



KRANKENHAUSPLAN 2020



KRANKENHAUSPLAN 2020

Wiesbaden 2020

Inhalt	Seite
Vorwort	1
1 Ein neuer Krankenhausplan für Hessen	3
2 Einleitung	5
3 Rechtlicher Rahmen	7
4 Planungsziele	10
4.1 Qualitativ hochwertige Versorgung	10
4.2 Patientengerechtigkeit	11
4.3 Bedarfsgerechtigkeit	12
4.4 Trägervielfalt	14
4.5 Sicherung der speziellen Belange der Notfallversorgung und der Intensivmedizin	15
4.6 Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkliniken	16
4.7 Verbundbildung und Standortkonzentration	17
4.8 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung	17
5 Qualität	19
6 Planungsgegenstand und Strukturvorgaben	22
6.1 Bestimmung der Plankrankenhäuser	22
6.1.1 Zuweisung des Standortes	22
6.1.2 Kriterien zur krankenhauserischen Zusammenführung bislang selbständiger Krankenhäuser	23
6.2 Zuweisung der Fachgebiete	23
6.3 Belegabteilungen	25
6.4 Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und Rettungskette	25
6.4.1 Unverzichtbare Notfallstandorte	26
6.4.2 Stufen der Notfallversorgung	27
6.4.3 Intensivmedizin	29
6.4.4 Psychiatrischer Notfall	29
6.4.5 Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst	30

6.5	Überörtliche Schwerpunktaufgaben und besondere Aufgaben	32
6.5.1	Überörtliche Schwerpunktaufgaben nach § 17 Abs. 6 HKHG 2011	32
6.5.2	Besondere Aufgaben nach § 17 Abs. 7 Satz 2 und 3 HKHG 2011	33
6.6	Besondere Verpflichtungen	34
6.6.1	Krankenhaus-Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen	34
6.6.2	Bewältigung außergewöhnlicher Schadensereignisse	35
6.6.3	Pandemie und sonstige bedrohliche Lagen	35
6.7	Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Ausbildungsstätten	36
7	Planungsverfahren	37
7.1	Fachgebiete und Normauslastung	38
7.2	Versorgungsgebiete	40
7.3	Planungsmethode	44
7.3.1	Bedarfsberechnung	44
7.3.2	Prognose	47
7.4	Feststellungsbescheide	47
8	Fachkonzepte	49
9	Entwicklung des Leistungsgeschehens und Bedarfsprognose in den Fachgebieten	52
9.1	Augenheilkunde	54
9.2	Chirurgie	59
9.3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	64
9.4	Geriatric	69
9.5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	74
9.6	Haut- und Geschlechtskrankheiten	79
9.7	Herzchirurgie	84
9.8	Innere Medizin	89
9.9	Kinder- und Jugendmedizin	94
9.10	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	99
9.11	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	104
9.12	Neurochirurgie	109
9.13	Neurologie	114
9.14	Nuklearmedizin	119

9.15	Psychiatrie und Psychotherapie	124
9.16	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	129
9.17	Strahlentherapie	134
9.18	Urologie	139
9.19	Intensivmedizin (nicht geplant)	144
10	Stationärer Versorgungsatlas	149
10.1	Leistungsreport der Hessischen Plankrankenhäuser	149
10.2	Auswirkungen des demografischen Wandels auf das vollstationäre Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Hessen bis zum Jahr 2030	149
	Impressum	151

Vorwort



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir legen Ihnen diesen neuen Hessischen Krankenhausplan zu einem Zeitpunkt vor, zu dem die Welt in einem Umbruch steckt. Die globale COVID-19-Pandemie macht klar, dass die Annahme, Infektionskrankheiten spielten im Deutschland des 21. Jahrhunderts keine große Rolle mehr, hinfällig ist. Zugleich macht

sie deutlich, dass die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Notfällen – die medizinische Gefahrenabwehr – eine der wichtigsten Aufgaben der stationären Versorgung ist. Darüber hinaus wird immer offensichtlicher, dass es kein Zurück in eine Welt vor COVID-19 geben wird – wir werden lernen müssen, mit dem Virus und der von ihm ausgelösten Erkrankung zu leben.

In dieser Situation erscheint es vielleicht ungewöhnlich, einen neuen Krankenhausplan vorzulegen. Wäre es nicht ratsam gewesen, noch sechs oder gar neun Monate zu warten, um dauerhafte Schlussfolgerungen aus der Pandemie ziehen und sie im Krankenhausplan abbilden zu können?

Ich meine, nein – im Gegenteil: Der jetzt vorliegende Krankenhausplan enthält viele neue und innovative Planungsparameter. Erstmals nimmt er beispielsweise das Ziel der Patientengerechtigkeit in den Blick. Künftig ist die Perspektive der Patientinnen und Patienten bereits bei krankenhauserischen Entscheidungen mit zu bedenken. Darüber hinaus erhält die sektorenübergreifende Zusammenarbeit einen neuen Stellenwert. Wo zuvor allzu oft der Geist der Abgrenzung wehte, steht jetzt die Zusammenarbeit der Akteure im Fokus. Schließlich ergreifen wir vielfältige Maßnahmen, um die stationäre Versorgung in ganz Hessen zu sichern und so allen hessischen Bewohnerinnen und Bewohnern eine gute Krankenhausversorgung zu bieten.

Mit dem Krankenhausplan beschreiben wir die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, flächendeckenden und patientengerechten stationären Versorgung.

Ein Krankenhausplan in dieser Zeit kann aber selbstverständlich nicht am Thema COVID-19 vorbeigehen. Deshalb legen wir zeitgleich das Sonderkapitel „Vorhaltung von stationärer Behandlungskapazität für die weitere Bewältigung der COVID-19-Pandemie“ vor. In diesem Sonderkapitel definieren wir die Versorgungskapazitäten, die gebraucht werden, um gegen eine mögliche zweite Infektionswelle gewappnet zu sein.

Noch ist es zu früh zu entscheiden, welche neuen Strukturen wir dauerhaft benötigen. Daher wollen wir den Hessischen Krankenhausplan in spätestens zwei Jahren an die aktuelle Entwicklung anzupassen. Zu diesem Zeitpunkt wird dann auch das Sonderkapitel angepasst und in den regulären Krankenhausplan einfließen.

Derzeit steht die gesamte stationäre Versorgung in Hessen vor großen Herausforderungen. Allen, die daran mitgewirkt haben, dass sie dennoch auf einem qualitativ so hohen Niveau stattfindet, danke ich herzlich. Gemeinsam werden wir die bevorstehenden Herausforderungen annehmen und weiterhin die Versorgung der Bevölkerung in einer Welt mit COVID sicherstellen.

Wiesbaden, im Juni 2020



Kai Klose,
Hessischer Minister für Soziales und Integration

1 Ein neuer Krankenhausplan für Hessen

Der vorliegende Krankenhausplan ist ein substanzieller Plan. Wir bringen mit diesem Planungswerk die Krankenhauslandschaft in Hessen auf den aktuellen Stand.

Für eine gute und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ganz Hessen

Mit dem neuen Krankenhausplan 2020 sorgen wir für eine gute und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ganz Hessen. Im Fokus steht dabei die Qualität der stationären Versorgung – sowohl übergreifend als auch mit Blick auf jedes einzelne Krankenhaus.

Wir nehmen das Ziel der Patientengerechtigkeit neu auf. Die Interessen der Patientinnen und Patienten sind bereits auf der Ebene der Planung mit zu berücksichtigen.

Es geht um eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung in ganz Hessen – also sowohl im ländlichen Raum als auch in den Städten. Um den medizinischen Fortschritt auch im ländlichen Raum spürbar werden zu lassen, fördern wir die Vernetzung der Krankenhäuser durch Fachkonzepte und die Verbundbildung, um die Krankenhausstandorte zu erhalten.

Hessen ändert sich – den demografischen Wandel gestalten

Mit dem neuen Krankenhausplan blicken wir in die Zukunft und berücksichtigen den demografischen Wandel. Zu diesem Zweck beinhaltet der neue Krankenhausplan 2020 umfangreiche Berechnungen, wie sich der demografische Wandel auf die Inanspruchnahme in den einzelnen Fachgebieten auswirken wird. Damit können wir schon jetzt die Weichen so stellen, dass auch im Jahr 2030 eine gute und bedarfsgerechte Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger sichergestellt ist. Eine zentrale Rolle hat hierbei die geriatrische Versorgung.

Auf dem Weg, die Krankenhäuser an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen, schreiten wir ebenfalls voran.

In folgenden Kapiteln regelt der Krankenhausplan das Thema Qualität: Kap. 4.1, 4.3, 4.6, 4.7, 5 6.1, 6.2, 6.4.2, 6.4.5, 6.5, 6.5.2, 7, 7.3, 7.3.1 und 8.

Die Patientengerechtigkeit steht in folgenden Kapiteln im Fokus: Kap. 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 6.2, 6.4, 6.4.2, 6.4.3, 6.4.5, 6.6.2, 6.7, 7.1, 7.3.1 und 8.

Das Thema flächendeckende Versorgung wird in folgenden Kapiteln vertieft: 4.3, 4.6, 5, 6.1.2, 6.2, 6.4.1, 6.4.2, 6.5.2, 7.2 und 8.

Um den demografischen Wandel geht es an folgenden Stellen: Kapitel 6.2, 6.4.2, 6.4.5, 7.2, 7.3.2 und 8.

Die Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung werden in den Kapiteln 4.5, 4.8, 6.3 und 6.4.5 angesprochen.

Sektorengrenzen überwinden – Versorgung integriert gestalten

Mit dem neuen Krankenhausplan 2020 geben wir der sektorenübergreifenden Versorgung einen neuen Stellenwert. Durch den gesamten Plan zieht sich die Verpflichtung zur Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg. Diese Verzahnung ist wichtig, um gerade im ländlichen Raum ein gutes medizinisches Versorgungsangebot zu sichern.

In der ambulanten Notfallversorgung wollen wir weiterhin das Höchster Modell umsetzen, bei dem an einem gemeinsamen „Tresen“ in der Notaufnahme entschieden wird, ob eine Patientin oder ein Patient stationär aufgenommen werden soll oder in einer Partnerpraxis bzw. dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen weiter behandelt wird.

Gesundheit in der globalen Welt

Spezielle Regelungen zur Covid-19-Pandemie enthält das Sonderkapitel. Darüber hinaus geht es bei den Punkten 6.6.1 und 6.6.3 um den Pandemiefall.

