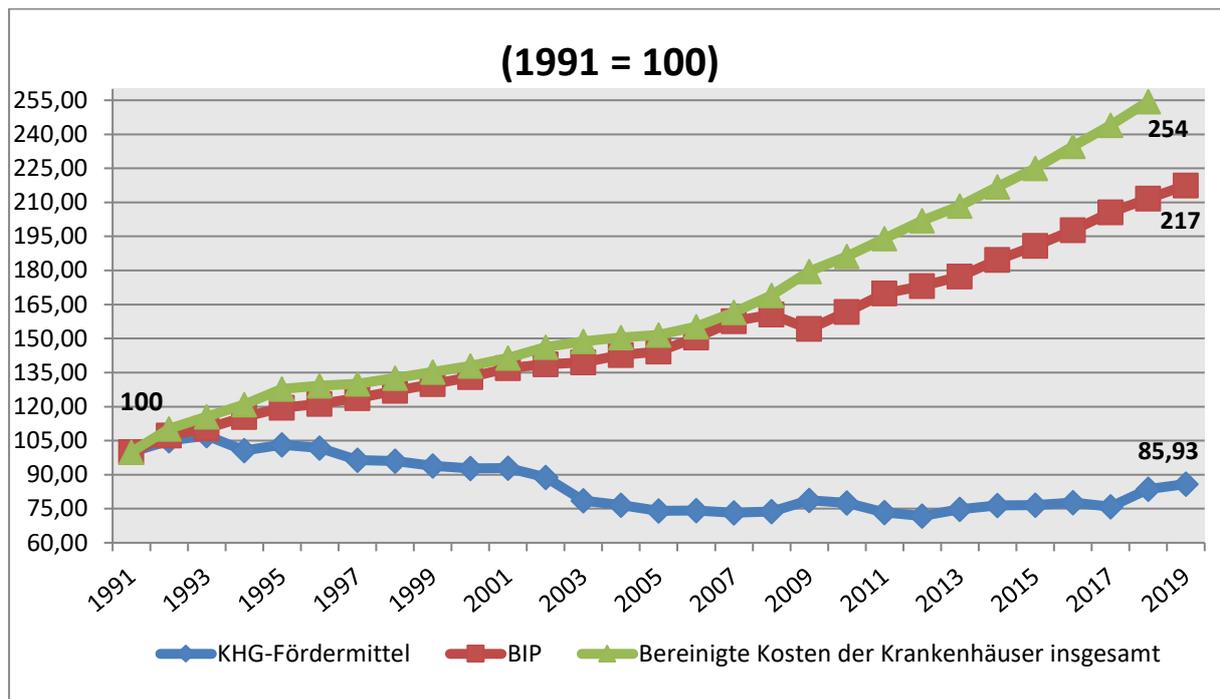


In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

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 Kosten der Krankenhäuser von 1991 bis 2019 (indexiert)

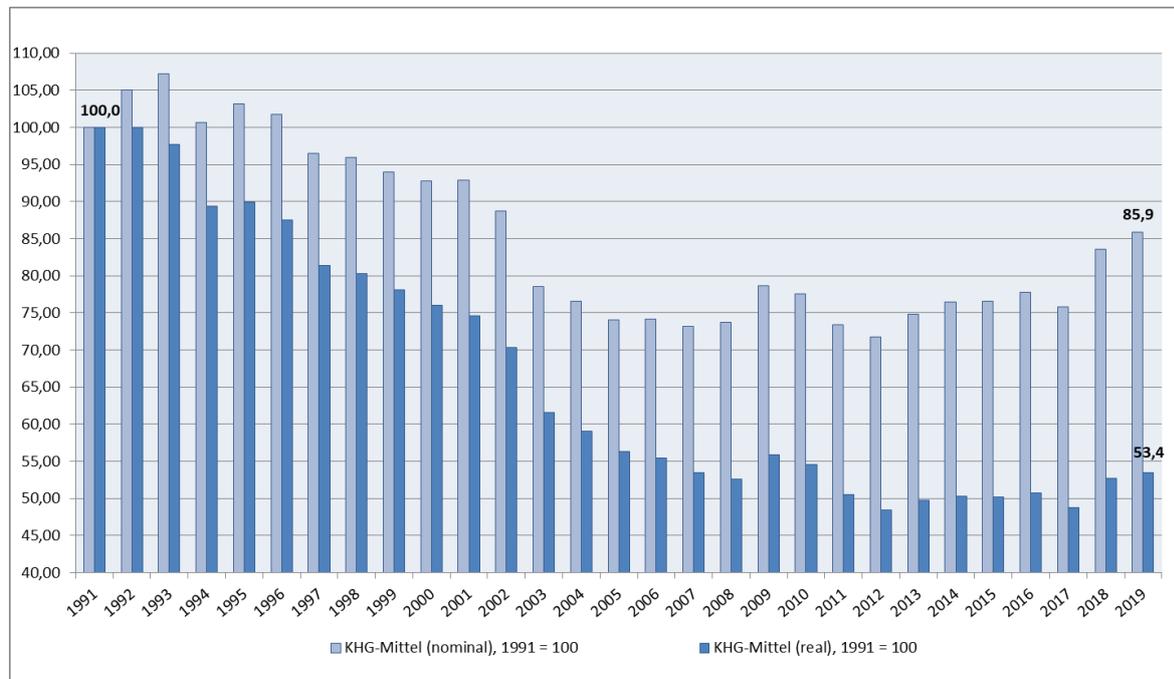


In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

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 2019 gegenüber. Zieht man den Verbraucherpreisindex als Indikator zur Beurteilung der Geldwertentwicklung heran, entspricht der reale Wert der KHG-Gesamtfördermittel des Jahres 2018 nur noch 53,4 % der Fördermittel des Jahres 1991.

Abbildung 4.3: Entwicklung der nominalen und preisbereinigten²⁷ KHG-Mittel von 1991 bis 2019 (indexiert)



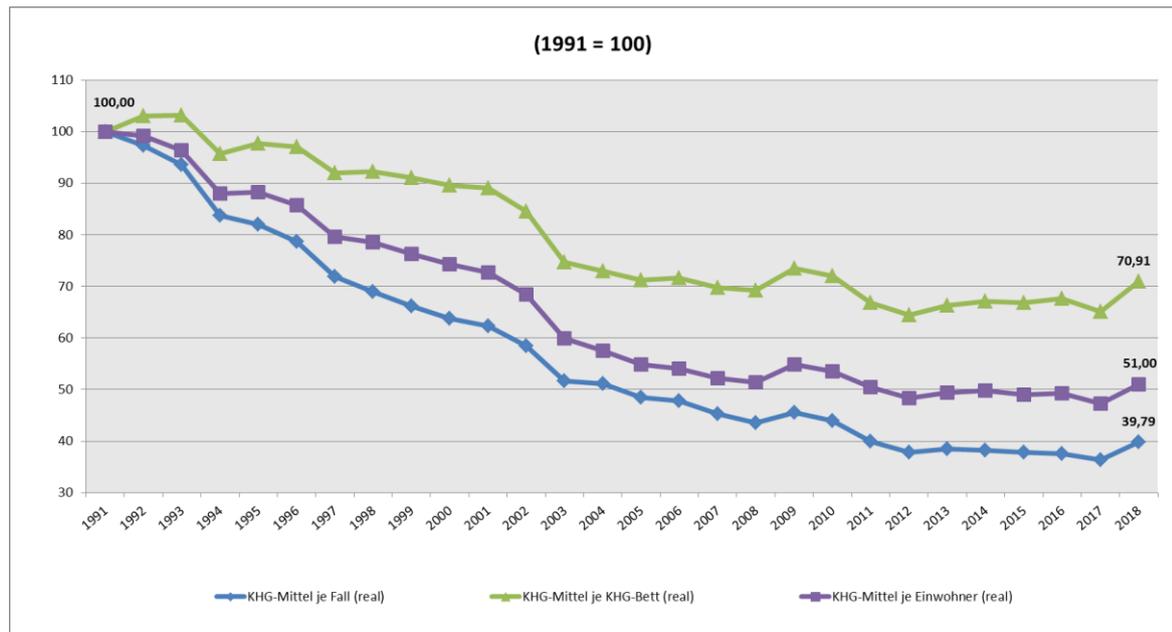
In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

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

²⁷ 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.

Die Abnahme des realen Werts der bereitgestellten KHG-Fördermittel zeigt sich in vergleichbarer Deutlichkeit, wenn die Anzahl der Krankenhaufälle, 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 je KHG-Bett preisbereinigt um ca. 29 %, je Einwohner um ca. 49 % und je Krankenhausfall um ca. 60 % (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4: Entwicklung der preisbereinigten KHG-Mittel je Fall²⁸, je KHG-Bett²⁹ und je Einwohner³⁰ (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.

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich erwartungsgemäß auch in der für den Krankenhausesektor 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 2018 eine Abnahme der Investitionsquote von 9,7 % auf 3,3 %. Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, die sich aus dem Quotienten von Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt errechnet, lag im Jahr 2018 demgegenüber bei 21,1 % 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 3,9 % in 2018 (vgl. Abbildung 4.5). Die herangezogenen bereinigten Krankenhauskosten enthalten auch die Kosten von Krankenhäusern, insbesondere Hochschulkliniken, die regelmäßig keine KHG-

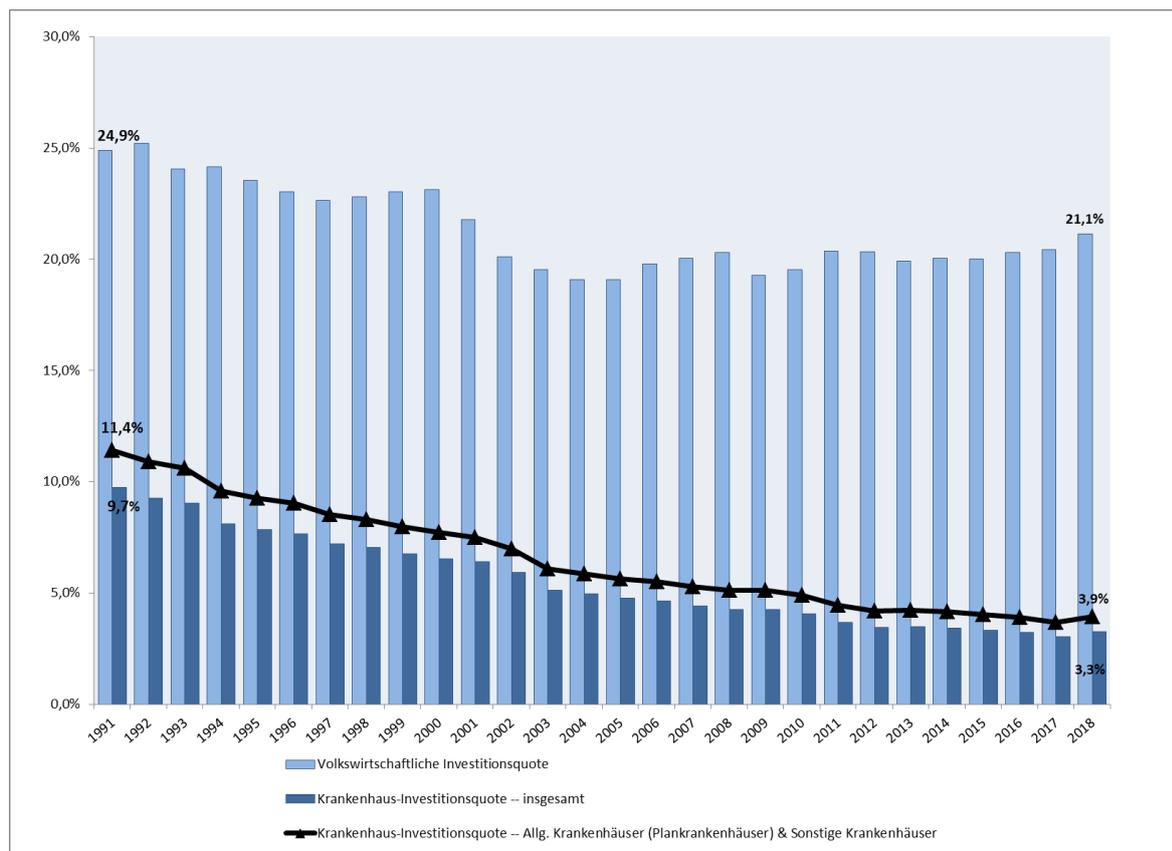
²⁸ Fallzahlen der Krankenhäuser insgesamt.

²⁹ Betten, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden (Krankenhäuser insgesamt).

³⁰ Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

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 2018 annähernd 100 % aller nach KHG geförderten Betten und ca. 90 % der Krankenhausbetten insgesamt. Eine Übersicht über die Anzahl der Betten und einrichtungsbezogenen Fälle im Jahr 2018 nach Krankenhaustyp auf Bundesebene ist in Tabelle 4.2 dargestellt.

Abbildung 4.5: Krankenhaus-Investitionsquote³¹ und volkswirtschaftliche Investitionsquote³² von 1991 bis 2018



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.

³¹ 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.

³² Volkswirtschaftliche Investitionsquote: Bruttoanlageinvestitionen / Bruttoinlandsprodukt (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 1.5).

Tabelle 4.2: Bettenausstattung und Fallzahl im Jahr 2018 nach Krankenhaustyp

	Betten im Jahr 2018						Einrichtungs- bezogene Fallzahl im Jahr 2018 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	498.192	0,20%	433.553	-0,6%	45.150	1,0%	19.392.466	-0,3%
davon:								
Allgemeine Krankenhäuser	451.582	0,25%	391.948	-0,4%	45.150	1,0%	18.795.287	-0,2%
Hochschulkliniken/ Universitätsklinika	45.491	0,74%	295	-27,9%	45.150	1,0%	1.881.667	-0,1%
Plankrankenhäuser	396.129	-0,47%	391.520	-0,4%	-		16.565.818	-1,0%
Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag	7.687	72,47%	133		-		278.985	160,8%
Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag	2.275	-19,64%	-		-		68.818	-33,4%
Sonstige Krankenhäuser/ Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten	46.610	-0,25%	41.605	-1,9%	-		597.180	-3,4%

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.³³ 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.

³³ 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-Einzelförderung³⁴ in Mio. Euro

	Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG) in Mio. Euro				
	2017	2018	2019	Ø 1994 - 2019	Ø 2009 - 2019
Baden-Württemberg	240,40	297,13	268,21	202,68	243,04
Bayern	282,40	365,40	373,43	346,50	302,84
Berlin*	-	-	-	107,57	62,04
Brandenburg*	-	-	-	110,97	78,63
Bremen	24,53	21,46	21,46	17,30	18,57
Hamburg	63,53	63,53	78,43	64,02	74,06
Hessen*	-	-	-	130,86	146,85
Meckl.-Vorpommern	28,00	27,50	27,00	71,75	36,21
Niedersachsen	143,28	156,61	155,56	119,88	145,09
Nordrhein-Westfalen**	210,50	253,27	291,24	212,38	212,48
Rheinland-Pfalz	71,60	71,60	71,60	76,86	69,24
Saarland	14,58	19,21	19,21	18,36	15,62
Sachsen	44,33	44,50	60,00	135,76	54,18
Sachsen-Anhalt	16,63	5,36	5,00	99,91	27,83
Schleswig-Holstein	43,40	54,72	92,45	46,76	52,94
Thüringen	20,00	20,00	40,00	100,11	42,00
Deutschland	1.203,19	1.400,29	1.503,59	1.861,64	1.581,62

* 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).

** Einschließlich "Baupauschale".

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

³⁴ Anmerkungen siehe Fußnote zu Tabelle 5.3 im Anhang.

Tabelle 4.4: KHG-Pauschalförderung³⁵ in Mio. Euro

	Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG) in Mio. Euro				
	2017	2018	2019	Ø 1994 - 2019	Ø 2009 - 2019
Baden-Württemberg	157,50	158,10	170,00	153,92	157,69
Bayern	221,00	278,00	270,00	194,01	212,64
Berlin*	-	-	-	46,17	36,04
Brandenburg*	-	-	-	32,28	27,31
Bremen	17,12	17,17	17,17	17,10	17,13
Hamburg	31,00	31,00	31,00	30,49	31,05
Hessen*	-	-	-	92,74	96,00
Meckl.-Vorpommern	22,84	22,84	22,84	20,80	22,84
Niedersachsen	112,75	105,75	109,94	99,18	118,29
Nordrhein-Westfalen	323,00	329,00	335,00	300,51	310,36
Rheinland-Pfalz	51,20	51,20	54,20	50,72	51,47
Saarland	13,92	13,29	13,29	15,71	15,83
Sachsen	67,50	67,50	65,00	46,67	53,46
Sachsen-Anhalt	24,25	35,15	43,75	26,56	25,30
Schleswig-Holstein	42,05	42,14	42,14	38,90	40,70
Thüringen	30,00	40,00	20,00	28,95	26,14
Deutschland	1.114,13	1.191,14	1.194,33	1.194,68	1.242,23

* 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).

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.

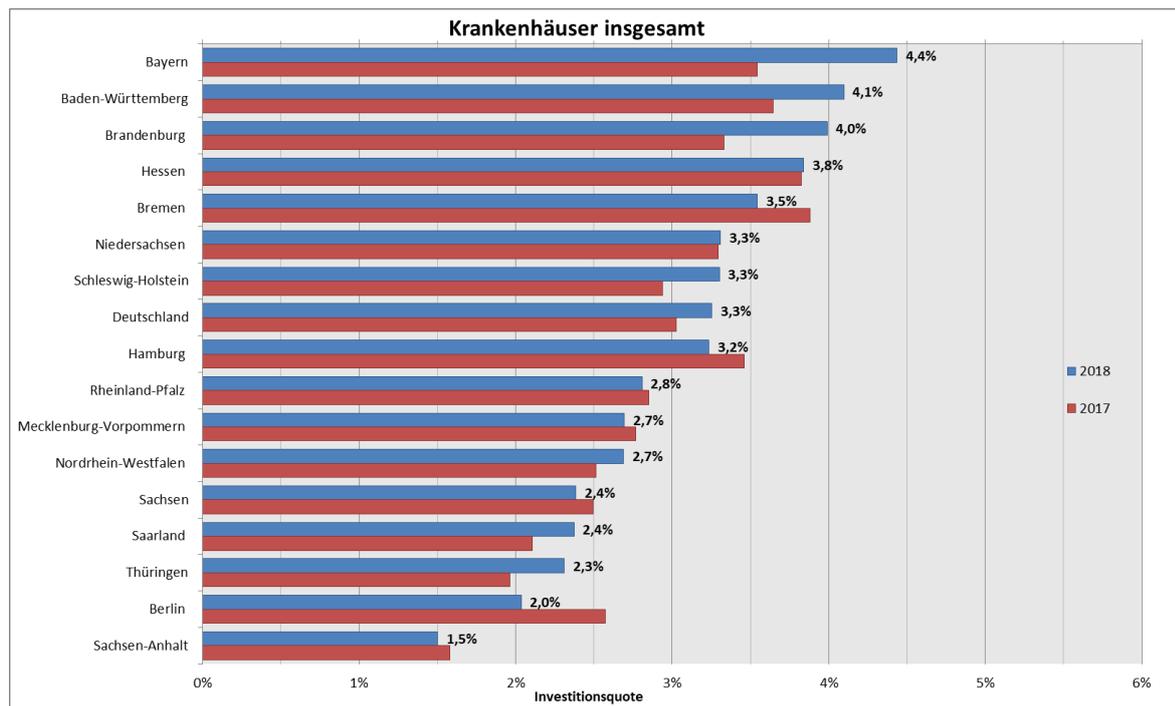
4.3 Investitionsförderung in den Bundesländern³⁶

Die nach Bundesländern differenzierte Darstellung der Krankenhaus-Investitionsquoten im Jahr 2018 zeigt ein weiterhin heterogenes Bild (vgl. Abbildung 4.6). Gegenüber 2017 fallen die Investitionsquoten im Jahr 2018 in den meisten Bundesländern etwas höher 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.

³⁵ Anmerkungen siehe Fußnote zu Tabelle 5.2 im Anhang.

³⁶ 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-Investitionsquote³⁷ differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2017 und 2018



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

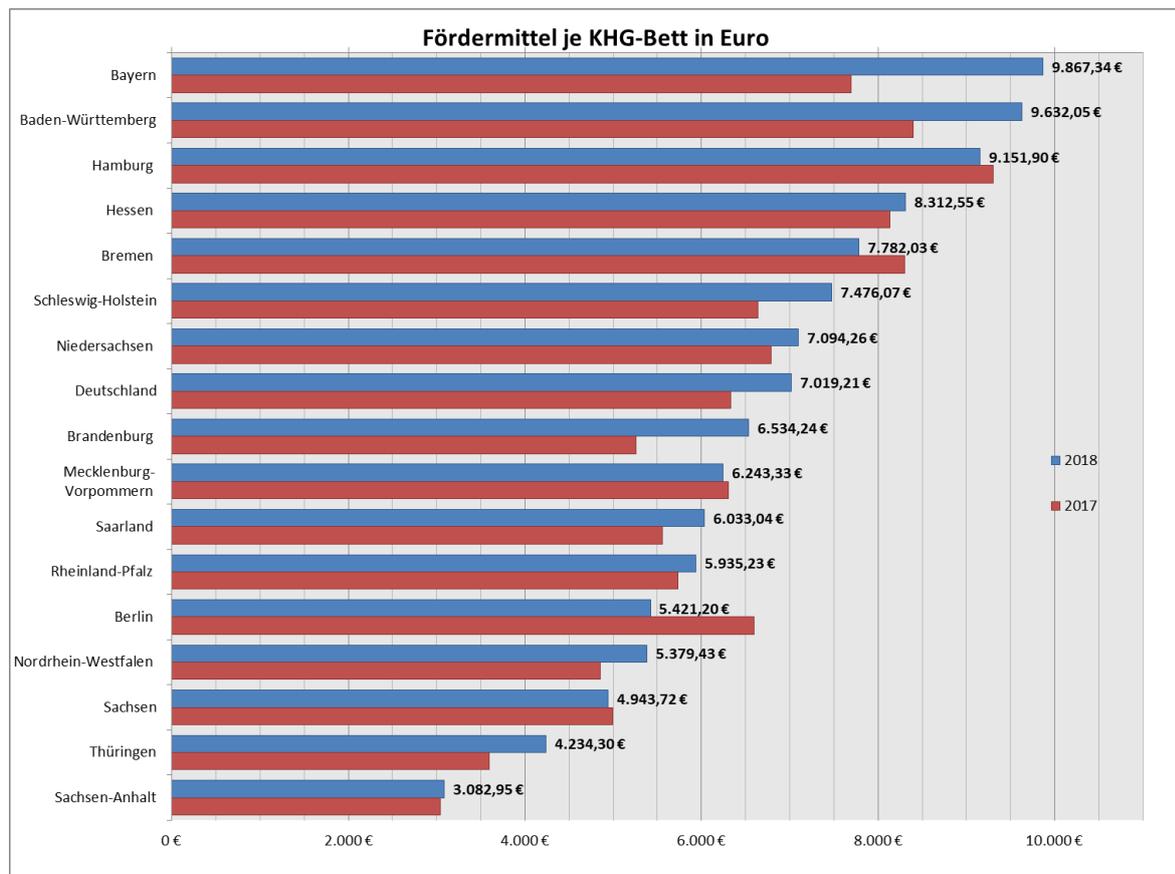
Als weitere Bezugsgrößen werden im Folgenden die Anzahl der nach KHG geförderten Betten, die Anzahl der (Plan-)Krankenhaufälle und der Bevölkerungsstand der Jahre 2017 bzw. 2018 herangezogen.

Je gefördertem Krankenhausbett wurden im Jahr 2018 im Bundesdurchschnitt 7.019,21 Euro (Vorjahr: 6.334,66 Euro, -2,23 %) an Investitionsfördermitteln von den Bundesländern bereitgestellt.

Einen Überblick über die nominalen Gesamtfördermittel je KHG-Bett in den einzelnen Bundesländern für die Jahre 2017 und 2018 ist Abbildung 4.7 zu entnehmen. Die Beträge bewegen sich im Jahr 2018 zwischen 3.082,95 Euro je KHG-Bett in Sachsen-Anhalt und 9.867,34,13 Euro in Bayern.

³⁷ 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.

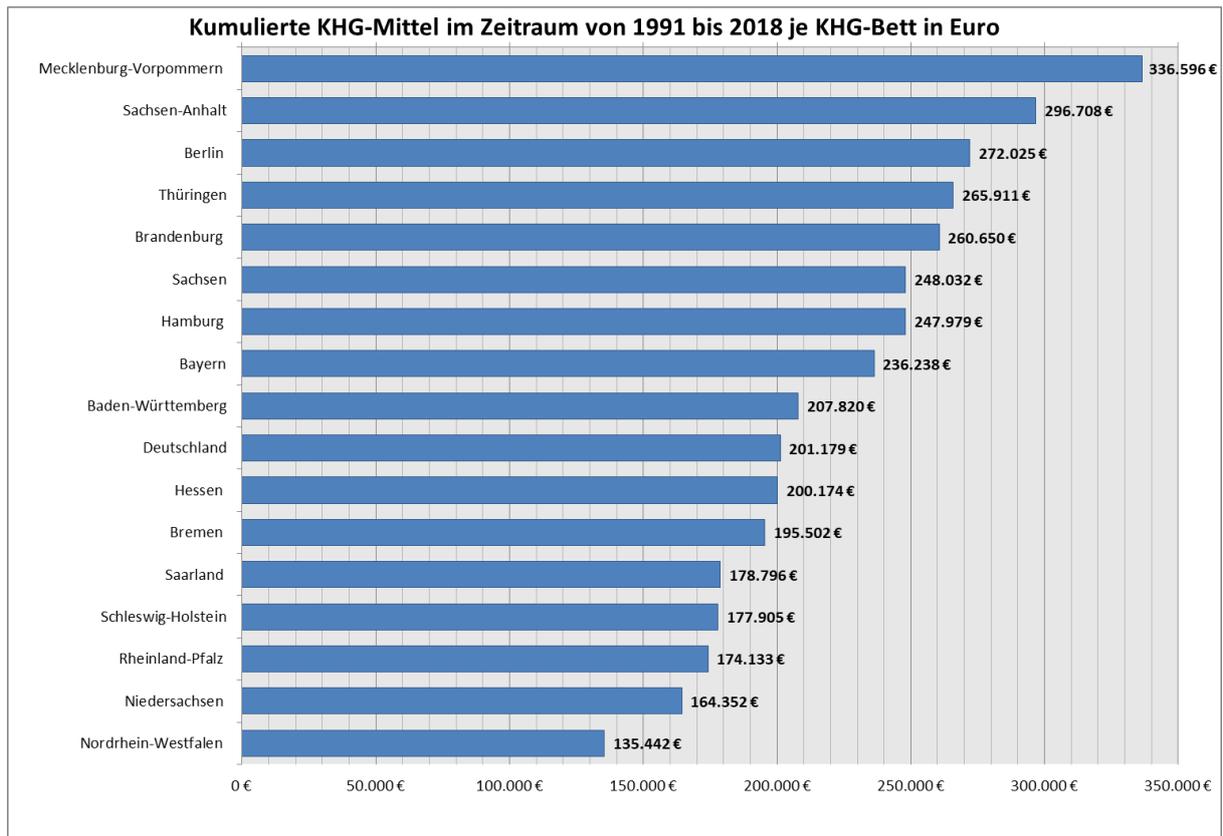
Abbildung 4.7: KHG-Mittel je KHG-Bett³⁸ differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2017 und 2018



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

Im Zeitraum von 1991 bis einschließlich 2018 wurden in den Bundesländern insgesamt 90,4 Mrd. Euro zur KHG-Investitionsförderung zur Verfügung gestellt. Je KHG-Bett des Jahres 2018 wurden damit im Bundesdurchschnitt 194.160 Euro bereitgestellt (vgl. Abbildung 4.8). Im Bundesgebiet variiert der Betrag dabei zwischen 130.062 Euro in Nordrhein-Westfalen und 330.352 Euro in Mecklenburg-Vorpommern.