Die Covid-19-Pandemie hat dramatisch gezeigt, dass wir in einer globalen Welt leben, in der Pandemien in kürzester Zeit die gesamte Welt erfassen können. Um allen Menschen in Hessen auch in einer Pandemie eine gute und verlässliche stationäre Versorgung zu bieten, haben wir neben den Grundsätzen für die Pandemievorsorge ein eigenes Sonderkapitel zur Vorhaltung von stationärer Behandlungskapazität für die weitere Bewältigung der COVID-19-Pandemie aufgelegt.

Krankenhausversorgung langfristig absichern

Die gute und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in Hessen muss langfristig abgesichert werden. Das Land wird die finanzielle Unterstützung für Investitionen in dieser Legislaturperiode deutlich erhöhen. Um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen, fördern wir die Bildung von Verbänden und werden unverzichtbare Standorte im ländlichen Raum weiter erhalten. Dazu wird an der Krankenhaus-Sicherstellungsrichtlinienverordnung festgehalten.

2 Einleitung

Krankenhausplanung ist eine notwendige und unverzichtbare staatliche Aufgabe, die nach Art. 72 Abs. 1 des Grundgesetzes von den Bundesländern auszuführen ist. Hierfür treffen sie Regelungen in ihren Landesgesetzen (in Hessen das Hessische Krankenhausgesetz 2011 – HKHG 2011) und stellen sogenannte Krankenhauspläne auf (siehe § 17 Abs. 1 HKHG 2011). Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan entsteht automatisch ein Versorgungsvertrag zwischen dem Krankenhaus und den gesetzlichen Krankenkassen. Zudem tritt ein Anspruch auf Investitionsförderung gegenüber dem Land in Kraft.

Nach § 18 Abs. 3 Satz 1 HKHG 2011 ist der Krankenhausplan in regelmäßigen Abständen fortzuschreiben. Der letzte Krankenhausplan wurde im Jahr 2009 veröffentlicht. Der nun vorliegende Krankenhausplan berücksichtigt die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Er wurde in einer Arbeitsgruppe des Landeskrankenhausausschusses (LKHA) unter Mitwirkung aller Beteiligten erarbeitet, vom LKHA am 10.02.2020 beraten und gebilligt und vom Hessischen Kabinett am 22.06.2020 beschlossen.

Der vorliegende Krankenhausplan gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Darstellung des grundsätzlichen rechtlichen Rahmens (Kapitel 3)
- Definition der Ziele der Hessischen Krankenhausplanung (Kapitel 4).
- Qualität im Vordergrund (Kapitel 5).
- Konkretisierung des genauen Planungsgegenstands und der jeweiligen Strukturvorgaben (Kapitel 6).
- Methoden der Krankenhausplanung Methoden (Kapitel 7) dargestellt.
- Darstellung der vorliegenden Fachkonzepte (Kapitel 8).
- Die spezifische Entwicklung der einzelnen Fachgebiete (Kapitel 9).
- Darstellung der Versorgungsstrukturen und der Morbidität in Hessen (Kapitel 10 – Versorgungsatlas)

Das zehnte Kapitel enthält zunächst den Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser als stationären Teil des Versorgungsatlas (vgl. § 18 Abs. 1 HKHG 2011). Die Darstellung des ambulanten und sonstigen Leistungsgeschehens wird im Nachgang veröffentlicht. Weiterer Inhalt des Kapitels ist ein Bericht zu den Auswirkungen des demografischen Wandels auf das vollstationäre Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Hessen bis zum Jahr 2030.

Künftig soll der Krankenhausplan sowohl hinsichtlich seiner Grundlagen als auch hinsichtlich der Auswirkungen des demografischen Wandels auf das stationäre Leistungsgeschehen alle zwei Jahre überarbeitet werden, um die aktuelle Entwicklung aufzunehmen. Der Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser wird ab 2018 grundsätzlich jährlich aktualisiert und im Internet auf der Homepage des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration veröffentlicht werden.

3 Rechtlicher Rahmen

Die Notwendigkeit, Krankenhäuser vorzuhalten, basiert auf universellen Wertvorstellungen. In Deutschland sind diese Wertvorstellungen im Grundgesetz in besonderer Weise geschützt. Die Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 GG) und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) bilden das Fundament jeder Gesundheitspolitik. Das in Art. 20 GG verankerte Sozialstaatsprinzip drückt zusätzlich die „unverrückbare Verantwortung“¹ des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aus.

In § 1 Abs. 1 KHG ist festgelegt, für eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ zu sorgen: Zur Verwirklichung dieser Ziele haben die Länder nach § 6 Abs. 1 KHG Krankenhauspläne aufzustellen. Krankenhausplanung ist Ländersache, weil die Kompetenz des Bundes aus Art. 74 Nr. 19a GG sich nur auf die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ erstreckt, nicht aber auf die Krankenhausplanung.

Ungeachtet dessen sind bundesrechtliche Regelungen zum Teil unmittelbar bei krankenhauserischen Entscheidungen zu berücksichtigen, zum Teil stellen sie weitere Anforderungen an die Erfüllung der den Krankenhäusern erteilten Versorgungsaufträge. Beispielhaft zu nennen sind die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die Mindestmengenregelung (Mm-R) sowie die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Krankenhäuser bewegen sich dadurch in einem Spannungsfeld zwischen der Pflicht zur vollumfänglichen Erfüllung des erteilten Versorgungsauftrages und der Pflicht zur Einhaltung vorrangiger bundesrechtlicher (Qualitäts-) Regelungen, um beispielsweise die entsprechenden Leistungen überhaupt erbringen zu dürfen, soweit nicht Ausnahmetatbestände greifen.

Der Krankenhausplan ist ein Verwaltungsinternum und bindet die einzelnen Krankenhäuser nicht. Rechtlich verbindlich werden krankenhauserische Regelungen für das einzelne Krankenhaus erst durch den Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG i.V. mit § 19 Abs. 1 Satz 1 HKHG 2011, der über Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan entscheidet. Ein positiver Bescheid gewährt sowohl einen

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007, S. 303.

Rechtsanspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten gegenüber dem jeweiligen Bundesland als auch einen Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung gegenüber den Krankenkassen (vgl. § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Zudem wird mit dem Feststellungsbescheid der Versorgungsauftrag des Krankenhauses konkretisiert (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3, 4 KHEntgG). Bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang ein Krankenhaus einen Feststellungsbescheid nach § 8 KHG erhalten kann, ist zu beachten, dass nach § 8 Abs. 2 KHG kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht. 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. Das Bundesverwaltungsgericht² hat diese Bestimmung unter Rückgriff auf den Zweck des Gesetzes (§ 1 Abs. 1 KHG) so ausgelegt, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan dann besteht, wenn „das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht“ (**Erste Entscheidungsstufe**). Nach der Neufassung des § 1 KHG muss diese Rechtsprechung ergänzt werden um die Merkmale der qualitativen Hochwertigkeit und der Patientengerechtigkeit.

Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung (**Zweite Entscheidungsstufe**).³ Hierbei hat die Planungsbehörde unter Berücksichtigung öffentlicher Interessen nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Bereits mit seinem Beschluss vom 12.06.1990⁴ hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) aufgezeigt, dass Krankenhausplanung grundrechtsrelevant ist und dass vor allem der Schutzbereich der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG betroffen ist, wenn es um die Frage geht, ob ein Krankenhausträger in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann. Wer ein Krankenhaus, das bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig ist, nicht in

2 BVerwG, Urteil vom 14.11.1985, 3C 41/84.

3 BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209.

4 Siehe Fußnote 2.

den Krankenhausplan aufnimmt, greift in das Grundrecht aus Art. 12 GG ein. Diese Beeinträchtigung ist so stark, dass sie nach dieser Rechtsprechung des BVerfG sogar einer Berufszulassungsbeschränkung gleichkommt, die nur durch Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung gerechtfertigt sein kann. Soweit Krankenhäuser sich durch die Entscheidung der Planungsbehörde benachteiligt fühlen, können sie gegebenenfalls hiergegen auch eine sog. „Konkurrentenklage“ anstrengen.

Wenn schon die Nichtaufnahme eines Krankenhauses zu derartigen Grundrechtsbeeinträchtigungen führt, ist erst recht die (ggfs. auch teilweise) Herausnahme einer Klinik aus dem Krankenhausplan kaum umsetzbar, wenn es nicht sehr schwerwiegende Gründe hierfür gibt.

4 Planungsziele

Die in § 1 KHG und § 1 HKHG 2011 beschriebenen Ziele der Krankenhausplanung sind weitestgehend identisch. Das HKHG 2011 konkretisiert diese Ziele, indem der Notfallversorgung und der Intensivmedizin eine besondere Bedeutung zugemessen wird. Als weitere Ziele der Krankenhausplanung werden mit diesem Krankenhausplan definiert:

- der Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkliniken,
- die Optimierung der Krankenhausstrukturen durch Verbundbildung und
- die Standortkonzentration sowie die Förderung der sektorübergreifenden Versorgung.

4.1 Qualitativ hochwertige Versorgung

Durch diese Maßnahme sichert Hessen eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Nach § 1 Abs. 1 KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu gewährleisten, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu garantieren. Demzufolge soll sowohl die Krankenhausversorgung insgesamt als auch jedes einzelne Krankenhaus qualitativ hochwertig sein.

Damit werden an die Krankenhäuser aktuell höhere Anforderungen gestellt. Denn nach dem bis zum Jahresende 2015 geltenden Recht sollten die Krankenhäuser lediglich "leistungsfähig" sein. Dies waren sie nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts⁵ bereits dann, wenn sie dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genügten. Höhere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, so das Bundesverfassungsgericht, seien mit Art. 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit) nicht zu vereinbaren.

Das Land Hessen setzt zur Qualitätssteigerung sowohl auf eine systematische Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander als auch mit anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (§ 4 HKHG 2011).

5 BVerfG, Urt. V. 12.06.1990, 1 BvR 355/86.

Die Anforderung der qualitativ hochwertigen Versorgung wird durch das Zusammenspiel von Bundes- und Landesrecht definiert. Dabei verzichtet Hessen bewusst auf die Festlegung eigener Qualitätsanforderungen, sondern übernimmt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c SGB V beschlossenen planungsrelevanten Indikatoren zu Struktur, Prozess und Ergebnisqualität. Anstelle dessen werden die jeweils gültigen planungsrelevanten Indikatoren durch einen Verweis im Feststellungsbescheid zum Inhalt des Feststellungsbescheides jedes Krankenhauses.

Bundesrechtliche Qualitätskriterien werden vollumfänglich umgesetzt. Kein Qualitätsföderalismus zu Lasten der Patientinnen und Patienten.