³⁸ Betten im Jahr 2018 bzw. 2017, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden (Krankenhäuser insgesamt).

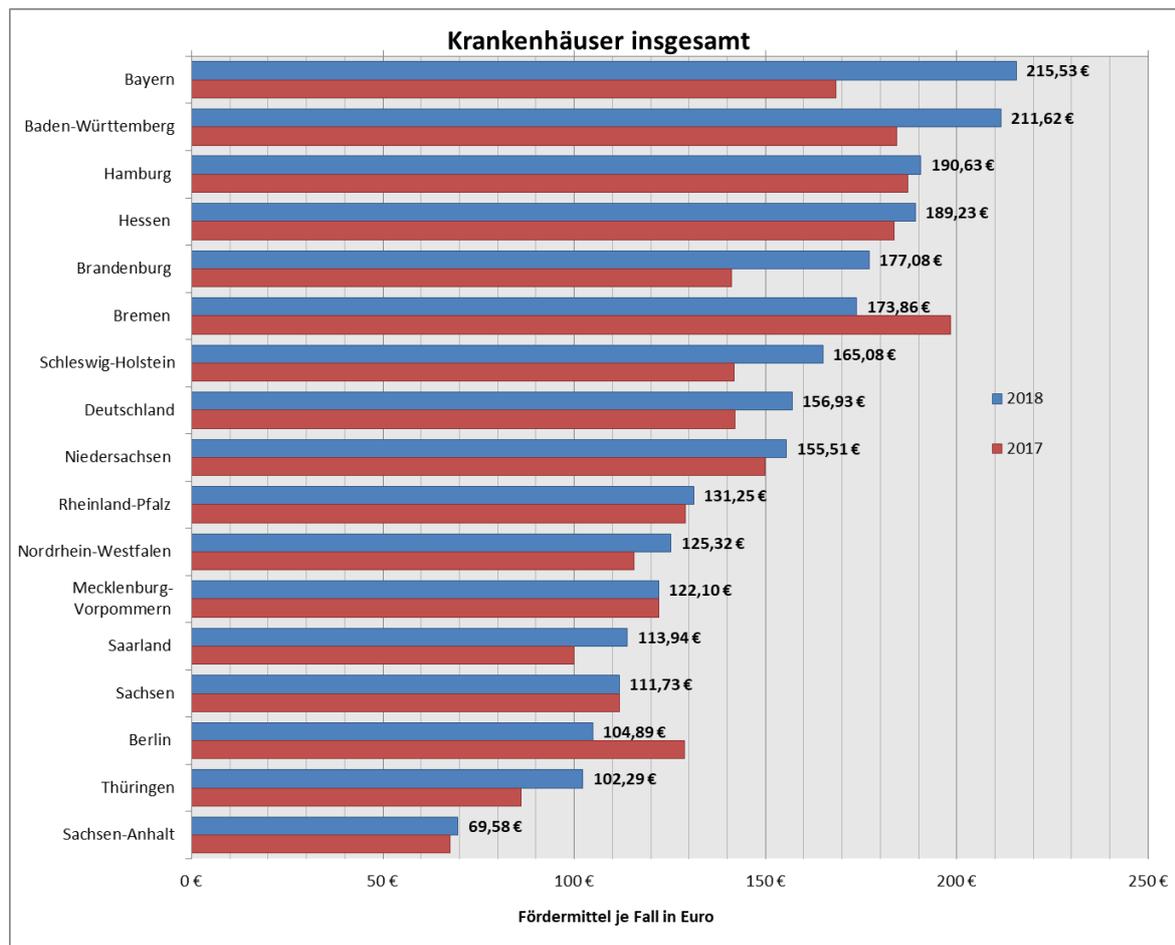
Abbildung 4.8: Summe der KHG-Mittel je KHG-Bett³⁹ von 1991 bis 2018

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 2017 und 2018 gibt Abbildung 4.9. Je Fall wurden im Jahr 2018 im Bundesdurchschnitt 156,93Euro an Investitionsfördermitteln zur Verfügung gestellt (Vorjahr: 142,06 Euro) (vgl. Abbildung 4.9 unten). Im Jahr 2018 wurden je CM-Punkt im Bundesdurchschnitt 129,93 Euro an Investitionsfördermitteln zur Verfügung gestellt (Vorjahr: 131,39Euro).

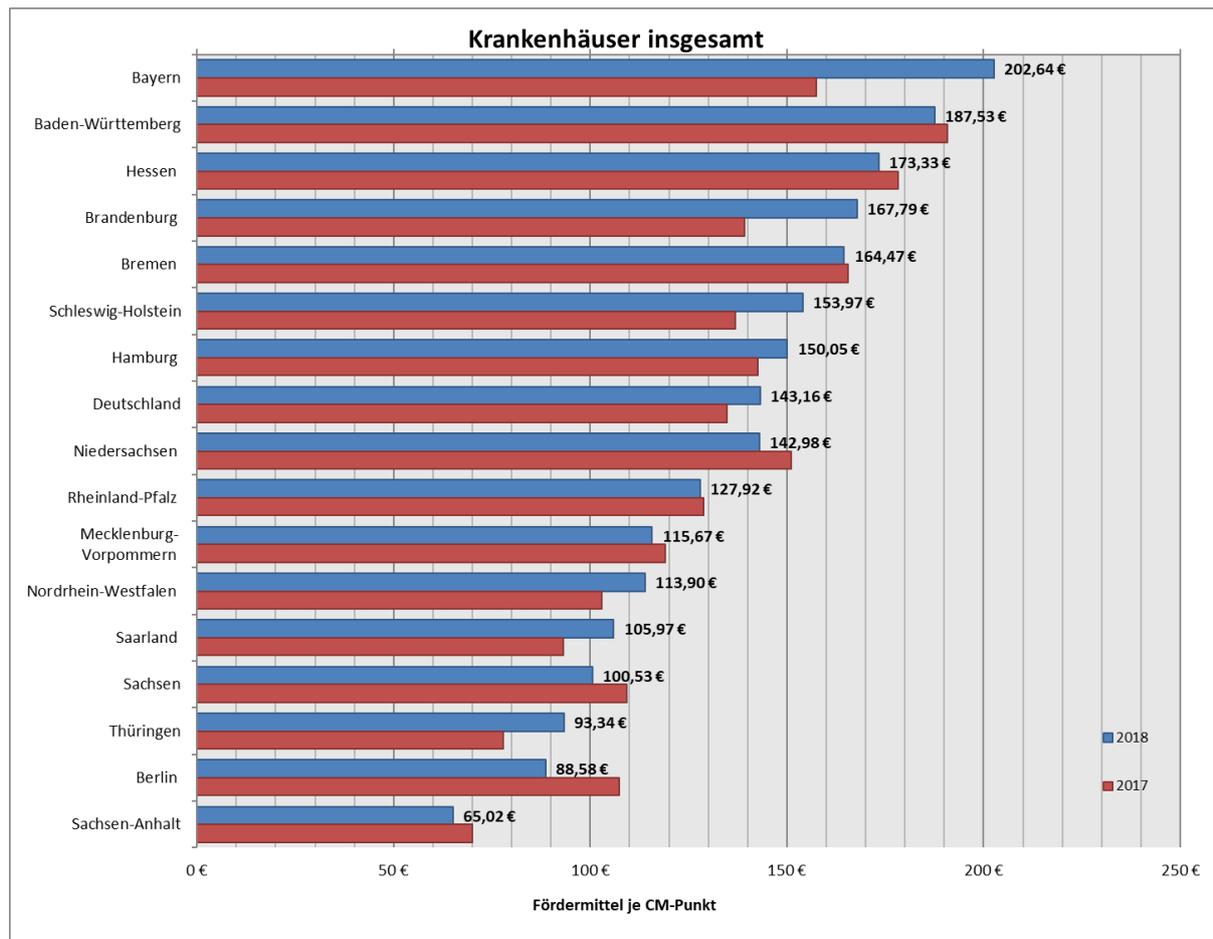
³⁹ Betten im Jahr 2018, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden (Krankenhäuser insgesamt).

Abbildung 4.9: KHG-Mittel je Fall⁴⁰, je Plankrankenhausfall⁴¹ und je Casemixpunkt für die Jahre 2017 und 2018



⁴⁰ Fallzahl der Krankenhäuser insgesamt einschließlich Stundenfälle.

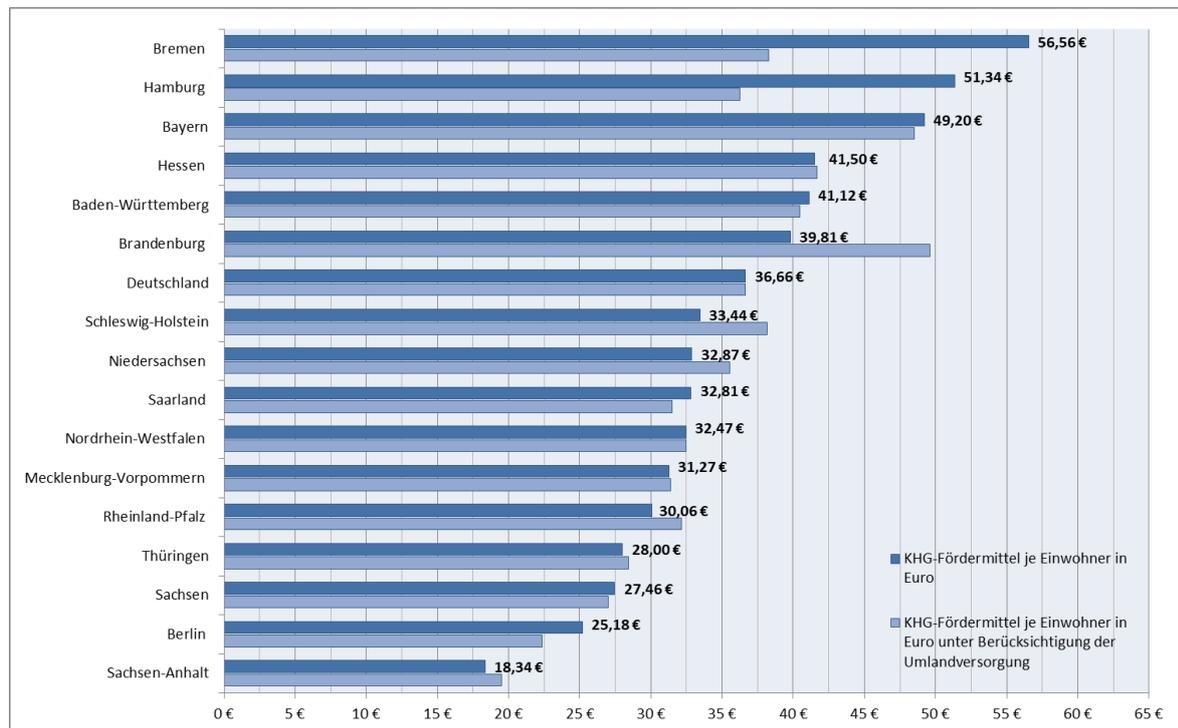
⁴¹ Fallzahl der Allg. Krankenhäuser: Plankrankenhäuser & Sonstige Krankenhäuser einschließlich Stundenfälle.



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

Je Einwohner wurden im Jahr 2018 im Bundesdurchschnitt 36,66 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, da das Berichtswesen im Jahr 2016 eingestellt wurde. Bei den Daten des Jahres 2018 liegt eine andere Datenquelle zugrunde, welche in der dazugehörigen Quelle aufgeführt ist.

Abbildung 4.10: KHG-Mittel 2018 je Einwohner in Euro zum Stichtag 31.12.2018 mit und ohne Berücksichtigung der Umlandversorgung⁴²

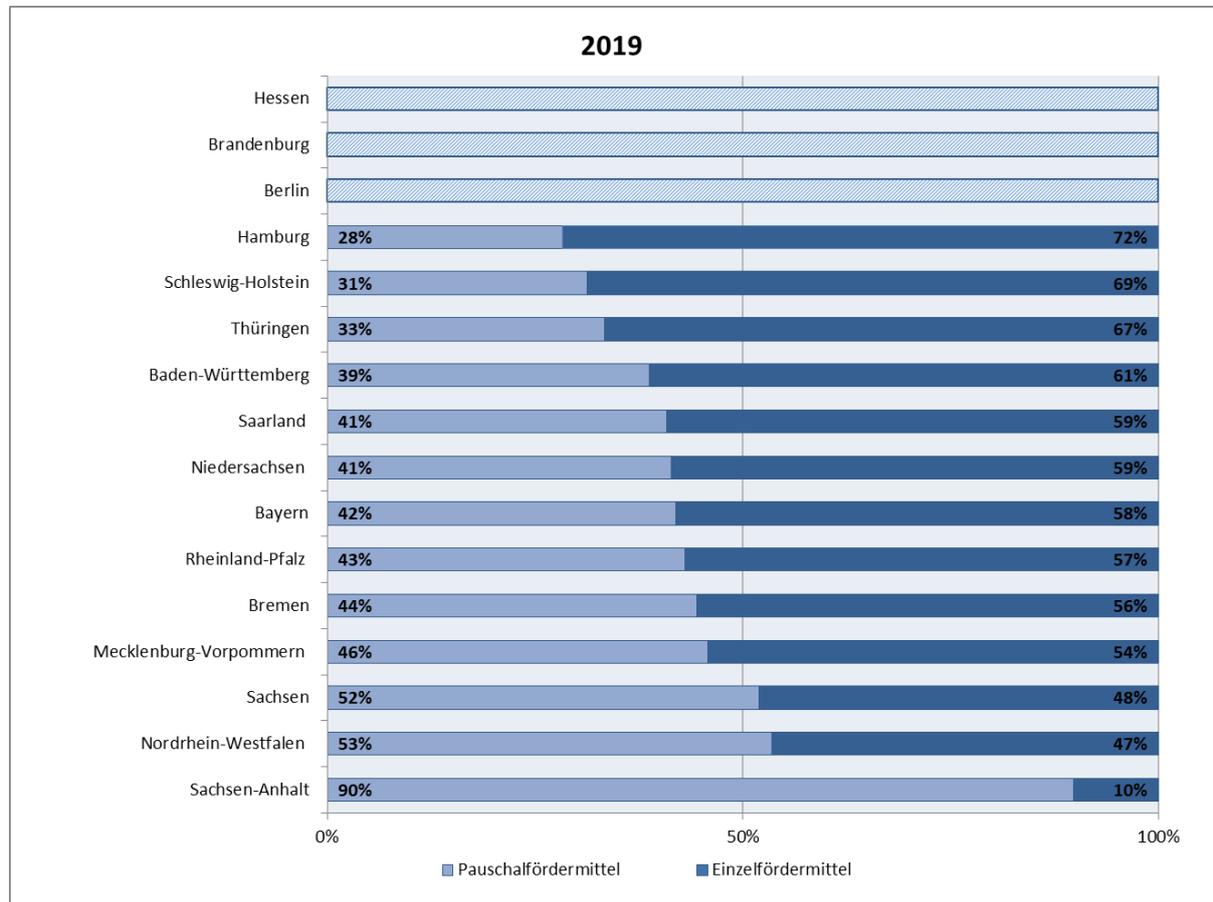


Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, eigene Berechnungen.

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.

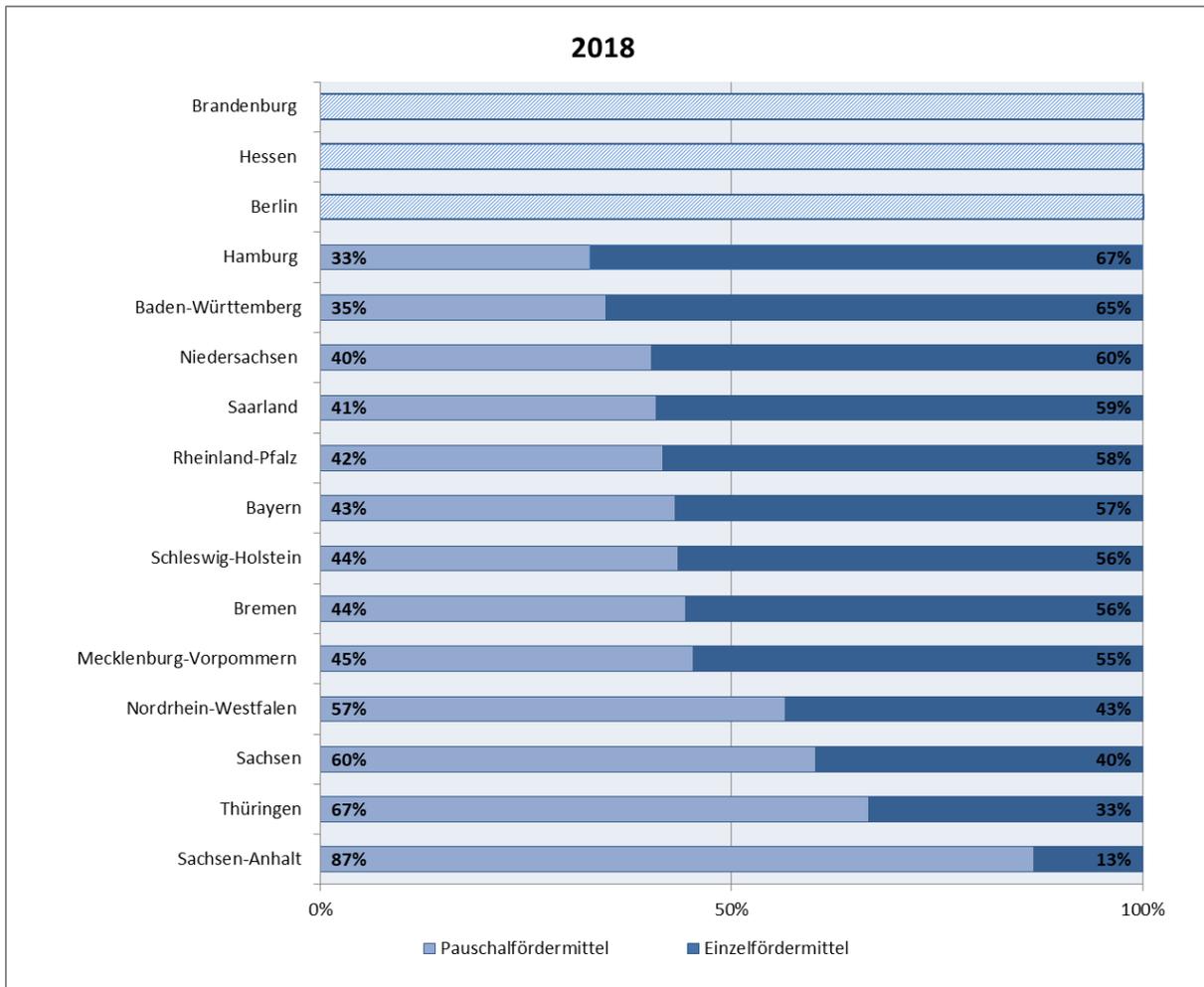
Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich nicht nur für die Höhe der KHG-Fördermittel, sondern auch für deren Verteilung auf die Pauschal- und Einzelförderung in den Jahren 2018 und 2019 ausmachen (vgl. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11: Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung in den Jahren 2019 und 2018⁴³



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								
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Kostengrenzen für Krankenhäuser mit:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">bis zu 250 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">60.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 350 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">95.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">120.000 €</td> </tr> <tr> <td>über 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">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 €	<p>1. Grundpauschale</p> <p>Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 95 % der Grundpauschale des Jahres 2004 und wird um die für 2004 gewährte Großgerätepauschale erhöht.</p> <p>Die Grundpauschale wird einmalig ermittelt und unverändert jährlich weitergewährt, es sei denn das Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Bemessungsgrundlage für die Planbettenzahlabweichung ist die der Pauschalförderung 2005 zugrunde liegende Planbettenzahl beziehungsweise die nach einer erfolgten Anpassung der Grundpauschale zugrunde liegenden Planbettenzahl.</p> <p>2. Fallmengenpauschale</p> <p>Die Fallmengenpauschale errechnet sich durch Multiplikation der Fallzahl mit den Fallwerten</p> <p>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.</p> <p>Die Ermittlung der Fallwerte geschieht auf folgende Weise:</p> <p>Die Fachabteilungen werden drei Gruppen zugeordnet, deren Fälle wie folgt gewichtet werden:</p> <p><u>Gruppe 1:</u> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Faktor 0,6.</p> <p><u>Gruppe 2:</u> Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Neurologie mit Faktor 1,0.</p> <p><u>Gruppe 3:</u> Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohren-</p>
bis zu 250 Planbetten	60.000 €								
bis zu 350 Planbetten	95.000 €								
bis zu 650 Planbetten	120.000 €								
über 650 Planbetten	155.000 €								

	<p>heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, 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.</p> <p>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.</p> <p>3. Ausbildungsplätze und teilstationäre Plätze</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 26.03.2019	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p>Die jährlich festzusetzende Pauschalförderleistung errechnet sich aus einem leistungsbezogenen und einem aufgabenbezogenen Teilbetrag. Die Fördermittel werden im Verhältnis 60:40 verteilt.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Fallerlös 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 Fallerlös aller nach der Bundespflegesatzverordnung

	<p>vereinbarten Fälle der nach Art. 12 BayKrG geförderten Krankenhäuser, einem Gewichtungsfaktor von 0,7 und dem jährlich festzusetzenden fallanteiligen Förderbetrag.</p> <p>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:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in Schwerpunktkrankenhäusern nach Art. 4 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayKrG</td> <td style="text-align: center;">1,5</td> </tr> <tr> <td>2. für vorgehaltene somatische Kapazitäten in allen anderen Krankenhäusern</td> <td style="text-align: center;">0,8</td> </tr> <tr> <td>3. für vorgehaltene Kapazitäten der Fachrichtungen PSY, KJP und PSO</td> <td style="text-align: center;">1,5</td> </tr> </table> <p>Für die im kooperativen Belegarztwesen vorgehaltenen Behandlungskapazitäten erhöht sich der Gewichtungsfaktor um 0,2.</p>	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
<p>Gemäß § 10 Landeskrankenhausgesetz (LKG):(1) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung fördert</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann.</p> <p>(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. Dar-</p>	<p>(1) Grundlage für die Bemessung der jährlichen Pauschalbeträge sind</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

<p>über hinaus müssen die Krankenhausträger für jede geplante Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahme 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.</p>	<p>ermittelt. Die nach § 10 des Landeskrankenhausgesetzes zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel werden im Verhältnis der berechneten Beträge auf die Leistungen des Fallpauschalensystems und des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik aufgeteilt.</p> <p>(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.</p> <p>(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 Krankenhausträger 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 Wirtschaftsprüferfestat zu bestätigen.</p> <p>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.</p>
--	--

Brandenburg	
Verordnung vom 10. April 2013, zuletzt geändert am 20. September 2016	
Gegenstand der Investitionspauschale	Höhe der Förderung/ Jahr
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p>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).</p> <p>Die Berechnungsgrundlagen des Anteils der Investitionspauschale nach § 16 Abs. 2 Nr. 1 BbgKHEG sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Die Berechnungsgrundlagen des Anteils der Investitionspauschale nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 BbgKHEG sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes <ul style="list-style-type: none"> ○ 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; • für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern im Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung, die das Vergütungssystem nach § 17d KHG nicht anwenden, nach Maßgabe des § 18 Abs. 1 der Bundespflegegesetzverordnung in der jeweils geltenden Fassung die Erlöse aus Pflegesätzen nach § 13 Abs. 1 Nr. 1 der

	<p>Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung;</p> <ul style="list-style-type: none">• für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, die das Vergütungssystem nach § 17d KHG anwenden,<ul style="list-style-type: none">○ 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 der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung,○ die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 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 bis 140d 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. <p>Maßgeblich für die Bemessung des Anteils der Investitionspauschale nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 BbgKHEG sind die entsprechenden Erlöse des Krankenhauses.</p> <p>Die Mindestförderung bei Krankenhäusern der Grundversorgung beträgt 250.000 Euro.</p> <p>Träger, die nach dem KHG eine geförderte Schule für Gesundheitsberufe betreiben, erhalten eine jährliche Investitionspauschale von 200 Euro je besetzten pflegesatzfinanzierten Ausbildungsplatz.</p>
--	---

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.	
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 7. Januar 2020	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für: <ul style="list-style-type: none"> • 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 2018: <ul style="list-style-type: none"> • in Höhe von 58,00 € 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 66,00 € 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.	

Mecklenburg-Vorpommern	
Verordnung vom 09. Mai 2012 und Änderungen vom 14. Januar 2014 und 10. Dezember 2015	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/Jahr
<p>Gemäß § 15 LKHG M-V Jahrespauschalen für:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Die Höhe der pauschalen Fördermittel ergibt sich nach § 1 Abs. 1 PKF-VO M-V aus dem Haushaltsansatz des Landes Mecklenburg-Vorpommern.</p> <p><u>Verteilung der Jahrespauschale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die zur Verfügung stehenden Mittel werden zunächst an die Universitätsklinik (3,687 % des jeweiligen Haushaltsansatzes nach § 15 Abs. 4 des LKHG M-V vom 20. Mai 2011) und zur Ausbildungsförderung (55 Euro pro festgestellten Ausbildungsplatz in staatlich anerkannten Ausbildungsstätten) nach § 1 Abs. 3/4 PKF-VO M-V vergeben. - Die verbleibenden Mittel werden nach § 2 Abs. 1-4 PKF-VO M-V an die Plankrankenhäuser verteilt. Die Jahrespauschale wird auf die einzelnen Krankenhäuser nach den Anteilen verteilt, die sie an der Summe des Budgets haben. <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Basis für die Ermittlung der Pauschalfördermittel für die Krankenhäuser, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechneten, bildete das vereinbarte Erlösbudget nach § 4 Abs. 2 des KHEntgG, das unter der lfd. Nr. 5 im Formblatt B 2 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 des KHEntgG ausgewiesen ist. Dem waren der vereinbarte Gesamtbetrag nach § 5 Abs. 3 des KHEntgG für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 des v. g. Gesetzes und die Erlössumme für die Vergütung der krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte nach § 6 des KHEntgG entsprechend dem Formblatt E 3 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 KHEntgG hinzuzurechnen. 2. Für die in § 18 Abs. 1 S. 1 der BPfIV genannten Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die nach § 17b der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, bildeten im Jahr 2014 die pflegesatzfähigen Kosten, die unter der laufenden Nr. 9 im Formblatt K 5 der Anlage 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 der BPfIV ausgewiesen sind, die Grundlage. 3. Bei Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen die nach § 11 BPfIV abrechnen, bildete der vereinbarte Gesamtbetrag für den Vereinbarungszeitraum, der unter der laufenden Nr. 8 im Formblatt B 1 der Anlage zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-