Ein weiteres Element zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist die Festlegung von Mindestmengen. Zusätzlich können nach § 8 Abs. 1 S. 3 HKHG 2011 weitere Maßnahmen zu Qualitätssicherung und -kontrolle festgelegt werden.

4.2 Patientengerechtigkeit

Der zum 01.01.2016 in Kraft getretene § 1 KHG nennt nun ausdrücklich neben der qualitativen Hochwertigkeit und der Bedarfsgerechtigkeit auch die Patientengerechtigkeit als gleichrangiges Ziel. Damit wird ausgedrückt, dass die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser kein Selbstzweck ist, sondern dem Patientennutzen zu dienen hat. Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass die Bedürfnisse der Patienten bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind. Daher wurden Patientenvertreter im HKHG 2011 sowohl in den Landeskrankenhausausschuss als auch in die regionalen Gesundheitskonferenzen eingebunden (§§ 20 HKHG 2011, § 8 des Hessischen Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Abs. 1 SGB V).

Patientengerechtigkeit als gleichrangiges Ziel des KHG

Inhaltlich handelt es sich bei der Patientengerechtigkeit – ebenso wie bei der qualitativ hochwertigen Versorgung – um ein planerisches Oberziel. Die anderen Ziele des Hessischen Krankenhausplanes, wie etwa der Vorrang der Allgemeinkrankenhäuser vor Fachkliniken, die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie die Verbundbildung sind kein Selbstzweck, sondern dienen letztlich den Oberzielen Patientengerechtigkeit und qualitativ hochwertige Versorgung.

Das Ziel der Patientengerechtigkeit ist eines der Oberziele, an dem die gesamte Krankenhausplanung ausgerichtet ist.

Das Ziel der Patientengerechtigkeit wird darüber hinaus auch durch die Rechtsverordnungen nach § 8 Abs. 1 S. 3 HKHG 2011 umgesetzt. Beispielhaft sind die Hessische Hygieneverordnung und die Patientensicherheitsverordnung zu erwähnen.

4.3 Bedarfsgerechtigkeit

Voraussetzung für die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist, dass das Krankenhaus bedarfsgerecht, also geeignet ist, einen vorhandenen Bedarf zu befriedigen. Hierfür ist eine Bedarfsanalyse erforderlich.

Zu dieser hat das Bundesverwaltungsgericht⁶ festgestellt: „Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Dabei kann zwischen der Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und der Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs, unterschieden werden. In beiden Hinsichten aber ist unter dem Bedarf der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen, nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen.“ Der Krankenhausplanungsbehörde ist also nicht erlaubt, ihrer Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen, und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen.

Die Orientierung am tatsächlichen Bedarf dient dazu, patientengerecht zu handeln.

Nach einem Urteil des OVG Lüneburg⁷ ergibt sich der tatsächlich zu versorgende Bedarf aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlungen der Ärzte und deren Anerkennung, also Abrechnung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen. Bedarf ist also grundsätzlich das, „was ist“, also eine objektiv feststellbare Größe der Gegenwart, der eine Prognose über den mittelfristig zu erwartenden Bedarf folgen muss.

Krankenhausplanung hat dabei nicht die Aufgabe zu überprüfen, ob jede Krankenhauseinweisung gerechtfertigt war. Abgesehen davon, dass dies gar nicht möglich ist, stehen hierfür andere Instrumente zur Verfügung. Versicherte haben nach § 39 SGB V Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Bei geplanten Eingriffen erfolgt zuvor eine Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt. Die Planungsbehörde kann weder in jedem Einzelfall noch in der Gesamtheit der Krankenhausesfälle beurteilen, ob und welche Behandlung im Einzelfall

6 BVerwG, Urteil vom 14.11.1985, 3C 41/84.

7 OVG Lüneburg, Urt. v. 15.12.1998, 11 L 6860/98, MedR 2000, S. 93.

tatsächlich erforderlich ist. Dies zu beurteilen, obliegt vielmehr dem Medizinischen Dienst.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz sind eine Reihe von gesetzlichen Normen zur Betriebskostenvergütung mit dem Ziel verändert worden, wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen zu verhindern. Es ist nicht Aufgabe der Krankenhausplanung, Fallzahlsteigerungen durch eine Angebotsverknappung zu verhindern, da hierdurch Unterversorgung entstehen könnte, was gegen das Grundgesetz verstieße, weil es weder Art. 2 Abs. 2 GG noch dem Sozialstaatsprinzip entspräche.

Eine Unterversorgung ist im Interesse der Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

Eine bedarfsgerechte Versorgung, die immer auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V als allgemeines Prinzip im Gesundheitswesen zu beachten hat, sollte Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden. Das BVerwG⁸ hat allerdings eine zumindest vorübergehende Überversorgung für zulässig erachtet und gleichzeitig betont, dass eine allgemeine Definition, wann von Überversorgung auszugehen sei, nicht möglich sei. Hierbei ist auch zu beachten, dass Wettbewerb ohne eine gewisse Überversorgung nicht denkbar ist.

Zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit gehört auch die Festlegung, in welchem Zeitraum welche Krankenhausleistungen für jede Bürgerin und jeden Bürger erreichbar sein sollen. Dies gilt sowohl für Leistungen der Notfallversorgung als auch für eine Grundversorgung. Das HKHG 2011 gibt hierbei eine Priorität vor, indem in § 1 Abs. 2 „insbesondere“ eine ausreichende Anzahl von Krankenhäusern gefordert wird, die die Notfallversorgung und Intensivmedizin sicherstellen.

Die Festlegung einer Erreichbarkeitszeit dient dazu, die flächendeckende stationäre Versorgung in ganz Hessen sicherzustellen.

Hierbei ist von einer Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten auszugehen. Planbare Leistungen hingegen sollen nur innerhalb des Versorgungsgebiets zeitnah zur Verfügung stehen. Dessen ungeachtet, stellen Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, innerhalb ihres Versorgungsauftrags immer auch eine erforderliche Grundversorgung zur Verfügung, da der Versorgungsauftrag grundsätzlich umfassend zu erfüllen ist (§ 19 Abs. 1 Satz 4 HKHG 2011).

In jedem Teil Hessens muss in 30 Minuten ein Krankenhaus der Notfallversorgung erreichbar sein.

8 BVerwG, Urt. v. 25.09.2008, 3 C 35/07.

Wenn ein Leistungsangebot eines Krankenhauses dauerhaft nicht angenommen wird, ist es zur Sicherstellung einer hohen Qualität möglich, einen Versorgungsauftrag wieder zu entziehen.

Eine Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan oder eine Erweiterung des Versorgungsauftrags eines bereits im Plan befindlichen Krankenhauses um ein neues Gebiet oder eine besondere Aufgabe setzt zunächst einen gestiegenen Bedarf voraus. Dieser ist immer dann gegeben, wenn es die Leistungsentwicklung (Fallzahlen) im planungsrelevanten Gebiet rechtfertigen würde, eine neue Abteilung einzurichten. Im umgekehrten Fall gilt aber auch, dass sich das für die Krankenhausversorgung zuständige Ministerium bei einer negativ verlaufenden Leistungsentwicklung – z. B. bei einer dauerhaft geringen Auslastung der Betten verbunden mit einer geringen Fallzahl – die Möglichkeit vorbehält, Versorgungsaufträge wieder zu entziehen.

4.4 Trägervielfalt

Von den Krankenhausträgern wird ein langfristiges Engagement erwartet. Dies dient auch dem Interesse der Patientinnen und Patienten.

Nach §§ 1 Abs. 2 KHG und 1 Abs. 2 HKHG 2011 ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Nach dem KHG soll darüber hinaus die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Träger gewährleistet werden. Das HKHG 2011 bestimmt, dass diesen Trägern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben ist, „so weit sie dazu auf Dauer bereit und in der Lage sind“ (§ 1 Abs. 3 Satz 2 HKHG 2011). Damit wird ausgedrückt, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung Vorrang haben soll vor rein wirtschaftlichen Interessen und dass von den Krankenhausträgern langfristiges Engagement erwartet wird. Das Bundesrecht hat mit der Krankenhausreform zum 01.01.2016 klargestellt, dass die Trägervielfalt bei einer krankenhauplanerisch notwendigen Auswahlentscheidung nur zu berücksichtigen ist, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist. Auch dadurch wird die Wertung des Gesetzgebers ausgedrückt, dass Art. 2 Abs. 2 GG bei Auswahlentscheidungen stärkeres Gewicht hat als Art. 12 GG.

In Hessen ist die Trägervielfalt aktuell gewahrt. Die Aufteilung der Plankrankenhäuser nach Trägerschaft zeigt sich wie folgt:

Tabelle 1: Hessische Plankrankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2017

Trägerschaft	Anzahl	Fallzahl	Anzahl aufgestellter Betten
öffentlich	48	758.863	19.325
freigemeinnützig	36	364.879	9.286
privat	43	238.848	6.970
Summe	127	1.362.590	35.581

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Trägervielfalt hat umso mehr Bedeutung, je größer das hierbei betrachtete regionale Gebiet ist. Grundsätzlich ist eine hessenweite Betrachtung vorzunehmen, eine Betrachtung auf Ebene der Versorgungsgebiete kann allenfalls dann erfolgen, wenn ein eklatanter Mangel einer Trägergruppe bestehen würde. Auf Ebene eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist die Trägervielfalt nicht zu berücksichtigen.

4.5 Sicherung der speziellen Belange der Notfallversorgung und der Intensivmedizin

Das HKHG 2011 weist der Notfallversorgung und den intensivmedizinischen Kapazitäten eine besondere, herausragende Bedeutung zu. Nach § 1 Abs. 2 erfordert die bedarfsgerechte Versorgung insbesondere eine ausreichende Anzahl an Krankenhäusern, die die Notfallversorgung sicherstellen, sowie ausreichende intensivmedizinische Kapazitäten. Nach § 4 Abs. 1 Satz 2 HKHG 2011 erstreckt sich die Pflicht zur Zusammenarbeit insbesondere auch auf die Abstimmung der intensivmedizinischen Kapazitäten.

Dies zu begleiten ist auch Aufgabe der regionalen Gesundheitskonferenzen. Nähere Ausführungen zur Notfallversorgung und zur Intensivmedizin finden sich in Kapitel 6.4.

Die Notfallversorgung ist für die Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung.

In den regionalen Gesundheitskonferenzen sprechen die Vertreterinnen und Vertreter aller Sektoren miteinander.

4.6 Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkliniken

Der Vorrang der Allgemeinkrankenhäuser vor Fachkliniken dient auch der flächendeckenden Versorgung.