	Psych) B 1 Gesamtbetrag und Basisfallentgeltwert nach § 3 der BPfIV für die Kalenderjahre 2013 bis 2018 ausgewiesen ist die Grundlage.
--	--

Niedersachsen	
Verordnung über die pauschale Förderung nach dem NKHG vom 15. November 2012, zuletzt geändert am 07. November 2019	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 150.000 € einschließlich Umsatzsteuer nicht übersteigen 	<p>Die Jahrespauschalen setzen sich aus einer Grundpauschale, einer Leistungspauschale und einem Zuschlag für Ausbildungsstätten zusammen.</p> <p><u>1. Grundpauschale nach der Zahl der Planbetten und der teilstationären Plätze</u> Ein Krankenhaus erhält für jedes Planbett 2.150 € und für jeden teilstationären Platz 1.000 €.</p> <p>Der Betrag für Planbetten (2.150 €) erhöht sich für Planbetten in den Fachrichtungen, deren allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG vergütet werden bei einem Krankenhaus mit</p> <p>weniger als 231 Planbetten um 115 €, 231 bis zu 330 Planbetten um 180 €, 331 bis zu 630 Planbetten um 300 €, mehr als 630 Planbetten um 650 €.</p> <p>Der Betrag erhöht sich für jedes Planbett:</p> <p>In der Fachrichtung Neurochirurgie um 750 €, in der Fachrichtung Herzchirurgie um 1.200 € und in der Fachrichtung Nuklearmedizin oder der Fachrichtung Strahlentherapie um 2.100 €.</p> <p><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</p> <p>mit 9,- Euro bei einem Wert unter 5.000, mit 10,- Euro bei einem Wert von 5.000 bis unter 10.000,</p> <p>mit 12,- Euro bei einem Wert von 10.000 bis unter 15.000,</p> <p>mit 13,- Euro bei einem Wert von 15.000 bis unter 20.000,</p>

	<p>mit 14,- Euro bei einem Wert von 20.000 bis unter 25.000,</p> <p>mit 16,- Euro bei einem Wert von 25.000 und mehr.</p> <p>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.</p> <p><u>3. Zuschlag für Ausbildungsstätten</u> Der Zuschlag beträgt 100 € für jeden im Vorjahr belegten Ausbildungsplatz. Nicht ganzjährig belegte Ausbildungsplätze werden anteilig mit den Monaten gezählt.</p>
--	---

Nordrhein-Westfalen	
Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008, geändert durch ÄndVO v. 12. Mai 2009 (GV.NRW.S. 323)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) 	<p>Die Jahrespauschalen setzen sich zusammen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallwertbeträgen für Abrechnungen von Fallpauschalen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 3 KHEntgG. ▪ Tageswertbeträgen für Abrechnungen nach der BPfIV. ▪ Budgetbeträgen für Abrechnungen von Entgelten nach § 6 Abs. 2 a und § 7 S. 1 Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 6 KHEntgG. ▪ Ausbildungsbeträgen für im Genehmigungsbescheid nach § 6 PauschKHFVO ausgewiesene Ausbildungsplätze. <p>Die Berechnung der Fallwertbeträge erfolgt durch Multiplikation der effektiven Bewertungsrelationen (gemäß Anlage 1 (AEB) zu § 11 Abs. 4 KHEntgG, Formular E 1, Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“ i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 und 3 KHEntgG) mit einem Fallwert. Der Fallwert wird ermittelt, indem der jeweilige Haushaltsansatz für die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW vermindert um die Summe aller Beträge für die Baupauschale nach §§ 3 bis 5 aller förderfähigen Krankenhäuser durch die Summe der Bemessungsgrundlagen aller förderfähigen Krankenhäuser geteilt wird. Bei der Berechnung der Pauschale für die kurzfristigen Anlagegüter wird auf die Beträge und den Haushaltsansatz für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW abgestellt.</p> <p>Bemessungsgrundlagen für die Tageswertbeträge sind das 1,6fache der vollstationären Berechnungstage und die teilstationären Berechnungstage gemäß</p>

	<p>§ 13 Abs. 1 BPfIV. Für die Baupauschale werden die Bemessungsgrundlagen mit einem Tageswert vervielfacht. Dieser wird berechnet, indem 1,3 vom Hundert aller nach § 1 Nr. 2 abzurechnenden Leistungen der Krankenhäuser gemäß Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV, Formular K 5, Zeile Nr. 9 zzgl. Nr. 13, jeweils Spalte 4 durch die Summen der Bemessungsgrundlagen aller förderfähigen Krankenhäuser gemäß Abs. 1 geteilt wird. Die Berechnung der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter erfolgt analog der Berechnung der Baupauschale mit der Maßgabe, dass der anzuwendende Vomhundertsatz 2,0 beträgt.</p> <p>Bemessungsgrundlage für die Budgetbeträge ist die Summe der Beträge gemäß Anlage 1 (AEB) zu § 11 Abs. 4 KHEntgG aus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular E 2, Spalte 4, Zeile „Summe ZE insgesamt“ 2. Formulare E 3.1, Spalte 21; E 3.2, Spalte 4; E 3.3, Spalte 5, Zeile „Summe“ <p>Für die Baupauschale beträgt der Budgetbetrag 1,63 vom Hundert der Bemessungsgrundlage. Für die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter beträgt der Budgetbetrag 2,5 vom Hundert der Bemessungsgrundlage.</p> <p>Bemessungsgrundlage für die Ausbildungsbeträge ist die Zahl der im Genehmigungsbescheid nach § 6 PauschKHFVO ausgewiesenen Ausbildungsplätze. Für die Baupauschale beträgt der Ausbildungsbetrag 74 Euro je Ausbildungsplatz. Für die Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter beträgt der Ausbildungsbetrag 115 Euro je Ausbildungsplatz.</p>
--	---

Rheinland-Pfalz	
Verordnung vom 29. April 1996, zuletzt geändert am 07. Oktober 2019	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, ▪ die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen, die den festzusetzenden Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen. <p>Die Kostengrenze nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 LKG beträgt für</p> <p>1. Tageskliniken, die im krankenhauplanerischen Bescheid nicht einem Krankenhaus der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung oder einem Fachkrankenhaus zugeordnet sind, auf 40 000 EUR,</p>	<p>Krankenhäuser erhalten einen Grundbetrag pro Jahr; dieser beträgt bei</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 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 verschie-

<p>2. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie für Fachkrankenhäuser mit bis zu 500 Planbetten auf 120 000 EUR,</p> <p>3. Schwerpunktkrankenhäuser, Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie für Fachkrankenhäuser mit mehr als 500 Planbetten auf 190 000 EUR</p> <p>ohne Umsatzsteuer.</p> <p>Abweichend davon beträgt die Kostengrenze nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 LKG für bauliche Investitionen in Ausbildungsstätten auf 1 000 000 EUR ohne Umsatzsteuer.</p>	<p>denen Gemeinden 340 000 EUR,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Krankenhäuser erhalten einen Fallbetrag pro Jahr. Der Fallbetrag ergibt sich aus der Fallzahl, multipliziert mit dem Fallwert.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) in der jeweils geltenden Fassung</p>
---	---

	<p>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.</p> <p>Für neu eingerichtete Ausbildungsplätze wird der Förderbetrag erstmals in dem der Einrichtung folgenden Jahr gewährt.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	---

Saarland	
Verordnung vom 21. September 2005	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie für ▪ kleine bauliche Maßnahmen. <p>Die Pauschalförderung gliedert sich in eine bettenbezogene Grundpauschale zur Abgeltung der entstehenden Vorhaltekosten und eine fallbezogene Jahrespauschale.</p> <p>Die bettenbezogene Grundpauschale besteht aus einer allgemeinen Bettenpauschale und einer gewichteten abteilungsbezogenen Bettenpauschale.</p>	<p>Die jahresbezogene Pauschalförderung beträgt, vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel, insgesamt mindestens 98, höchstens 102 % der Pauschalförderung des Vorjahres.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Von der bettenbezogenen Grundpauschale entfallen 10 % auf die allgemeine Bettenpauschale und 90 % auf die abteilungsbezogene Bettenpauschale.</p> <p>Die allgemeine Bettenpauschale richtet sich dabei</p>

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:

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
Geriatric	0,50
Interdisz. Intensiv	2,00
Dialyse	0,80
Geriatric	0,50

Soweit es sich um Belegbetten handelt, wird das Ergebnis mit dem Faktor 0,9 multipliziert.

Sachsen																							
Verordnung vom 15. Juli 1998 i.V.m. Bekanntgabe der Berechnungswerte für das Jahr 2018 gemäß § 8 PauschVO																							
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr																						
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>Regelversorgung den Betrag von 61.355,03 €</p> <p>Schwerpunktversorgung den Betrag von 102.258,38 €</p> <p>Maximalversorgung den Betrag von 127.822,97 €</p> <p>nicht übersteigen.</p>	<p>1. Der Sockelbetrag ergibt sich aus dem Sockelwert, Sockelwertfaktor sowie der Anzahl der Planbetten/ tagesklinischen Plätze</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sockelwert 2018</td> <td style="text-align: right;">590,00 €</td> </tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je Planbett</td> <td style="text-align: right;">1,0</td> </tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> </table> <p>2. Die Fachrichtungspauschale für das einzelne Krankenhaus ist das Produkt aus dem Fachrichtungswert, dem Fachrichtungsfaktor und der Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen.</p> <p>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.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fachrichtungswert 2018</td> <td style="text-align: right;">55.000,00 €</td> </tr> </table> <p>3. Die Fallzahlpauschale ist das Produkt aus Fallwert, Fallwertfaktor und der Fallzahl.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fallwert 2018</td> <td style="text-align: right;">19,00€</td> </tr> </table> <p>Der Fallwertfaktor beträgt für</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Krankenhäuser der Regelversorgung</td> <td style="text-align: right;">1,0</td> </tr> <tr> <td>- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>- Krankenhäuser der Maximalversorgung</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>- teilstationäre Fälle</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> </table> <p>4. Der Zuschlag für Ausbildungsplätze beträgt je Ausbildungsplatz</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: right;">51,13 €</td> </tr> </table> <p>5. Sonderfestlegungen</p> <p>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.</p> <p>Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett 1.278,23 €</p>	Sockelwert 2018	590,00 €	Sockelwertfaktor je Planbett	1,0	Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5	Fachrichtungswert 2018	55.000,00 €	Fallwert 2018	19,00€	- 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 2018	590,00 €																						
Sockelwertfaktor je Planbett	1,0																						
Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5																						
Fachrichtungswert 2018	55.000,00 €																						
Fallwert 2018	19,00€																						
- 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p><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.</p> <p>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.</p> <p><u>Jahrespauschale</u> für die in der Psych-PV genannten Einrichtungen und Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.500 Euro für jedes Bett und 2. 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), mit Ausnahme von Gebrauchs- und Verbrauchsgütern, ▪ für kleine bauliche Maßnahmen bis zu einem Betrag von 30.678 € ohne Umsatzsteuer. 	<p>Sockelbetrag je Bett:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 € <p>Anteiliger Förderbetrag nach Fallzahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtung der Fallzahlen des Krankenhauses mit Fallwertfaktoren für <ul style="list-style-type: none"> ○ 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) <p>Je besetztem Ausbildungsplatz 100,00 €</p>

Thüringen	
Verordnung vom 13. Oktober 2020 für das Haushaltsjahr 2020 (ThürKHG-PVO 2020)	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Nach § 12 ThürKHG Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p>Jahrespauschale:</p> <p>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:</p> <p>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.</p> <p>Grundlage für die Krankenhausförderung nach § 12 Abs. 1 S. 1 ThürKHG im <u>Haushaltsjahr 2020</u> ist die Anzahl der im Jahr 2018 abgerechneten Behandlungstage für stationäre Behandlungen. Die Jahrespauschalen betragen je Behandlungstag:</p> <p>für die Gruppe A1: 10,30€ für die Gruppe A2: 11,50€ für die Gruppe F1: 4,80 € für die Gruppe F2: 23,00 € für die Gruppe F3: 8,00 €</p> <p>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 2018 abrechnen können.</p> <p>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 €.</p> <p>Inkrafttreten der Verordnung 01. Januar 2020 Außerkräfttreten: 31. Dezember 2020</p>

5 Anhang

5.1 KHG-Fördermittel, 1991 bis 2019 – gesamt

Tabelle 5.1: KHG-Fördermittel insgesamt in Mio. Euro – in jeweiligen Preisen⁴⁴

KHG-Investitionsfördermittel - insgesamt, in Mio. Euro															
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
Sachsen	306,78	353,81	340,52	281,21	270,68	295,07	293,38	290,62	299,67	299,67	298,75	298,70	184,25	154,25	166,50
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
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
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
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

⁴⁴ 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 mit 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.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) und eine ergänzende Finanzierung über ein mögliches Darlehensvolumen (2019 in Höhe von 30 Mio. Euro) 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.

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.

KHG-Investitionsfördermittel - insgesamt, in Mio. Euro														
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Baden-Württemberg	296,70	305,00	310,00	340,00	337,00	382,50	370,00	385,00	410,00	437,00	455,20	397,90	455,23	438,21
Bayern	452,55	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
Berlin	99,60	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
Brandenburg	113,61	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
Bremen	34,31	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
Hamburg	110,01	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
Hessen	258,19	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
Mecklenburg-Vorpommern	80,58	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
Niedersachsen	100,43	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
Nordrhein-Westfalen	472,00	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
Rheinland-Pfalz	118,80	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
Saarland	26,17	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
Sachsen	167,40	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
Sachsen-Anhalt	154,27	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
Schleswig-Holstein	88,58	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
Thüringen	127,90	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
Deutschland	2.701,10	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	3.159,72

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 2019 – Pauschalförderung

Tabelle 5.2: KHG-Pauschalförderung in Mio. Euro – in jeweiligen Preisen⁴⁵

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

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 mit 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.