Zu den Zielen der hessischen Krankenhausplanung gehört der in § 17 Abs. 2 und 3 HKHG 2011 normierte grundsätzliche Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkliniken. Nach § 17 Abs. 2 HKHG 2011 haben bei der Aufstellung des Krankenhausplanes und seinen Einzelfestlegungen jene Krankenhäuser Vorrang, die eine umfassende und ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen und mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken. Nach § 17 Abs. 3 HKHG 2011 haben Fachkliniken nur dann einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan, wenn sie bedarfsgerecht sind und sie glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern werden.

Mit den genannten Regelungen soll die besondere Rolle der Notfallversorgung stärker betont werden, weil hier die aus Art. 2 Abs. 2 i.V. mit Art. 20 GG abgeleitete Gewährleistungsverpflichtung in besonderer Weise gilt.⁹ Zudem ist es angesichts der Rechtsprechung des BVerfG und des BVerwG zur Krankenhausplanung erforderlich, den § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG zu konkretisieren, wonach es bei der Auswahl unter mehreren Krankenhäusern darauf ankommt, „welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird“. § 17 Abs. 2 und 3 HKHG 2011 macht deutlich, dass Allgemeinkrankenhäuser grundsätzlich den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht werden, da sie die Notfallversorgung umfassend sicherstellen können und ein breites Spektrum an Grundleistungen anbieten. Unter umfassender Sicherstellung der Notfallversorgung ist hierbei nicht zu verstehen, dass sie das komplette Spektrum abdecken müssen, sondern dass sie in den Gebieten Chirurgie und Innere Medizin rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen. Fachkliniken sollen nur dann auf der sogenannten „zweiten Entscheidungsstufe“¹⁰ der Krankenhausplanung berücksichtigt werden, wenn sie eine besondere Kompetenz¹¹ bieten. Allgemeinkrankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, sind somit generell gegenüber Fachkliniken privilegiert, wenn es um die Zuerkennung neuer Versorgungsaufträge für ein bisher nicht zuerkanntes Gebiet der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen oder eine besondere Aufgabe und eine damit zusammenhängende Auswahlentscheidung geht.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten stehen bei der Notfallversorgung die Chirurgie und die Innere Medizin im Fokus.

9 Siehe Begründung zum HKHG 2011, B 2., https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/hessisches_krankenhausgesetz_2011_begrueundung.pdf.

10 Siehe S. 4.

11 Siehe Begründung zum HKHG 2011, zu § 17.

Zudem sollen Fachkliniken generell nur in den Krankenhausplan aufgenommen werden können, wenn sie entweder spezielle Leistungen anbieten, die für die Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, aber von anderen Kliniken nicht erbracht werden, oder wenn sie eine besondere Qualität bieten, die anderen Kliniken überlegen ist, was etwa durch die Darlegung außergewöhnlich guter Prozess-, Struktur- oder Ergebnisqualität gelingen kann. Hierin liegt kein Widerspruch zu dem Beschluss des BVerfG vom 04.03.2004.¹² Zwar führt das BVerfG aus, dass ein genereller Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkliniken verfassungswidrig sei, schränkt das aber durch die Worte ein: „jedenfalls in dieser Allgemeinheit“. Die hessische Regelung konkretisiert den Vorrang in zulässiger Weise.

Fachkliniken können zugelassen werden, wenn sie eine besondere Qualität bieten.

4.7 Verbundbildung und Standortkonzentration

In Hessen ist die Anbieterstruktur im Krankenhausbereich immer noch gekennzeichnet durch zu viele Krankenhausstandorte, zu wenige Verbundstrukturen und zu wenige Kooperationen mit Spezialisierungen. Das Land Hessen erwartet von allen Krankenhausträgern vermehrte Anstrengungen zur Verbundbildung und zur Standortkonzentration, so wie es insbesondere das im Jahr 2012 vorgestellte Konzept zum Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften vorsieht. Damit würde ein entscheidender Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen, patientengerechten, aber gleichzeitig wirtschaftlichen Krankenhausversorgung geleistet werden.

Die Verbundbildung dient einer hohen Qualität.

Verbünde sind daher auch bei Auswahlentscheidungen im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens zu bevorzugen, weil zu erwarten ist, dass sie qualitative Anforderungen besser erfüllen können und wirtschaftlicher arbeiten.

Die wirtschaftliche Arbeit von Krankenhäusern ist kein Selbstzweck, sondern dient dem Interesse der Patientinnen und Patienten an einer stabilen und verlässlichen stationären Versorgung.

4.8 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Seit vielen Jahren ist das deutsche Gesundheitswesen durch eine starke Trennung der Sektoren (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Rehabilitation und Pflege) gekennzeichnet, die zu einer Fragmentierung der Anbieterstruktur und zu Systembrüchen führt. Daher wird von der Fachöffentlichkeit oft gefordert, man müsse zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung kommen. Diese Forderung ist im Sinne einer stärkeren Patientenorientierung gerechtfertigt. Es ist aber zu berücksichtigen, dass Krankenhausplanung auf Landesebene nicht die

Die sektorenübergreifende Versorgungsplanung dient dazu, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu optimieren.

¹² BVerfG, 1 BVR 88/00-RdNr. 1-40.

bestehenden bundesrechtlichen Zuständigkeiten beseitigen kann. 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 beseitigt werden.

Das Gremium nach § 90a SGB V ist das zentrale Forum für die Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung.

Mit dem Gremium nach § 90a SGB V ist es auf Landesebene möglich geworden, sektorenübergreifende Bedarfsfragen einvernehmlich zu diskutieren und Versorgungsziele und gemeinsame Handlungsweisen zur Sicherstellung einer patientenzentrierten, einheitlichen Optimierung der Versorgung zu vereinbaren. Vor allem im ländlichen Raum steht der Erhalt der notwendigen medizinischen Versorgung im Fokus – ungeachtet historisch gewachsener Zuständigkeiten.

5 Qualität

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) 2016 fand das Thema „Qualität“ Aufnahme als krankenhauplanerisches Element in die bundeseinheitlichen Vorgaben. Neben den herkömmlichen Zielen der bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern müssen nun an Qualität und Patientensicherheit orientierte Ziele im Vordergrund einer zukunftsgerichteten Krankenhausplanung stehen. Mit der Krankenhausreform wurden eine Vielzahl von Qualitäts- und Vergütungsregelungen geschaffen, die die Krankenhausplanung unmittelbar beeinflussen werden. Die meisten dieser Regelungen müssen zunächst in den kommenden Jahren durch die Selbstverwaltung auf der Bundesebene konkretisiert werden. Damit wird die Grundlage geschaffen, in Deutschland einheitliche Qualitätsstandards in der Krankenhausversorgung zu installieren.

Der Hessische Krankenhausplan 2020 orientiert sich an den neuen bundesrechtlichen Anforderungen. Gerade angesichts der Unsicherheit, welche neuen Qualitätsanforderungen über das Bundesrecht künftig verbindlich vorgegeben sind und um einen "Qualitätsföderalismus" zu vermeiden, wird auf zusätzliche hessische Qualitätsvorgaben weitgehend verzichtet.

Hessen orientiert sich eng an den Qualitätsanforderungen des Bundes.

Das HKHG 2011 hat das Ziel einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung bereits seit 1. Januar 2011 verankert und war damit Vorbild für die nun fast gleichlautende Vorschrift in § 1 KHG. 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.

Bewusst wurden Qualitätsaspekte schon in die Zielrichtung des Gesetzes aufgenommen (so wie es nun auch in § 1 KHG verankert wurde), um krankenhauplanerische Entscheidungen stärker als bisher unter dem Gesichtspunkt qualitativer Maßstäbe treffen zu können. Auch § 19 Abs. 1 Satz 2 HKHG 2011 verlangt die Berücksichtigung bundesrechtlicher Qualitätsindikatoren in krankenhauplanerischen Auswahlprozessen.

Die Qualität der Versorgung steht zukünftig im Zentrum der krankenhauplanerischen Entscheidungen.

Seit Inkrafttreten des KHSG zum 01.01.2016 werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c SGB V sogenannte "planungsrelevante Indikatoren" zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschlossen, die nach § 6 Abs. 1a KHG unmittelbar Gegenstand des Krankenhausplanes sind, sofern ein Land sie nicht durch Landesrecht ganz oder teilweise

ausschließt. Nach § 19 Abs. 1 Satz 2 HKHG 2011 sind diese bei Entscheidungen zur Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Die planungsrelevanten Indikatoren dienen der bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung und werden in einem komplexen Verfahren unter Beteiligung der Länder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entwickelt. Sie sind Gegenstand des Krankenhausplanes, werden hierdurch aber für das einzelne Krankenhaus nicht rechtlich verbindlich. Rechtliche Verbindlichkeit erlangen sie erst durch eine diesbezügliche Regelung im Feststellungsbescheid. Die jeweils gültigen planungsrelevanten Indikatoren werden durch eine dynamische Verweisung („Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils beschlossenen planungsrelevanten Indikatoren nach § 136c SGB V sind Bestandteil dieses Bescheides, soweit sie ihren Versorgungsauftrag betreffen“) zum Inhalt des Feststellungsbescheides jedes Krankenhauses.

Auch die Festlegung von Mindestmengen durch den G-BA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V berührt die Krankenhausplanung unmittelbar, weil ein Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen darf, wenn es die festgesetzten Mindestmengen unterschreitet (§ 136b Abs. 4 SGB V). Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde, in Hessen also das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, kann nach § 136b Abs. 5 SGB V Leistungen aus dem Mindestmengenkatalog bestimmen, bei denen ein Leistungsausschluss die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung gefährden würde. Hierfür wird allerdings zurzeit keine Veranlassung gesehen. Mindestmengen werden nach den gesetzlichen Regelungen für planbare Leistungen festgelegt, deren Qualität von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Für Krankenhäuser, die trotz Unterschreiten der Mindestmengen gute Qualität bieten (vgl. hierzu die Gesetzesbegründung), soll bereits der G-BA nach § 136b Abs. 3 Nr. 1 SGB V Ausnahmetatbestände zur Vermeidung besonderer Härten festlegen, sodass die Mindestmenge in diesen Fällen nicht gilt.

Die Festlegung von Mindestmengen dient auch der qualitativ hochwertigen Versorgung.

Würde der Landesgesetzgeber bzw. Ordnungsgeber darüber hinaus Ausnahmeregelungen auch für Krankenhäuser schaffen, die diese Qualität nicht bieten, würde das bedeuten, dass man der flächendeckenden Versorgung den Vorrang vor einer qualitativ hochwertigen Versorgung einräumt und damit Qualitätsdefizite akzeptiert, obwohl planbare Leistungen nicht zeitkritisch sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 HKHG 2011). Dies ist mit

dem hessischen Verständnis einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung nicht vereinbar.¹³

Mindestmengen sind nicht nur aus Qualitätsgründen zu begrüßen, sondern auch, weil sie die bundesrechtlich durch die Krankenhausreform und landesrechtlich vom HKHG 2011 gewünschte strukturelle Entwicklung der Krankenhauslandschaft fördern. Gerade auf regionaler Ebene wird krankenhauserplanerisch eine gesellschaftsrechtliche Verbundbildung mit Spezialisierung und Schwerpunktbildung für erforderlich gehalten, mindestens aber eine regionale Abstimmung darüber. Daher wird es künftig Ausnahmen nur im Rahmen der bundeseinheitlichen Vorgaben geben. Einzelne Ausnahmen, die in der Vergangenheit gemacht wurden, weil es prognostisch als wahrscheinlich erschien, dass die Mindestmengen künftig erreicht würden, werden künftig nicht mehr erforderlich sein, weil das Bundesrecht in § 136b Abs. 4 SGB V nun Regelungen zur Prognose vorgibt.

Durch die Anwendung der Prognoseregelung des § 136b Abs. 4 SGB V wird das Spannungsverhältnis zwischen qualitativ hochwertiger Versorgung und flächendeckender Versorgung bewältigt.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 HKHG können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle sowie zur Verbesserung der Patientensicherheit bestimmt werden. Beispielhaft sind die Hessische Hygieneverordnung sowie die Patientensicherheitsverordnung zu nennen.

¹³ Vgl. hierzu auch die Begründung zum HKHG 2011 zu § 8, wonach es haftungsrechtlich nicht vertretbar wäre, zugunsten einer "Flächendeckung" Qualitätsdefizite hinzunehmen.

6 Planungsgegenstand und Strukturvorgaben

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 HKHG 2011 werden die Feststellungen über die Aufnahme in den und die Herausnahme aus dem Krankenhausplan durch Bescheid des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums getroffen. Nach § 19 Abs. 4 Satz 1 HKHG 2011 ist Gegenstand dieser Bescheide die Bestimmung des Standortes, der Fachgebiete, die Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung sowie die Zuweisung von überörtlichen Schwerpunktaufgaben nach § 17 Abs. 7 HKHG 2011 bzw. von besonderen Aufgaben nach § 17 Abs. 8 Satz 2 HKHG 2011. In den Bescheiden werden auch die zugelassenen Weiterbildungsstätten ausgewiesen, um Budgetvereinbarungen treffen zu können.

6.1 Bestimmung der Plankrankenhäuser

Plankrankenhäuser sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. Auch Universitätskliniken sowie Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, dürfen an der Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten teilnehmen (§§ 108/109 SGB V). Daneben gibt es Krankenhäuser, die nach § 30 GewO als reine Privatkliniken zugelassen sind. Die Regelungen des Krankenhausplanes gelten nur für Plankrankenhäuser. Allerdings haben Universitätskliniken einen Sonderstatus. Sie sind nach § 18 Abs. 2 HKHG 2011 in den Krankenhausplan einbezogen, soweit sie der stationären Versorgung der Bevölkerung allgemein dienen. "Einbezogen" bedeutet, dass Kapazitätsfestlegungen sowie besondere Aufgaben auch für die Universitätskliniken gelten. Sie dürfen aber schon aus Gründen der Freiheit von Forschung und Lehre alle medizinischen Leistungen erbringen und haben somit einen uneingeschränkten Versorgungsauftrag für die Gebiete der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen. Ausnahmen hiervon bestehen für Transplantationen, für die das Transplantationsgesetz gilt.

Die Einbeziehung der Universitätskliniken dient in besonderer Weise der qualitativ hochwertigen Versorgung, da diese einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung seltener und komplexer Erkrankungen leisten.

6.1.1 Zuweisung des Standortes

Zum Planungsgegenstand gehört nach § 19 Abs. 4 Satz 1 HKHG 2011 auch, an welchem Standort oder an welchen Standorten ein Krankenhaus seine Leistungen erbringen darf. Es ist insoweit gebunden und darf nicht ohne Ausweisung im Feststellungsbescheid Außenstellen errichten. Der „Standort“ im Sinne der Krankenhausplanung ist nicht zwingend identisch mit dem Standortbegriff aus § 2a KHG.

6.1.2 Kriterien zur krankenhauplanerischen Zusammenführung bislang selbständiger Krankenhäuser

Im Rahmen seiner Organisationshoheit steht jedem Krankenhausträger die jeweils geeignete unternehmensstrategische Ausrichtung seiner Krankenhäuser frei. Dazu kann die gemeinsame wirtschaftliche Leitung mehrerer Krankenhäuser unter einer Trägerschaft ebenso gehören wie eine Fusion mehrerer Krankenhäuser, solange der Versorgungsauftrag dadurch nicht beeinträchtigt wird. Allerdings begründet sich daraus nicht ohne weiteres eine krankenhauplanerische Zusammenführung dieser Krankenhäuser.

Nach § 14 Abs. 3 HKHG 2011 führt die Zusammenführung mehrerer bislang selbständiger Krankenhäuser durch einen Krankenhausträger nur dann zur Entstehung eines Krankenhauses im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Einrichtungen auch zu einer organisatorischen und medizinischen Einheit mit einheitlichen qualitativen Standards zusammengeführt werden.

Da ein Krankenhaus grundsätzlich eine starke regionale Bedeutung hat, wird weiterhin daran festgehalten, dass die Standorte jeweils in einem Kreis, einer kreisfreien Stadt oder in angrenzenden Kreisen oder kreisfreien Städten liegen müssen. Ein Krankenhaus sollte dabei nur in Ausnahmefällen Standorte in mehr als zwei Landkreisen oder kreisfreien Städten haben.

Diese Regelung sichert die flächendeckende Versorgung in Hessen.

6.2 Zuweisung der Fachgebiete

Die krankenhauplanerischen Feststellungen erfolgen gemäß § 19 Abs. 4 Satz 1 HKHG 2011 grundsätzlich auf der Ebene der bettenführenden Gebiete der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen. Allein im Bereich der Geriatrie (Zusatzweiterbildung) und der Herzchirurgie (Facharztkompetenz) wird aufgrund der speziellen Planungsziele von dieser Vorgehensweise abgewichen.

Die Geriatrie erhält einen besonderen Status und wird eigenständig beplant, da sie eine große Bedeutung für die ältere Bevölkerung hat.

Ein Versorgungsauftrag bezieht sich grundsätzlich auf das gesamte in der Weiterbildungsordnung dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnete Leistungsspektrum. Der Versorgungsauftrag wird in diesem Sinne umfassend erteilt (§ 19 Abs. 1 Satz 4 HKHG 2011), soweit nicht einzelne Leistungsbereiche krankenhauplanerisch ausdrücklich bestimmt (z. B. neurologische Frührehabilitation Phase B) oder ausgeklammert worden sind. Er ist auch umfassend zu erfüllen, soweit nicht davon abweichende

Der das gesamte Leistungsspektrum abdeckende Versorgungsauftrag schafft die Grundlage für eine flächendeckende Versorgung.

Festlegungen durch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern getroffen wurden (§ 19 Abs. 1 Satz 4 HKHG 2011). Damit soll eine Konzentration auf vermeintlich wirtschaftlich interessante Leistungen unterbunden werden, ohne gewünschte und notwendige Schwerpunktbildungen und Spezialisierungen zu verhindern.

Bei Qualitätsmängeln ist es möglich, einen Versorgungsauftrag zu beschränken.

Der Versorgungsauftrag kann auch nachträglich beschränkt werden, indem einzelne Leistungsbereiche oder Leistungen ausgeschlossen werden, wenn dies durch erhebliche und nicht nur vorübergehende Qualitätsmängel notwendig wird. Dies gilt insbesondere für eine nicht nur vorübergehende, in erheblichem Maße unzureichende Qualität bei einzelnen Indikatoren der Qualitätssicherung, soweit sie Gegenstand der planungsrelevanten Indikatoren nach § 136c SGB V geworden sind. Dann ist die Beschränkung oder der Entzug des Versorgungsauftrags nach § 8 Abs. 1b KHG obligatorisch. Das gleiche gilt für Leistungen, für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a KHEntgG festgesetzt wurden. Auch bei erheblichen Verstößen gegen weitere bundesrechtliche oder landesplanerische Qualitätsvorgaben kann nicht mehr von einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgegangen werden.

In den krankenhauplanerischen Bescheiden werden die Fachgebiete der Weiterbildungsordnung ausgewiesen. Die Abteilungsstruktur eines Krankenhauses muss dem aber nicht folgen, sondern unterliegt der Organisationshoheit des Krankenhausträgers. Interdisziplinäre Organisationskonzepte können jedoch nicht unterhalb oder unter Umgehung der für die jeweils betroffenen Fachgebiete geltenden Qualitäts- und Strukturanforderungen implementiert werden. Interdisziplinarität zielt auf einen Zuzugewinn sowohl medizinischer als auch organisatorischer Leistungsfähigkeit ab und kann nicht dazu dienen, Struktur- und Qualitätsstandards außer Kraft zu setzen.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Weiterbildung dient dazu, die stationäre Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

Nach § 19 HKHG 2011 Abs. 3 ist das Krankenhaus im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten verpflichtet, Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen. Die diesbezüglichen Regelungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen sind entsprechend einzuhalten.

6.3 Belegabteilungen

Es liegt in der Organisationshoheit des Krankenhausträgers, ob er die Krankenhausleistungen in Form einer Hauptabteilung, Belegabteilung oder in einer Mischung aus beiden Formen betreibt. Für reine Belegabteilungen gilt das kooperative Belegarztsystem nach § 121 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Als kooperativ wird das Belegarztsystem angesehen, wenn in den Fachgebieten der Grundversorgung (Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin) mindestens drei, in allen anderen Fachgebieten mindestens zwei Fachärzte des jeweils ausgewiesenen Fachgebiets belegärztlich tätig sind.

In einer Belegabteilung wirken ambulante und stationäre Leistungserbringer zusammen.

Belegärztlich geführte Fachabteilungen oder Krankenhäuser haben die ständige fachärztliche Verfügbarkeit zu gewährleisten.

Durch diese Vorgabe wird sichergestellt, dass die belegärztliche Versorgung qualitativ ebenso hochwertig ist wie die Versorgung in einer Hauptabteilung.