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).

KHG-Investitionsfördermittel - Pauschalförderung, in Mio. Euro													
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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	20,00
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	1.194,33

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

5.3 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2019 – Einzelförderung

Tabelle 5.3: KHG-Einzelförderung in Mio. Euro – in jeweiligen Preisen⁴⁶

KHG-Investitionsfördermittel - Einzelförderung, in Mio. Euro														
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
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	151,45
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	285,45
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	52,86
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	84,27
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	12,91
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	69,79
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	145,75
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	52,74
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	69,87
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	212,00
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	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	14,29
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	113,30
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	94,03
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	53,83
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	100,50
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	1.580,63

⁴⁶ 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 mit 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												
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Baden-Württemberg	156,45	191,00	187,00	232,50	210,00	225,00	250,00	277,00	295,20	240,40	297,13	268,21
Bayern	297,55	320,00	318,00	259,00	238,00	305,00	298,00	286,00	286,00	282,40	365,40	373,43
Berlin	66,05	79,45	54,74	57,48	58,75	55,30	66,49	-	-	-	-	-
Brandenburg	82,63	86,00	78,70	72,83	77,00	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	14,37	16,03	19,66	13,11	11,71	11,54	21,44	21,70	21,68	24,53	21,46	21,46
Hamburg	70,59	71,68	69,37	86,19	82,67	75,61	106,45	58,62	58,56	63,53	63,53	78,43
Hessen	128,40	166,89	166,89	128,50	128,50	145,50	145,50	146,20	-	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	50,34	50,19	45,90	46,30	43,44	38,00	33,00	30,00	29,00	28,00	27,50	27,00
Niedersachsen	125,19	155,73	160,84	121,27	127,82	137,42	139,54	153,16	144,73	143,28	156,61	155,56
Nordrhein-Westfalen	216,00	206,00	193,00	196,75	196,50	193,00	199,30	198,00	199,70	210,50	253,27	291,24
Rheinland-Pfalz	67,60	70,60	70,60	65,60	65,60	68,60	68,60	68,60	68,60	71,60	71,60	71,60
Saarland	9,09	8,16	16,93	18,03	17,15	14,76	14,58	14,58	14,58	14,58	19,21	19,21
Sachsen	68,40	56,00	56,00	55,50	55,60	55,00	55,00	59,09	55,00	44,33	44,50	60,00
Sachsen-Anhalt	74,03	56,23	47,23	43,35	33,02	33,02	27,87	19,20	19,20	16,63	5,36	5,00
Schleswig-Holstein	54,44	54,44	56,02	45,19	45,01	45,01	49,30	53,40	43,40	43,40	54,72	92,45
Thüringen	94,99	100,30	114,20	30,00	20,00	34,00	33,50	30,00	20,00	20,00	20,00	40,00
Deutschland	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	1.503,59

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.
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.
Brandenburg	Keine Benennung von einzelnen an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern. Allgemeine Formulierung in der Fortschreibung des 3. Krankenhausplans: „An der Notfallversorgung sollen alle Krankenhäuser entsprechend ihrem Versorgungsauftrag teilnehmen. Gemäß § 12 Abs. 1 des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes haben Krankenhäuser dafür Sorge zu tragen, dass die Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, die von den Rettungsdiensten zugeführt werden, unverzüglich für die weitere Versorgung übernommen werden.“
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. Die Teilnahme an der Notfallversorgung ist für alle Krankenhäuser im Land Bremen verpflichtend.
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 Aufstellung eigenständiger medizinisch-fachlicher und

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
	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.
Niedersachsen	Keine Vorgaben zur Notfallversorgung im Krankenhausplan.
Nordrhein-Westfalen	Die Notfallversorgung wird im Krankenhausplan NRW 2015 unter dem Punkt „gesetzliche Aufgaben“ beschrieben. Die Krankenhausleistung wird in Form einer Erstdiagnostik und entsprechender Weiterversorgungsplanung erläutert. Dabei werden die Intensivstationen der Krankenhäuser gesondert erwähnt. Konkrete Vorgaben erfolgen nicht.
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

Bundesland	Inhalt bzgl. der Notfallversorgung
	<p>der Notfallversorgung teilzunehmen. Bei Nichtversorgung oder Abweisung von Notfallpatienten droht Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan.</p> <p>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.</p> <p>„Notfall- und Katastrophenbettenplanung“: Sollvorgaben zur kurzfristigen Vorhaltung von entsprechenden Behandlungskapazitäten für eine hohe Zahl krankenhausesbedürftiger Patienten im Katastrophenfall, bei Großschadensereignissen, dem Massenanfall von Verletzten und bei Pandemien (Tabelle 12. 5; 7. Thüringer KH-plan).</p> <p>Es erfolgt kein Ausweis, ob ein Krankenhaus am gestuften System von Notfallstrukturen gemäß § 136c Abs. 4 SGB V teilnimmt oder nicht.</p>

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	<p>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.</p> <p>Ausführungen zu <i>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:</i> Fachplanung auf Basis einheitlicher Kriterien zur Bedarfsermittlung und zur Standortauswahl.</p> <p><i>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:</i> 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.</p> <p><i>Neurologische Frührehabilitation Phase B:</i> 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.</p> <p><i>Geriatric:</i> Die Fachplanung verweist auf Vorgaben für die Ausweisung von geriatrischen Schwerpunkten und Zentren entsprechend dem Geriatric-Konzept.</p> <p><i>Schlaganfallversorgung:</i> Die Fachplanung verweist auf eine Ausweisung gemäß den Kriterien der „Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg“, die gemeinsam mit einem medizinischen Expertenrat erarbeitet und mit dem Landes-</p>

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<p>krankenhausausschuss abgestimmt wurde. Diese sieht eine Versorgungsstruktur mit Schlaganfallzentren, regionalen Schlaganfallschwerpunkten und lokalen Schlaganfallstationen vor. Neufassung ist am 01. Februar 2017 in Kraft getreten.</p> <p>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.</p> <p>Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte: Die Fachplanung sieht eine Erfüllung der vom Landesbeirat "Onkologie" verabschiedeten "Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts" vor. Wird derzeit überarbeitet.</p> <p>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).</p> <p>Weaning (Beatmungsentwöhnung): Im Rahmen der Fachplanung erfolgt eine Auswahl der pneumologischen Fachkliniken angesichts der geringen zu erwartenden Fallzahlen.</p> <p>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.</p>
Bayern	<p>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.</p> <p>So gelten für Palliativstationen über die im Krankenhaus üblichen baulichen, technischen und medizinischen Standards hinaus folgende Kriterien:</p>

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<p>Strukturqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Personal</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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> <ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossener Stationsbereich bzw. organisatorisch und räumlich abgetrennte Einheit • Ein- und Zweibettzimmer, überwiegend Einbettzimmer wünschenswert • Wohnliche Atmosphäre • Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige • Multifunktionaler Raum mit wohnlicher Atmosphäre <p>Prozessqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Standardisierte Symptom- und Symptomverlaufsdokumentation • Regelmäßiger Einsatz von Subkutanpumpen

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Weiterhin legt der Krankenhausplan folgende Kriterien für palliativmedizinische Dienste fest:</p> <p>Strukturqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Personal</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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> <ul style="list-style-type: none"> • Der palliativmedizinische Dienst muss zu den üblichen Arbeitszeiten untertags erreichbar sein. <p>Prozessqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspan-

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<p>nungstherapie, 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.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Im Rahmen des Fachprogramms „Akutgeriatrie“ werden über die im Krankenhaus üblichen baulichen, technischen und medizinischen Standards hinaus folgende Qualitätskriterien festgelegt:</p> <p>Strukturqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Personal: Geriatisches Team</i> <p>Die Akutgeriatrie verfügt über ein eigenes geriatisches Team. Das geriatische Team ist multiprofessionell und interdisziplinär und setzt sich aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern / Sozialpädagogen und Therapeuten zusammen. Das geriatische Team wird von einem Geriater geleitet. Für den Einsatz des geriatischen Teams gelten die Anforderungen zur Erbringung der geriatischen frührehabilitativen Komplexbehandlung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550.</p>

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<p>Eine Orientierung an den Personalkennzahlen des Qualitätssiegels Geriatrie für die Akutgeriatrie wird empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Ärztliches Personal</i> <p><i>Akutgeriatriische Hauptabteilung</i> Der Chefarzt / Leitende Arzt einer akutgeriatriischen 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 geriatriischen Team zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin sein.</p> <p><i>Akutgeriatriische 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 geriatriischen Team zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin sein.</p> <p><i>Akutgeriatriische 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <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. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bauliche Kriterien</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Akutgeriatriische Hauptabteilung</i> Der akutgeriatriische 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>Akutgeriatriische Behandlungseinheit/akutgeriatriische Behandlungseinheit mit fachlichem Schwerpunkt</i> Der akutgeriatriische 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
	<p>Prozessqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Funktion</i> Eine Akutgeriatrie ist spezialisiert auf die geriatrietypische 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
	<p>- <i>Vernetzungen/sectorenübergreifende 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.</p> <p>Ergebnisqualität Die akutgeriatrische Versorgung im Krankenhaus von akut krankenhausbearbeitungsbedürftigen 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.</p> <p>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):</p> <p>a. Perinatalzentrum</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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</p>

Bundesland	Qualitätskriterien und -festlegungen
	<p>Struktur des Flächenstaates Bayern und der Bedarfslage Rechnung tragen.</p> <p>b. Verbund-Perinatalzentrum</p> <p>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. Eine Anerkennung als gemeinsames Verbund-Perinatalzentrum setzt dabei voraus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Formelle Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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. 3) Überprüfung <p>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.</p>

Berlin	<p>Neben generellen qualitätssichernden Anforderungen für alle Plankrankenhäuser (A) bzgl. Facharztbesetzung einer Fachabteilung und Pflegepersonal auf Intensivstationen stellt der Krankenhausplan 2016 Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität in Verbindung mit Versorgungskonzepten und dem Ausweis von Abteilungen bzw. Schwerpunkten auf der Ebene von Subdisziplinen (B).</p> <p>A. Generelle qualitätssichernde Anforderungen für alle Plankrankenhäuser</p> <p><i>Facharztbesetzung einer Fachabteilung</i> Eine von einem Plankrankenhaus geführte Fachabteilung muss folgende Mindestanforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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). <p><i>Pflegepersonal auf Intensivstationen</i> Auf Intensivstationen der Berliner Plankrankenhäuser sind möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) einzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 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 Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.
--------	---

B. Weitere Vorgaben für***Geriatric und Versorgung Demenzerkrankter***

Der Krankenhausplan 2016 stellt strukturelle Anforderungen an die geriatriche Versorgung im Krankenhaus. Geriatriche ist im Krankenhausplan 2016 als Hauptabteilung ausgewiesen, d. h. es erfolgt im Plan auch eine qualitative und quantitative Vorgabe zur Kapazität der Abteilung (abschließende Planung). Geriatriche Komplexbehandlung ist nur mit der GKV abrechenbar, wenn diese in einem Krankenhaus (bzw. an einem Krankenhausstandort) erbracht wird, in (bzw. an) dem Geriatriche krankenhausplanerisch vorgesehen ist.

Voraussetzungen für den krankenhausplanerischen Ausweis geriatricher Angebote sind:

- Die Abteilung für Geriatriche ist ordnungsbehördlich genehmigt/konzessioniert.
- Die Abteilung für Geriatriche ist eingebunden in ein Allgemeinkrankenhaus.
- Bestehende Fachkrankenhäuser genießen, sofern Bedarf nachgewiesen wird, Bestandsschutz.
- 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 Allgemeinkrankenhäuser integrierten Geriatricheabteilungen ausgleichen und besser als konkurrierende Mitbewerber geeignet sind. Der höhere Aufwand von Fachkrankenhäusern macht sich z. B. bei Komplikationen deutlich, wenn externe Fachärzte hinzugezogen 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 geriatricher Abteilung.
- Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatricher 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 Geriatriche, aber mit Rettungsstelle durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen die geriatriche Kompetenz in den Notaufnahmen sicher zu stellen.
- Notfallzentren und Notfallkrankenhäuser erarbeiten ein Konzept unter Berücksichtigung der hausindividuellen Besonderheiten zur Erst- und Weiterversorgung geriatricher 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 Chefärztin 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
 - ein qualifiziertes Entlass- und Beschwerdemanagement wird durchgeführt
 - größere Abteilungen sollen über besonders gestaltete Bereiche verfügen, die auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigten abgestimmt sind; diese Bereiche können auch in interdisziplinären Stationen zusammengefasst werden
 - Beteiligung an einer freiwilligen fachspezifischen externen Qualitätssicherungsmaßnahme wie z. B. Gemidas Pro sowie die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie werden empfohlen.

Der Krankenhausplan 2016 enthält des Weiteren Empfehlungen für die räumliche und personelle Ausstattung. Zu letzterem Punkt werden die Empfehlungen zur personellen Ausstattung des Bundesverbandes Geriatrie übernommen. Mit dem Krankenhausplan 2016 gilt die Empfehlung, dass jedes Berliner Plankrankenhaus über ein Konzept zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen sollte.

Die Erfüllung der empfehlenden Bestandteile der Anforderungen kommt insbesondere bei krankenhauserplanerischen Auswahlentscheidungen zum Tragen.

Gefäßmedizin:

Als Ziel im Bereich der Gefäßmedizin ist im Krankenhausplan 2016 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 2016 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.

Wegen der großen krankenhauserischen Bedeutung der Sicherstellung einer adäquaten Notfallbehandlung werden mit dem Krankenhausplan 2016 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)
- erkennbare Beteiligung an der Notfallversorgung.

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.
- 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:

Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung:

- 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
 - 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 hirnganischem Psychosyndrom und eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten.

Personelle Ausstattung

- 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.

Prozessqualität

- 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.

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 2016 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:

Die Krebsbehandlung sollte interdisziplinär erfolgen. Krankenhäuser mit einem hohen Versorgungsanteil in der operativen Krebstherapie sollten deshalb auch über ein internistisch-onkologisches, strahlen-, physio- und psychotherapeutisches sowie palliativmedizinisches Versorgungsangebot verfügen bzw. sich dieses über Kooperationen erschließen.

Bei seltenen, bei sehr bösartigen Krebserkrankungen und bei spezialisierten Behandlungsangeboten ist zudem gemäß Krankenhausplan 2016 über etwaige G-BA-Vorgaben hinaus eine Konzentration in wenigen Krankenhäusern wünschenswert.

Der Ausweis als Krankenhaus mit onkologischem Schwerpunkt wird im Krankenhausplan 2016 mit der Verpflichtung verbunden, die folgenden qualitätssichernden Aufgaben zu erfüllen:

- Beteiligung an der epidemiologischen und klinischen Krebsdokumentation in Berlin (derzeit im GKR und an den Berliner Tumorzentren, zukünftig im geplanten gemeinsamen Klinischen Krebsregister der Länder Berlin und Brandenburg bzw. im Bereich der Kinderonkologie am Deutschen Krebsregister in Mainz).
- Absicherung von wöchentlichen interdisziplinären Tumorkonferenzen mit fachärztlicher Besetzung (jeweils für das entsprechende Fachgebiet, für Radioonkologie, Pathologie und medikamentöse Tumorthherapie)
- Sicherstellung notwendiger pathologischer, radiologisch/radioonkologischer sowie nuklearmedizinischer Leistungen (zeitnah und mit festen Partnern) sowie medikamentös onkologischer Therapie unter fachärztlicher Kompetenz gemäß WBO
- sektorübergreifende Organisation der Nach- bzw. Weiterbehandlung
- palliativmedizinische und psychoonkologische Betreuungsangebote und Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für alle an der onkologischen Behandlung beteiligten Mitarbeiter.

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 Krebser-

krankungen erfolgt in Berlin an besonders spezialisierten Krankenhäusern.

Erkrankungen der Atmungsorgane:

Abteilungen für Pneumologie als Subdisziplin der Inneren Medizin werden im Krankenhausplan 2016 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.

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:

Personelle Ausstattung:

- 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.

Krankenhausstruktur und räumliche sowie technische Ausstattung:

- 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 den Tag/Nacht-Rhythmus der Patienten und den Lärm-schutz im Patientenzimmer gewährleisten.

Prozessqualität:

- 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.

Konzeption:

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.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen:

Im Krankenhausplan 2016 wird auf die Kriterien zur Qualitätssicherung zur stationären Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen verwiesen, die die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKiND) in enger Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) entwickelt hat.

- Perinatal- und Neonatalversorgung

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.

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat eine Arbeitsgruppe des Landespsychiatriebeirats ein Fachgutachten erstellt, das – analog zur Erwachsenenpsychiatrie – mit seinen strukturellen und quantitativen Aussagen die Grundlage für den vorliegenden Krankenhausplan 2016 bildet. Im Krankenhausplan wird der Grundsatz einer familien- und herkunftsnahen stationären und teilstationären Versorgungsmöglichkeit formuliert, aus dem sich das Ziel einer regionalisierten Pflichtversorgung ableitet. Das bisherige Konzept der Vorhaltung einer 10 Betten-Einheit für Langzeittherapien für gesamt Berlin wird verlassen zugunsten einer Integration dieser Therapien auf regionaler Ebene. Generell sollten psychosomatische Angebote regional verankert und an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angesiedelt sein. Als überregionale und für gesamt Berlin zu konzipierende bzw. auszubauende Schwerpunkte sind die Bereiche für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderungen und schweren psychischen Störungen sowie für Jugendliche mit Substanzabusus und Abhängigkeitserkrankungen zu betrachten.

Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

Die krankenhauplanerischen Festlegungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie basieren auf den fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates aus dem Jahr 2014. Die Krankenhausplanung orientiert sich dabei „am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, integrierten Versorgungssystem“. Die in diesem Versorgungssystem zu erbringenden Leistungen sind von den Leis-

tungsanbietern, den Kostenträgern und dem jeweiligen Bezirk weiterentwickeln 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.

Krankenhausversorgung am Lebensende

Der OPS 8-982 beschreibt die aktive ganzheitliche Behandlung bei unheilbaren Erkrankungen zur Symptomlinderung und psychosozialen Stabilisierung und formuliert umfangreiche Anforderungen zu Personaleinsatz und Personalqualifikation sowie speziellen Therapiebereichen.

Nach OPS 8-98e (spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) ist eine kontinuierliche 24-stündige Behandlung durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles palliativmedizinisch spezialisiertes Team auf einer eigenständigen Palliativstation (mit mindestens 5 Betten) gefordert.

Ein Ausweis von Palliativeinheiten erfolgt im Krankenhausplan 2016 weiterhin nicht. Um die palliativmedizinischen Versorgungsschwerpunkte in Berlin transparent zu machen, erfolgt eine vergleichende Leistungsdarstellung zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung nach OPS 8-982 bzw. OPS 8-98e.

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.

	<p>Fachkonzept Zentren</p> <p>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/gesundheits/assets/themen/stationaere-versorgung/zentrumskonzept-berlin.pdf).</p>
Brandenburg	<p>Die Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes benennt die Qualitätssicherung durch Kooperation und Vernetzung als wichtige Herausforderung für die Zukunft und hebt die Zusammenarbeit der Perinatalzentren und die regionalen geriatrischen Netzwerke als positive Beispiele hervor. Bezüglich der perinatalologischen Versorgung wird auf die entsprechende Richtlinie des G-BA verwiesen.</p> <p>Für das seit 2016 neu im Krankenhausplan ausgewiesene Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden konzeptionelle Voraussetzungen festgelegt, z.B. die Vorhaltung einer strukturell eigenständigen, leistungsfähigen Behandlungseinheit unter fachärztlicher Behandlungsleitung, die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen um psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlungsleistungen gemäß OPS 9-63 (in der OPS-Version 2014) erbringen zu können und die Anbindung der Behandlungseinheit an Krankenhäuser mit einem breiten somatischen Spektrum und einer Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Die Erfüllung der konzeptionellen Voraussetzungen ist Bedingung für die Wahrnehmung des spezifischen Versorgungsauftrages.</p>
Bremen	<p>Trotz der im BremKrhG § 4 Abs. 2 und § 28 Abs. 3 enthaltenen Möglichkeit der Festsetzung von Qualitätsvorgaben, enthält der Krankenhausplan bisher noch keine konkreten Qualitätskriterien / -festlegungen.</p> <p>Das BremKrhG enthält indes zahlreiche Vorgaben zur Einhaltung von Qualitätsstandards, die die Aufnahme eines Krankenhauses in den 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.</p> <p>Weitere Qualitätsvorgaben sind neben der Zulassung des Krankenhauses als Weiterbildungsstätte und die 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.</p>
Hamburg	<p>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 Zwischenfort-</p>

schreibung 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.

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 Beleihung zur Unterbringung nach HmbPsychKG.

Hessen	<p>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 krankenhauserplanerischen 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.</p> <p>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 Landeskrankenhausausschuss beschlossenes und ggfs. weiterentwickeltes Fachkonzept, das Gegenstand des Krankenhausplanes wird. Besondere Aufgabe im Sinne des § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Weiterer Bestandteil des Hessischen Krankenhausplanes 2020 sind die bestehenden Fachkonzepte. Folgende Fachkonzepte mit Qualitäts- und Strukturvorgaben sind geplant bzw. in der Überarbeitung und enthalten Qualitätsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onkologiekonzept - Geriatriekonzept - Schlaganfallkonzept - Psychosomatikkonzept <p>Anwendung der Plan-QI</p>
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Zentren nach G-BA</p> <p>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 des</p>

Krankenhausplans.

Krankenhausplanerischer Begriff des Zentrums

Die Krankenhausplanungsbehörde Mecklenburg-Vorpommern differenziert zwischen dem krankenhauplanerischen Begriff des Zentrums und dem entgeltrechtlichen Begriff des Zentrums im Sinne des KHEntgG.

Eine Beschränkung des krankenhauplanerischen 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 Zentrums-eigenschaft 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 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 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 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

	<p>in Form von Prüfung und Bewertung von Patientendaten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Qualifikationserfordernissen 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 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. <p>Pädiatrische Zentren</p> <p>Die Zentren für Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern nehmen überörtliche und krankenhausesübergreifende 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.</p> <p>Auswahlkriterien</p> <p>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.</p> <p>Dies sind das Vorhandensein einer</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

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 krankenhausesübergreifenden 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.

Die **speziellen besonderen** Aufgaben können folgende Leistungen des Zentrums einschließen:

- tagesklinische und ambulante spezialärztliche Angebote,
- Tracking bei chronisch kranken Kindern,
- Einbindung in Studien.

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 konsentierete 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 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.

Nähere Erläuterung der Kooperations- und Qualitätssicherungsaufgaben des Netzwerkes Telemedizin in der pädiatrischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

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. 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 der 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 Konsilen können Kompetenzen der pädiatrischen Subspezialisierungen auch in kleineren Krankenhäusern angeboten werden.

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 Patient (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 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.
- 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 Traumanetz-

werke 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 krankenhausesübergreifende 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.

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 krankenhausesübergreifenden 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 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,
- 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.

Nähere Erläuterung der Kooperations- und Qualitätssicherungsaufgaben des Netzwerkes Telemedizin in der herzmedizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern:

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 Krankenhauserlassung.

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.

Akut-stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Der Krankenhausplan stützt sich auf die in Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen definierten Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Besondere Anforderungen

Strukturqualität der akut-stationären Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Organisatorische Voraussetzung

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 Patienten-gruppe 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 Krankenhaus-planungsbehörde, die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, der Integrationsförrat und das für den Standort zuständige Gesundheitsamt im Beirat vertreten. Der Beirat tagt mindestens einmal jährlich.

Räumliche Voraussetzung

- 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.

Personelle Voraussetzungen

- 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 Nacht-schicht 1 zu 10 nicht unterschreiten.
- Eigenes oder vertraglich gebundenes externes Therapeutisches Personal umfasst mindestens die Berufe: Ergothera-

peuten, 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.

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 (ANNO-TeM)“ mit dem Ziel eine zertifizierte Struktur zur Schlaganfall-

versorgung zu errichten, teilnehmen, gelten bis zum Abschluss des Projekts, einschließlich Evaluation, als geeignete Krankenhäuser. Die entsprechenden Kliniken sind im Krankenhausplan festgelegt.

Adipositas-Chirurgie: Diese spezialisierten Leistungen werden als besondere Aufgaben an Krankenhäusern erbracht, welche mindestens die Anforderungen der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie erfüllen. Krankenhäuser wurden explizit im Krankenhausplan festgelegt.

Transplantationszentrum gemäß § 10 Transplantationsgesetz: Krankenhäuser wurden explizit im Krankenhausplan festgelegt.

Palliativmedizin im Krankenhaus:

Die Palliativmedizinische Komplexbehandlung erfolgt auf Basis von § 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch in Krankenhäusern, die eine entsprechende Strukturqualität nachweisen können (Prozedurenschlüssel OPS 8-982). Palliativmedizinische Kapazitäten an den Krankenhäusern werden daher im Krankenhausplan 2012 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.kgm.de: Palliativmedizin im Krankenhaus.pdf

Geriatric im Krankenhaus:

Die demographische Entwicklung erzwingt eine vermehrte Fokussierung der Krankenhausversorgung auf die Bedürfnisse älterer Patientinnen und Patienten. Geriatrische 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. Es beschreibt den Aufbau von speziellen Versorgungsstrukturen für geriatrische 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. Bezüglich des Erfordernisses zur Krankenhausbehandlung ist auf die häufig gefährdete soziale Einbindung geriatric

	<p>scher 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“.</p> <p>Eine Geriatrische Einheit ist an einem nach dem Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern bestehenden Krankenhaus angesiedelt.</p> <p>Voraussetzung für eine „Geriatrische Einheit“ ist, dass das Krankenhaus ein geriatrisches Team mit mindestens folgenden Professionen vorhält: Ärzte, Pflegepersonal, therapeutische und psychosoziale Leistungserbringer (Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Sozialdienst und Psychologe).</p> <p>Das geriatrische Team erbringt voll- und/oder teilstationäre diagnostisch und therapeutische geriatrische Leistungen und wird durch einen Facharzt mit geriatrischer Qualifikation geleitet. Die geriatrische Qualifikation des ärztlichen Leiters nach Weiterbildungsordnung setzt eine Anerkennung der „Zusatz-Weiterbildung-Geriatric“ oder der „Schwerpunkt-Weiterbildung Geriatric“ oder der fakultativen Weiterbildung „klinische Geriatric“ oder der Facharzt-Weiterbildung „Innere Medizin und Geriatric“ voraus.</p> <p>Darüber hinaus wird auf die Empfehlungen des Geriatricplanes Mecklenburg-Vorpommern verwiesen.</p> <p>Geriatriche Einheiten sind in Mecklenburg-Vorpommern an den folgenden Krankenhausstandorten eingerichtet (Auflistung erst nach Anzeige durch die Krankenhausträger möglich).</p> <p>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 krankenhauplanerische 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 2021 gewährt.</p>
Niedersachsen	<p>Der Krankenhausplan enthält keine Qualitätskriterien.</p> <p>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</p>