Innerhalb des rechtlich zulässigen Rahmens können in den Krankenhäusern auch Honorarärzte beschäftigt werden. Es ist allerdings § 19 Abs. 2 HKHG 2011 zu beachten, wonach Leistungen des Krankenhauses außerhalb der belegärztlichen Tätigkeit in Organisationseinheiten erbracht werden müssen, die von mindestens einem hauptamtlich tätigen Facharzt in Leitungsfunktion geführt werden.

6.4 Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und Rettungskette

Wie unter Kapitel 4.5 dargelegt, weist das HKHG 2011 der Notfallversorgung und der Intensivmedizin eine herausgehobene Bedeutung zu.

Gemäß § 3 Abs. 4 HRDG sind Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt. Eine etwas weitere Betrachtungsweise lässt es genügen, wenn ein Betroffener oder eine dritte Person aufgrund eingetretener körperlicher oder psychischer Veränderungen eine unverzügliche medizinische oder pflegerische Betreuung als notwendig erachtet. Eine Besonderheit bildet der psychiatrische Notfall, der in Kapitel 6.4.4 separat betrachtet wird.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten besteht ein besonders hohes Interesse an einer leistungsfähigen und flächendeckend verfügbaren Notfallversorgung.

Notfallpatienten müssen in einem an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhaus medizinisch soweit stabilisiert werden können, dass im Bedarfsfall zur qualifizierten notfallmedizinischen Weiterbehandlung der Transport in Kliniken, die ergänzende Schwerpunktleistungen vorhalten, möglich ist. Der Rettungsdienst soll diese Kliniken bei entsprechenden Krankheitsbildern (z. B. Schlaganfälle, Herzinfarkte, Polytraumata) unmittelbar anfahren, soweit ein unter Umständen längerer Transport medizinisch vertretbar ist. Die Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung ist Voraussetzung dafür, dass eine strukturierte, über IVENA (Näheres hierzu siehe in Kapitel 6.4.5 – Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst) gesteuerte, rettungsdienstliche Zuweisung erfolgen kann. Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 HKHG 2011 bleibt die Pflicht zur Hilfe in Notfällen unberührt.

6.4.1 Unverzichtbare Notfallstandorte

Durch den Sicherstellungszuschlag wird die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum zusätzlich abgesichert.

Auf die konkrete Festlegung unabdingbarer und ergänzender Notfallstandorte, wie in den letzten Krankenhausplänen erfolgt, wird in diesem Krankenhausplan verzichtet, weil der G-BA am 24.11.2016 eine bundesweit verbindliche Richtlinie beschlossen hat, unter welchen Voraussetzungen Sicherstellungszuschläge nach §§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i.V. mit § 5 Abs. 2 KHEntgG und § 136c SGB V gewährt werden können. Der G-BA hat hierbei festgelegt, wann ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt, unter welcher Voraussetzung die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist und welche basisversorgungsrelevanten Leistungen von den Krankenhäusern vorgehalten werden müssen.

Durch die Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung hat die Hessische Landesregierung den Kreis der Krankenhäuser, die einen Sicherstellungszuschlag erhalten können, noch einmal erweitert.

Mit der „Verordnung zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung – KHSichZV)“ hat das für die Krankenhausversorgung zuständige Hessische Ministerium für Soziales und Integration Ende 2018 eine in Bezug auf die Kriterien „Gefährdung der flächendeckenden Versorgung“ und „Geringer Versorgungsbedarf“ abweichende Landesregelung getroffen. An dieser Entscheidung zur behutsamen Ausweitung der Regelung zum Sicherstellungszuschlag soll festgehalten werden.

Unabhängig davon, ob ein Zuschlagstatbestand vorliegt, gilt aber laut § 3 Abs. 2 Satz 1 HKHG 2011 die Sicherstellungsverpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte zum Betrieb eines Krankenhauses. Diese Sicherstellungsverpflichtung greift immer dann, wenn die flächendeckende Versorgung i.S. des o. g. G-BA-Beschlusses und damit auch die stationäre Notfallversorgung nicht mehr gewährleistet ist. Ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt muss dann entweder ein Allgemeinkrankenhaus

betreiben, das an der Notfallversorgung teilnimmt und in den Krankenhausplan aufgenommen wird, oder durch geeignete andere Maßnahmen dafür sorgen, dass Notfälle i.S. des § 3 Abs. 4 HRDG in der erforderlichen Zeitspanne in einem geeigneten Krankenhaus adäquat behandelt werden können.

6.4.2 Stufen der Notfallversorgung

Der G-BA hat nach § 136c Abs. 4 SGB V mit Beschluss vom 19.04.2018 ein gestuftes System für die Teilnahme und Nichtteilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung festgelegt, das Grundlage für Zu- und Abschlüsse nach dem Krankenhausentgeltgesetz ist (§§ 17b Abs. 1a Nr. 1 KHG, 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG). Die jeweiligen Voraussetzungen wurden standortbezogen festgelegt, wobei sich ein Standort nach § 2a KHG definiert. Diese Vorgaben werden der hessischen Krankenhausplanung zugrunde gelegt und sind in ihrer jeweiligen Fassung Bestandteil des Krankenhausplanes. Unverzichtbarer Standort der Krankenhausversorgung kann nur ein Krankenhaus sein, das mindestens in der Stufe 1 am gestuften System der Notfallstrukturen teilnimmt.

Künftig wird auch die vom G-BA vorgegebene Stufe der Teilnahme an der Notfallversorgung oder einzelne Module der speziellen Notfallversorgung und die dazu gehörigen Standorte – wenn die G-BA-Vorgabe diese vorsieht – im Feststellungsbescheid bestimmt. Die Krankenhäuser sind damit verpflichtet, die für die jeweilige Stufe vom G-BA vorgegebenen Kriterien zu erfüllen.

Soweit für die Versorgung der Bevölkerung notwendig, kann ein Krankenhaus durch Feststellungsbescheid auch zur Teilnahme an der Notfallversorgung oder zum Erfüllen einer höheren Stufe verpflichtet werden. Ein Krankenhaus, das künftig an der Notfallversorgung teilnehmen oder in eine höhere Stufe der Notfallversorgung aufsteigen will, muss einen entsprechenden Antrag stellen.

Strukturkriterien für die Teilnahme an der Notfallversorgung

Um die Qualität der notfallmedizinischen Versorgung zu optimieren, soll es im Hessischen Krankenhausplan auch künftig – über die Strukturvorgaben des G-BA hinaus – eigenständige medizinisch-fachliche und organisatorische Kriterien für Allgemeinkrankenhäuser bzw. für unfallchirurgische Fachkrankenhäuser geben, soweit sie den bundesrechtlichen Vorgaben nicht widersprechen. Die hierzu in den Krankenhausplänen

Die verbindliche Feststellung der Stufe der Notfallversorgung sichert die Qualität in der Notfallversorgung.

Die Möglichkeit ein Krankenhaus zur Teilnahme an der Notfallversorgung in der nächsthöheren Stufe zu verpflichten, dient dem Interesse der Patientinnen und Patienten.

2005 und 2009 festgelegten Kriterien wurden von der Landesärztekammer Hessen weiterentwickelt und aktualisiert, um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherzustellen. Hiernach gilt folgendes:

Diese Anforderungen dienen der qualitativ hochwertigen Versorgung von Notfällen.

Ein an der Notfallversorgung teilnehmendes Krankenhaus muss organisatorisch und medizinisch zur Aufnahme und qualifizierten Versorgung von Notfallpatienten in der Lage sein. Dringend behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten (z. B. mit Schlaganfall, Herzinfarkt, Sepsis etc.) müssen rechtzeitig identifiziert, behandelt oder zur Weiterverlegung stabilisiert werden.

Die Verpflichtung zur Kooperation mit einem Perinatalzentrum dient dazu, die Expertise der Zentren auch in die Fläche zu tragen.

An der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Frauenheilkunde / Geburtshilfe verfügen ebenfalls rund um die Uhr über einen ärztlichen Bereitschaftsdienst mit Facharztstandard. In unvermeidbaren Fällen erfolgt hier auch die Erstversorgung von Früh- und Risikogeburten. Allerdings sollte soweit wie möglich bereits während der Schwangerschaft Vorsorge getroffen werden, dass Früh- und Risikogeburten nur einschlägig qualifizierten Zentren (Perinatalzentren) mit neonatologischen Abteilungen zugeführt werden. Deshalb muss eine Kooperation mit einem Perinatalzentrum bestehen. Die Krankenhausversorgung von Risiko-Schwangerschaften und Früh- und Neugeborenenversorgung richtet sich dabei nach den Vorgaben des G-BA.

Für an der Versorgung von Notfallpatienten teilnehmende Krankenhäuser, die keine Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin führen, gilt außerdem zusätzlich, dass die besonderen Belange pädiatrischer Notfälle organisatorisch und personell zu berücksichtigen sind. Dazu gehören auch ein kindgerechtes medizinisches Notfallequipment sowie eine entsprechende regelmäßige Schulung des Personals. Zudem muss eine Kooperation mit einer pädiatrischen Klinik bestehen, damit eine Weiterverlegung des Notfallpatienten schnellstmöglich erfolgen kann.

Die Möglichkeit der telemedizinischen Unterstützung ist ein wichtiges Element zur Bewältigung des demografischen Wandels.

Um in Notfällen Konsiliardienste anfordern bzw. zur Verfügung stellen zu können, ist eine informationstechnische Vernetzung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser mit Kliniken, die ergänzende Schwerpunktleistungen vorhalten, vorgesehen.

An der Notfallversorgung teilnehmende Kliniken sollen eng mit dem örtlichen Rettungsdienst verzahnt werden. Dazu gehört die Teilnahme an IVENA (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis). Nähere Informationen hierzu enthält Kapitel 6.4.5 (Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst).

Die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser müssen in der Lage sein, Patienten gemäß dem ABCDE-Schema¹⁴ versorgen zu können. Das ABCDE-Schema ist eine Strategie zur Beurteilung und prioritätenorientierten Versorgung kritisch kranker und verletzter Patienten. Zuerst soll das behandelt werden, woran der Patient als erstes sterben könnte. Bei der Beurteilung des Patienten wird schrittweise von A nach E vorgegangen, d.h. ein A-Problem muss sofort gelöst und kontrolliert werden, bevor nach einem B-Problem gefahndet wird. In dieser Weise werden vitale Bedrohungen auf jeder Stufe behandelt und der Behandlungserfolg reevaluiert. Dabei steht A für AIRWAY (Atemwege und HWS-Protektion), B für BREATHING (Beatmung / Ventilation), C für CIRCULATION (Kreislaufsituation und Blutungskontrolle), D für DISABILITY (Defizit, neurologisches) sowie E für ENVIRONMENT, EXPOSURE (Einflüsse der Umwelt).