	<p>von Zentren durch die Aufnahme in den „Krankenhausfachplan Zentren“. Die krankenhausesplanerische Ausweisung der besonderen Aufgaben von Zentren steht im Ermessen der Krankenhausplanungsbehörde.</p> <p>Krankenhäusern können besondere Aufgaben als Zentrum im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 KHEntg durch Aufnahme in den Krankenhausfachplan Zentren nach § 4 Abs. 5 NKHG übertragen werden, wenn diese die in den Zentrums-Regelungen des G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Ausweisung als Zentrum erfolgt durch Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG i. V. m. § 4 Abs. 7 S. 1 Nr. 2 NKHG unter der auflösenden Bedingung, dass die Qualitätsanforderungen der Zentrums-Regelungen dauerhaft erfüllt werden. Die Übertragung der besonderen Aufgaben erfolgt durch konkrete Ausweisung im Krankenhausblatt, das Bestandteil des Feststellungsbescheides ist.</p>
Nordrhein-Westfalen	<p>Der Krankenhausplan NRW 2015 formuliert: „Die nachfolgend für verschiedene Versorgungsbereiche herangezogenen medizinischen - fachlichen Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen sind als wichtige Orientierung zu verstehen und zur Überprüfung der Strukturqualität so lange heranzuziehen, bis sich der allgemein anerkannte Stand der Medizin ausdrücklich weiter entwickelt hat, z. B. durch Neufassung einer Leitlinie.</p> <p>Eine Orientierung ist kein Ausschlusskriterium; die konkrete Situation des Einzelfalles ist bei Entscheidungen immer in Betracht zu ziehen.</p> <p>Zum Zeitpunkt der Verwaltungsentscheidung über ein konkretes regionales Planungskonzept muss der Bezugspunkt aktuell und eindeutig belegbar sein.“</p> <p>Aufgrund des großen Umfangs der herangezogenen Unterlagen, wird an dieser Stelle auf die Ausführungen des Krankenhausplanes NRW 2015 verwiesen.</p>
Rheinland-Pfalz	<p>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.</p> <p>Allgemeine Organisatorische Vorgaben zur Qualitätsverbesserung</p> <p>Hinsichtlich organisatorischer Qualitätsvorgaben ist geplant, die Plankrankenhäuser zu verpflichten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein geriatrisches Screening bei allen Patientinnen und Patienten über 75 Lebensjahren durchzuführen und über ggf. einzu- bindende 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 Chefärztin 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. 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

Geriatric für die Akutgeriatric 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 „Geriatric Station“ zur Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes verwiesen. b) Prozessqualität Um eine akutgeriatric Behandlung bedürftigkeit möglichst frühzeitig feststellen zu können, setzt die Klinik in der Notaufnahme ein geriatric Screening ein, das bei jeder Aufnahme von Patienten, die mindestens 70 Jahre alt sind, angewandt wird. Grundlage der Behandlung geriatric Patienten ist ein standardisiertes geriatric 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 Geriatricerin bzw. dem Geriatricer 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 geriatric Patientinnen und Patienten muss die Entlassungsplanung strukturiert und frühzeitig erfolgen. (Entlassungsmanagement/Expertenstandard). Die Interdisziplinarität der Geriatric erfordert die strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten. Darüber hinaus benötigen auch die anderen Fachgebiete geriatric Expertise, die über einen Konsildienst zu gewährleisten ist. Die Etablierung von fachgebietsübergreifenden Kooperationen (z.B. Alterstraumatologisches Zentrum) führt zu einer verbesserten Versorgung. Eine Akutgeriatric ist Teil eines Netzwerks zur Versorgung älterer Menschen. Dabei sind Vernetzungen über die Sektorengrenzen hinaus aufzubauen. Um eine lückenlose geriatric Versorgung zu gewährleisten, ist insbesondere eine Zusammenarbeit mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort (niedergelassenen Ärzten, sozia-

	<p>len 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.</p> <p>Bundesverband Geriatrie und Zentrenbildung</p> <p>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 krankenhauserischer 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.</p>
Saarland	<p>Chest Pain Units (CPU):</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 • Spezielle diagnostische Bildgebung: Echokardiographie, Abdomensonographie, • CT und MRT (in Kooperation). <p>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.</p>

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 neuro-radiologischer 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 Geriatrieplanung ist insbesondere die Entwicklung struktureller Vorgaben (räumlich, Personal, Prozesse, Qualität und Kooperation) für geriatrische Einrichtungen. Folgende Kriterien müssen von Geriatrien erfüllt werden:

- 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“,

	<ul style="list-style-type: none"> • mittelfristige Entwicklung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden. • Kooperation mit mindestens einer stationären Pflegeeinrichtung, <p>Mindestmengen: Mindestmengenvorgabe für gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen: "mehr als 300 Geburten jährlich" (§ 22 Abs. 4 SKHG).</p>
Sachsen	<p>Geriatric: Einrichtungen der Akutgeriatrie mit spezialisiertem geriatrischem Versorgungsauftrag werden explizit im Krankenhausplan ausgewiesen. Die geriatrischen Abteilungen erfüllen dabei die Voraussetzungen für das Qualitätssiegel Geriatrie.</p> <p>Palliativstationen: Palliativstationen werden nicht mehr explizit im Krankenhausplan ausgewiesen. Sie müssen jedoch die international anerkannten „Qualitätskriterien für Palliativstationen“ erfüllen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Versorgung von Schlaganfallpatienten: Es wurden drei telemedizinische Schlaganfallnetzwerke aufgebaut. Die für sie geltenden Strukturanforderungen sind in der Rahmenvereinbarung „Schlaganfallnetzwerk Freistaat Sachsen“ definiert.</p> <p>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“.</p>

	<p>Spezialisierte Adipositasbehandlung Um die Versorgung von morbid adipösen Patienten (BMI \geq 35 mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen, BMI \geq 40) zu verbessern, wird die Behandlung an multiprofessionell strukturierten Einrichtungen konzentriert.</p> <p>Traumazentren und Traumanetzwerke Ziel von Traumazentren und Traumanetzwerken ist die Verbesserung der flächendeckenden Versorgungsqualität von Schwerverletzten rund um die Uhr.</p> <p>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.</p>
Sachsen-Anhalt	<p>Keine Qualitätskriterien und -festlegungen im Krankenhausplan.</p> <p>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.</p> <p>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 Qualitätsvereinbarungen zur Umsetzung der Rahmenvorgaben zu schließen.</p> <p>Die Rahmenvorgaben der Krankenhausplanung sind unter https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/gesundheitswesen/medizinische-versorgung/krankenhausversorgung/krankenhausplanung/ abrufbar.</p>
Schleswig-Holstein	<p>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.</p> <p>Geriatrische Versorgung Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts Schleswig-Holstein (2014):</p>

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.
- 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, Prostata-tumorzentrum, Lungentumorzentrum, Hauttumorzentrum, Lymphomzentrum, Hirntumorzentrum) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft verfügen

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>Darüber hinaus muss die vertragliche Einbindung an ein onkologisches Zentrum nachgewiesen werden.</p>
Thüringen	<p>Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen</p> <p>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:</p> <p>Vollstationäre Versorgung (Krankenhaus) je Fachabteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Weiterbildung zum Facharzt für die entsprechende Fachrichtung besetzt sind, soll sich in der Regel mindestens einer im letzten Drittel der Weiterbildung befinden. <p>Teilstationäre Versorgung (Tageskliniken singulär, extern)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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.</p> <p>Darüber hinausgehende Regelungen zu Qualitäts- und Strukturanforderungen wurden zu folgenden Bereichen festgelegt:</p> <p>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenständige bettenführende Organisationseinheit mit min-

destens 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 therapeutischen 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 Therapiebereiche müssen selbst oder in Kooperation vorgehalten werden:
 - Physiotherapie/Physikalische Therapie
 - Ergotherapie
 - Logopädie
 - (Neuro-)Psychologie und
 - Ernährungsberatung
 - Teilstationäres Angebot muss vorgehalten werden
 - Anzeige von therapeutischen 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, dopplersonographischer und neurophysiologischer Untersuchungsverfahren müssen vorhanden sein, unmittelbarer Zugriff auf erforderliche bildgebende Diagnostik
- Anzeige von therapeutischen 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 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.
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.
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 mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten. Keine Angabe über die Anzahl der vorhandenen Ausbildungsplätze.

Bundesland	Inhalt bzgl. Ausbildungsstätten
Nordrhein-Westfalen	<p>In einem Informationsblatt zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015 wird u. a. ausgeführt: Fragen des konkreten Bedarfs an Ausbildungsplätzen werden nicht mehr im Rahmen der regionalen Planungsverfahren geprüft und entschieden. Vergütungsfragen werden – wie bisher – im Rahmen der maximal zulässigen Ausbildungskapazitäten gemäß der staatlichen Anerkennung im Verfahren nach § 17a KHG zwischen Kostenträgern und den Trägern der Ausbildungsstätten unmittelbar abgestimmt und die tatsächlich besetzten Ausbildungsplätze vergütet. Folgende Änderungen werden im Krankenhausplan 2015 vorgenommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Streichung des Kapitels 5.4 „Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe“ (dieses befasst sich ausschließlich mit der Festlegung der Ausbildungsplatzkapazitäten und der Berechnungsmodi) – Seite 114 ff. des Krankenhausplans • Herausnahme der „Ausgestaltung der Bedarfsermittlung der benötigten Ausbildungsplatzkapazitäten“ aus dem Anhang F des Krankenhausplans • Streichung des Planungsgrundsatzes 11 aus dem Anhang F „Krankenhausplan NRW – Planungsgrundsätze“. <p>Die Ausbildungsstätten werden weiterhin 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.“ (vgl. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/ausbildungsstaetten_neue-planung_infoblatt-internet_krankenhausplan-2017docx.pdf)</p>
Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen (aktueller Bestand der Bescheide).
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.

Bundesland	Inhalt bzgl. Ausbildungsstätten
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	<p>Im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation ist eine Anerkennung als Akutgeriatrie notwendig.</p> <p>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.</p> <p>Im Bereich der neurologischen Frührehabilitation Phase B gilt ein Planungsvorbehalt. Leistungserbringungen in diesem Bereich sind erst nach Anerkennung durch die Planungsbehörde möglich.</p>
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 als spezieller medizinischer Einrichtung; 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	<p>Ausweisung von Standorten für die Versorgung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten der Frühphase B.</p> <p>Planung geriatrischer Fachabteilungen; die Behandlung umfasst nach dem Hessischen Geriatriekonzept auch rehabilitative Behandlungsanteile im Akutkrankenhaus (fallabschließende Behand-</p>

Bundesland	Inhalt bzgl. Frührehabilitation
	lung geriatrischer Patienten)
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Fachabteilungen.
Niedersachsen	Keine Angaben
Nordrhein-Westfalen	Erläuterung zur verpflichtenden Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 S. 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	<p>Der Krankenhausplan sieht vor, dass teilstationäre Plätze abteilungsbezogen und mit konkreter Platzzahl geplant werden.</p> <p>Bevor neue somatische teilstationäre Kapazitäten krankenhauplanerisch ausgewiesen werden, sollen Krankenträger 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.</p> <p>Bezüglich der künftigen „teilstationären“ Dialyse gilt folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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 zwischen den (genehmigten) Fachabteilungen ist jederzeit möglich.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Berlin	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Tagesklinikplätze werden gegliedert nach Hauptdisziplinen ausgewiesen.</p>
Brandenburg	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>
Bremen	<p>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).</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>
Hamburg	<p>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).</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>
Hessen	<p>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.</p>
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus.</p>

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Niedersachsen	<p>Ausweisung der geförderten teilstationären Einrichtungen unter Ausweisung der Fachrichtung und der Anzahl der dort vorhandenen Plätze.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>
Nordrhein-Westfalen	<p>Tageskliniken stellen in NRW das im Krankenhausplan ausgewiesene Angebot dar. Sie ermöglichen in ausgewählten Gebieten wie insbesondere der Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Geriatrie ein Angebot, das den Interessen der Patientinnen und Patienten nach Erhalt von Alltagsstrukturen bei gleichzeitig kompetenter medizinischer Versorgung entgegenkommt. Der Ausbau von Tageskliniken zu einer flächendeckenden Vorhaltung wird weiter verfolgt, auch weil es geeignet ist, die Wege für Patientinnen und Patienten erheblich zu verkürzen. Auch in der Geriatrie bleiben Tageskliniken im Rahmen anerkannter Kapazitäten möglich, eine Ausweisung im Plan erfolgt nicht.</p>
Rheinland-Pfalz	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>
Saarland	<p>Im Saarland werden in folgenden Disziplinen teilstationäre Angebote vorgehalten:</p> <p>Dialyse, Geriatrie, HNO-Cochlear, Kinderonkologie, Kinder- u. Jugendmedizin, Kinder- u. Jugendpsychiatrie u.-psychotherapie, Neurologie, Onkologie, Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Schwindelzentrum.</p> <p>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.</p>
Sachsen	<p>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.</p>

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Sachsen-Anhalt	<p>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.</p> <p>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 kapazitiv geplant werden und tagesklinische Angebote, die nicht am Standort des Krankenhauses vorgehalten werden.</p>
Schleswig-Holstein	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze und Tagesklinikplätze pro Krankenhaus.</p> <p>Die gesonderte Ausweisung eines teilstationären Behandlungsangebotes im Krankenhausplan setzt ein verbindliches Behandlungskonzept voraus, in dem die folgenden Eckpunkte konkretisiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>Eine Änderung des verbindlichen Behandlungskonzeptes ist gegenüber der Planungsbehörde anzeigepflichtig.</p>

Bundesland	Inhalt bzgl. teilstationären Einrichtungen
Thüringen	<p>Ausweisung von Tagesklinikplätzen pro Fachabteilung und Krankenhaus in den Fachgebieten Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Geriatrie.</p> <p>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.</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen.</p>