6.4.3 Intensivmedizin

Angesichts steigender intensivmedizinischer Behandlungsfälle ist es geboten, die bedarfsgerechte intensivmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, haben sicherzustellen, dass sie die erforderlichen intensivmedizinischen Kapazitäten und das notwendige Personal vorhalten. Dies wird künftig ausdrücklich Bestandteil des Versorgungsauftrags für die Notfallversorgung werden. Gleichzeitig sind flankierende Regelungen zur Pauschalförderung nach § 23 HKHG 2011 obligatorisch. Nach § 27 Abs. 2 HKHG 2011 kann die Gewährung von Fördermitteln mit Auflagen und Bedingungen versehen werden, u.a. nach Nr. 1 bis 3 zur Erfüllung der Ziele des Krankenhausplanes, zur Erfüllung des Versorgungsauftrags und zur Zusammenarbeit nach § 4 HKHG 2011. Alle drei Möglichkeiten treffen auf die intensivmedizinischen Kapazitäten zu.

Die Vorhaltung von Intensivkapazität dient dem Interesse der Patientinnen und Patienten.

6.4.4 Psychiatrischer Notfall

Beim psychiatrischen Notfall liegt in der Regel keine akute Lebensgefahr im Sinne des HRDG, sondern eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung vor, aus der jedoch eine lebensbedrohliche körperliche Schädigung der psychiatrischen Patientin bzw. des psychiatrischen Patienten oder Dritter

¹⁴ Vgl. Dönitz, S., Grusnik, H.-M.: Untersuchung von Notfallpatienten: ABCDE – voll okay!, in: Rettungsdienst, Ausgabe 11 (2009), S. 30-33.

resultieren kann. Weiter ist zu berücksichtigen, dass es in diesen Notfällen auch zur Unterbringung gegen den Willen der betroffenen Person kommen kann. Dies ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, also ein Grundrechtseingriff. Um den höchststrichterlichen Anforderungen an Grundrechtseingriffen zu entsprechen, wurden nach Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) am 01.08.2017 alle Träger psychiatrischer Fachabteilungen bzw. Fachkrankenhäuser beliehen und die dort tätigen Ärzte bestellt. Es besteht die Verpflichtung, jeden Patienten nach PsychKHG aufzunehmen, unabhängig von der Auslastung. Krankenhäuser, denen ein psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsauftrag zugewiesen ist, haben damit eine regionale Versorgungsverpflichtung der Vollversorgung für alle Patienten aus der Region für alle Schweregrade einer Erkrankung.

Sie haben organisatorisch, baulich und personell dafür Sorge zu tragen, dass

- einer akuten Fremd- und Selbstgefährdung in therapeutisch geeigneter Weise entgegengewirkt werden kann sowie
- eine körperlich lebensbedrohlich geschädigte Person in eine geeignete Fachabteilung bzw. in ein geeignetes Krankenhaus der Notfallversorgung verlegt wird.

Soweit am Standort der Psychiatrie keine Teilnahme an der Notfallversorgung stattfindet, hat das Krankenhaus die notfallmedizinische Versorgung seiner Patienten und Patientinnen mit den im Landkreis oder der kreisfreien Stadt vorhandenen Notfallkrankenhäusern abzustimmen.

6.4.5 Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst

Die enge Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst dient den elementaren Interessen der Patientinnen und Patienten.

Aus Patientensicht ist es entscheidend, im Notfall nach der Alarmierung des Rettungsdienstes so bald wie nötig die erforderliche medizinische Behandlung zu erhalten. Alle Aktivitäten zwischen dem Eingang eines Notrufs und dem Beginn der erforderlichen Intervention im Krankenhaus gehören zur Rettungskette. Diese muss insgesamt so organisiert sein, dass die adäquate Behandlung erfolgen kann. Hierzu gehört die aus medizinischer Sicht höchstens einzuhaltende Zeitspanne zwischen Alarmierung und Eintreffen im geeigneten Krankenhaus von einer Stunde („golden hour“). Hierfür ist die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Krankenhäusern weiter zu optimieren.

Ein entscheidender Schritt hierfür wurde bereits mit der hessenweiten Implementierung des webbasierten Kapazitätsnachweises („IVENA“) gemacht. Mit IVENA wird es ermöglicht, die Notfallpatienten, wie nach § 3 Abs. 5 und § 5 Abs. 6 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) erforderlich, in jenes nächstgelegene **geeignete** Krankenhaus zu transportieren, das die erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten und -kapazitäten vorhält.

IVENA ist ein zentrales Instrument, um die qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherzustellen.

Das Land Hessen hat sowohl die rechtlichen als auch die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, damit die „golden hour“ eingehalten wird. Das HRDG sieht eine Hilfsfrist (Zeit der Alarmierung des Rettungsdienstes bis zum Eintreffen am Einsatzort) von zehn Minuten vor. Die geographische Erreichbarkeit und das Vorhalten der notwendigen Notfallmedizin spielen dabei eine sehr wichtige Rolle. Eine optimale Notfallversorgung der hessischen Bevölkerung kann nur im Zusammenspiel zwischen dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern erfolgen. Es wird davon ausgegangen, dass ein Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt, im Regelfall innerhalb von 30 Minuten durch den Rettungsdienst vom Einsatzort aus erreichbar ist. Grundsätzlich muss es das Ziel sein, das therapiefreie Intervall in der Rettungskette weiter zu minimieren.

Die Hilfsfrist des Rettungsdienstes sorgt in Kombination mit den Regeln zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern dafür, dass die Versorgung in der Fläche gesichert ist.

Eckpunktepapier 2016

Gemäß den Empfehlungen der am Rettungsdienst beteiligten Organisationen, Institutionen und Fachgesellschaften (Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik) sollen folgende Zeiten ab Notrufeingang nicht überschritten werden:

Diese zeitlichen Vorgaben dienen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

- Schädel-Hirn-Trauma: 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis Klinikaufnahme)
- Schlaganfall (maximal 90 Minuten bis zur Entscheidung der Therapieart)
- Schwerverletzte Polytrauma: 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis Klinikaufnahme)
- Sepsis: 90 Minuten bis Diagnostik inkl. mikrobiologische Probenentnahme (60 Minuten bis Klinikaufnahme)

- ST-Hebungsinfarkt (60, maximal 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention)
- Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)

Um diese Vorgaben erreichen zu können, verbleiben für die außerhalb der Verantwortung der Kliniken liegende Prähospitalzeit, d.h. von der Annahme des Notrufes bis zur Ankunft im Zielkrankenhaus, maximal 60 Minuten. Dies muss bei der Wahl der Transportmittel beachtet werden. Die Notfallkrankenhäuser müssen in der Lage sein, die notwendige Diagnostik und Therapie sofort einsetzen zu können, um die oben genannten Empfehlungen einzuhalten.

Die Telemedizin ist ein wichtiges Element der sektorenübergreifenden Versorgung. Durch sie wird das Zusammenwirken von Rettungsdienst und Krankenhaus optimiert.

Telemedizin im Rettungsdienst

Telemedizin hat ein großes Potenzial zur Verbesserung der Patientenversorgung. So wird durch Telemedizin zukünftig voraussichtlich ein Teil der Notarzteinsätze reduziert werden können sowie eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Notfallkrankenhäusern ermöglicht. Ebenso kann Telemedizin einen positiven Einfluss auf die Prähospitalzeit gerade im ländlich strukturierten Raum haben.

6.5 Überörtliche Schwerpunktaufgaben und besondere Aufgaben

6.5.1 Überörtliche Schwerpunktaufgaben nach § 17 Abs. 6 HKHG 2011

Die Bedarfs- und Standortplanung wird in Fachgebieten mit besonderen Leistungs- und Versorgungsanforderungen im Sinne von § 17 Abs. 6 HKHG 2011 versorgungsgebietsübergreifend durch das für die Krankenhausversorgung zuständige Hessische Ministerium für Soziales und Integration vorgenommen. Dies gilt für die Fachgebiete:

- Herzchirurgie (inklusive Kinderherzchirurgie)
- Neurologie, sofern auf die Behandlung von schweren Schädel-Hirn-Schädigungen in der neurologischen Frührehabilitation Phase B eingeschränkt
- Nuklearmedizin
- Strahlentherapie

6.5.2 Besondere Aufgaben nach § 17 Abs. 7 Satz 2 und 3 HKHG 2011

Darüber hinaus werden ausgewählten Krankenhäusern von dem für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerium besondere Aufgaben nach § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 zugewiesen.

Die Beschränkung der besonderen Aufgaben auf bestimmte Krankenhäuser dient der qualitativ hochwertigen Versorgung.

Für die Erteilung einer besonderen Aufgabe ist grundsätzlich Voraussetzung ein vom Landeskrankenhausausschuss beschlossenes und ggfs. weiterentwickeltes Fachkonzept, das Gegenstand des Krankenhausplanes wird. Hierbei können auch bestehende Konzepte (z. B. Traumanetzwerk der DGU oder NAMSE) auf Empfehlung des Landeskrankenhausausschusses durch das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium zur besonderen Aufgabe bestimmt werden. Falls erforderlich, werden hierzu aber auch ergänzende Kriterien entwickelt.

Besondere Aufgaben im Sinne des § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 sind:

- Koordinierende onkologische Zentren nach den Vorgaben des Hessischen Onkologie-Konzepts. Hierzu gehören auch die kinderonkologischen Zentren,
- Einrichtungen zur Versorgung von Schwerbrandverletzten,
- Perinatalzentren,
- Zentrum für hyperbare Notfall- und Intensivmedizin,
- Isoliereinheit für hoch kontagiöse Infektionskrankheiten sowie
- Transplantationszentren.

Das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium behält sich vor, weitere Ausweisungen für besondere Aufgaben vorzunehmen, wenn dies medizinisch fachlich oder rechtlich geboten ist, etwa bei Zentren für seltene Erkrankungen oder wenn die Versorgung bei chronischen oder altersbedingten Erkrankungen verbessert werden soll. Dies gilt insbesondere für die im Beschluss des G-BA vom 05.12.2019 („Zentrumsregelung“) ausgewiesenen Zentren und besonderen Aufgaben.

Eine Besonderheit besteht bei Versorgungsaufträgen für Transplantationszentren, weil hierfür auch das Transplantationsgesetz des Bundes und das Hessische Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz

maßgeblich sind. Krankenhausplanerisch kann es hierzu nur eine hessenweite, gegebenenfalls sogar bundesweite, Betrachtung geben.

Netzwerke dienen dazu, das Wissen der beteiligten Krankenhäuser in ganz Hessen zur Verfügung zu stellen.

Nach § 17 Abs. 7 Satz 3 HKHG 2011 können auch Netzwerken aus mehreren Krankenhäusern besondere Aufgaben übertragen werden, wie beispielsweise Traumanetzwerken. Das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium überträgt die besondere Aufgabe auf Antrag einem geeigneten Krankenhaus oder Mitgliedskrankenhäusern von Netzwerken durch Feststellungsbescheid.

Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach §§ 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i.V. mit 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 sowie Satz 4 und 5, 5 Abs. 3 und 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG, für die im Vergütungsrecht Zuschläge gewährt werden können, setzen eine Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan¹⁵ eines Landes voraus (§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG). Die Erteilung einer besonderen Aufgabe nach § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 erfüllt diese Voraussetzung, ist aber nicht zwingend hinreichende Bedingung für einen Zuschlagstatbestand. Die bundesrechtlichen Konkretisierungen nach § 9 Abs. 1a KHEntgG sind jeweils maßgeblich dafür, ob eine besondere Aufgabe nach der hessischen Krankenhausplanung auch die Voraussetzungen für entgeltrechtliche Zuschläge erfüllt. Das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium steht bei grundsätzlichen Fragen hierzu moderierend zur Verfügung.

6.6 Besondere Verpflichtungen

6.6.1 Krankenhaus-Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen

Mit den Krankenhaus-Einsatzplänen betreiben die Krankenhäuser Vorsorge für große Unfälle oder Pandemien.

Schadensereignisse innerhalb eines Krankenhauses, wie beispielsweise ein Brand oder eine Explosion, oder außerhalb des Krankenhauses, zu denen z. B. Unfälle mit Massenansturm Verletzter oder Epidemien gehören können, führen dazu, dass der Regelbetrieb eines Krankenhauses beendet und ein der Lage angepasster besonderer Dienstbetrieb organisiert werden muss. Solche Lagen stellen für die Leitung des Krankenhauses und das gesamte Personal eine große Belastung dar, die nur durch gute planerische Vorbereitung reduziert werden kann.

¹⁵ Die gesetzliche Formulierung ist unscharf. Da der Krankenhausplan selbst keine Außenwirkung entfaltet, ist ein Feststellungsbescheid erforderlich.

Krankenhäuser sind nach § 9 Abs. 2 und 3 HKHG 2011 sowie nach § 7 Abs. 6 HRDG verpflichtet, zur Mitwirkung im Brand- und Katastrophenschutz Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen, mit den zuständigen Stellen für den Brand- und Katastrophenschutz abzustimmen und Übungen durchzuführen. Dabei haben eine wechselseitige Abstimmung und Unterstützung benachbarter Krankenhäuser zu erfolgen.

6.6.2 Bewältigung außergewöhnlicher Schadensereignisse

Krankenhäuser haben im umfassenden gesundheitlichen Versorgungsgefüge eine zentrale Funktion, aus der sich über die die Regelversorgung strukturierenden Vorgaben des Krankenhausplanes hinausgehende besondere Verpflichtungen ableiten. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Aufgaben der Krankenhäuser bei der Bewältigung von größeren Unfallereignissen und Katastrophenfällen.

Die Patientinnen und Patienten können sich darauf verlassen: Krankenhäuser bleiben auch im Notfall einsatzbereit.

Die Verpflichtungen sind in der Konzeption „Zivile Verteidigung“ geregelt. So müssen Krankenhäuser beispielsweise mit Notstromaggregaten ausgestattet sein, um insbesondere die intensivmedizinischen Bereiche unabhängig von den Netzen der öffentlichen Versorgung für einen begrenzten Zeitraum (24 Stunden) eigenständig mit Elektrizität versorgen zu können. Zudem enthält diese Konzeption Inhalte der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, das Vorgehen bei chemischen (C), biologischen (B), radiologischen (R) und nuklearen (N) Schadensereignissen (CBRN) sowie Verweise auf weitere geltende Konzepte.

Eine weitere Grundlage zur Bewältigung außergewöhnlicher Schadensereignisse ist § 36 Abs. 3 des Hessischen Brand- und Katastrophenschutzgesetzes (HBKG). Hier werden die Träger von Krankenhäusern zur Mitwirkung im Katastrophenschutz verpflichtet. Es müssen Krankenhaus-Einsatzpläne aufgestellt und fortgeschrieben werden, die mit den Katastrophenschutzplänen der Katastrophenschutzbehörden in Einklang stehen, sowie Übungen durchgeführt werden. Benachbarte Krankenhäuser haben sich gegenseitig zu unterstützen und ihre Krankenhauseinsatzpläne aufeinander abzustimmen.

6.6.3 Pandemie und sonstige bedrohliche Lagen

Für den Fall einer Pandemie gilt der Nationale Pandemieplan sowie der Hessische Pandemieplan. Die Pläne finden sich in der jeweils aktuellen Fassung im Internet.

Speziell für die aktuelle COVID-19-Pandemie besteht das Sonderkapitel Vorhaltung von stationärer Behandlungskapazität für die weitere Bewältigung der COVID-19-Pandemie.

Bei Epidemien (bspw. Grippewelle) oder bei sonstigen bedrohlichen Lagen werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde in Abstimmung mit dem Landeskrankenhauseusschuss, dem Fachbeirat Rettungsdienst und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst Regelungen getroffen, um die erforderliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Den Krankenhäusern können dabei im Rahmen des § 17 Abs. 8 i.V. mit § 27 HKHG 2011 entsprechende Verpflichtungen auferlegt werden. Solche Verpflichtungen stellen einen Ausnahmetatbestand nach § 137i Abs. 1 Satz 9 SGB V dar.

6.7 Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Ausbildungsstätten

In § 19 Abs. 3 Satz 1 HKHG 2011 ist die Ausbildungsverpflichtung der Krankenhäuser geregelt. Danach ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken.

Die Verpflichtung zur Ausbildung und der Aufruf zum weiteren Ausbau der Ausbildungskapazität dient der langfristigen Sicherung der stationären Versorgung.

Im Hinblick auf den wachsenden Fachkräftebedarf sind die Krankenhäuser dazu aufgerufen, neue Ausbildungsstätten zu schaffen und vorhandene Ausbildungskapazitäten zu erhöhen.

Auf der Grundlage von § 17 Abs. 4 Nr. 5 HKHG 2011 werden in den Feststellungsbescheiden des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ausgewiesen. Ausbildungsstätten sind staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die nach § 2 Nr. 1 a KHG genannten Berufe. Aufgrund des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) sind ab dem 01. Januar 2020 nicht mehr die „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ bzw. der „Gesundheits- und Krankenpfleger“ als Ausbildungsberufe in den Feststellungsbescheiden auszuweisen, sondern die „Pflegefachfrau“ bzw. der „Pflegefachmann“ (vgl. Art. 6 Nr. 1 PflBRefG).

7 Planungsverfahren

Um zu gewährleisten, dass die Ziele der hessischen Krankenhausplanung erfüllt werden, wird festgelegt, welche Krankenhäuser in den Hessischen Krankenhausplan aufgenommen werden und welche medizinischen Angebote von den Krankenhäusern an welchen Orten vorgehalten werden dürfen bzw. vorgehalten werden müssen. Dabei gilt, dass keine Planung von medizinischen Leistungen im Detail vorgenommen wird.

Die Planung erfolgt zunächst auf Ebene der medizinischen Fachgebiete. In den somatischen Fachgebieten werden grundsätzlich fachgebietsspezifische Versorgungsaufträge an Krankenhäuser vergeben. Eine konkrete Bettenplanung findet nicht mehr statt. Damit soll den Krankenhäusern ein möglichst breiter Gestaltungsspielraum gegeben werden.

Das Planungsverfahren wird üblicherweise durch Anträge von Krankenhäusern angestoßen. Prinzipiell gibt es zwei Antragsarten:

- Antrag auf Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan sowie
- Antrag auf Erweiterung des Versorgungsauftrags um ein zusätzliches Fachgebiet, eine besondere Aufgabe, die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags oder die Teilnahme an der Notfallversorgung.

Zusätzlich kann ein Verfahren durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration unter Beteiligung des Landeskrankenhausausschusses angestoßen werden, wenn

- festgestellt wird, dass in einem Gebiet zusätzlicher Bedarf besteht, der nicht durch die vorhandenen Krankenhäuser gedeckt werden kann oder
- festgestellt wird, dass in einem Fachgebiet die Auslastung so gering ist, dass eine Strukturveränderung dringend notwendig erscheint.

Durch die Bedarfsfeststellung wird das Spannungsverhältnis zwischen den Zielen der qualitativ hochwertigen Versorgung und der flächendeckenden Versorgung sowie der wirtschaftlichen Tragfähigkeit bewältigt.

Um einen Antrag eines Krankenhauses beurteilen zu können, muss zuerst die Versorgungssituation untersucht werden. Eine Erweiterung kann prinzipiell nur erfolgen, wenn ein Bedarf festzustellen ist. Die Planungsmethode wird in Kapitel 7.3 beschrieben.

Im Folgenden werden zunächst die für die Planung relevanten Strukturen vorgestellt, nämlich die Fachgebiete (Kapitel 7.1) und die Versorgungsgebiete (Kapitel 7.2).

7.1 Fachgebiete und Normauslastung

Die hessische Krankenhausplanung erfolgt grundsätzlich auf Fachgebietsebene. Die für die Krankenhausplanung relevanten Fachgebiete sind größtenteils identisch mit den bettenführenden Fachgebieten nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen. Abweichend zur Weiterbildungsordnung werden zusätzlich noch die Herzchirurgie und die Geriatrie als eigenständige Fachgebiete geplant. Insgesamt werden in Hessen 18 Fachgebiete beplant.

In Tabelle 2 sind die einzelnen planungsrelevanten Fachgebiete unter Angabe der jeweiligen durchschnittlichen Verweildauer sowie der verweildauerabhängigen Normauslastung aufgelistet. Die Normauslastung ist eine wichtige Größe zur Ermittlung des Bettenbedarfs. Sie beschreibt denjenigen Soll-Auslastungsgrad, bei dem Betten wirtschaftlich und effektiv betrieben werden können und auch noch genügend Kapazitäten vorliegen, um Belegungsspitzen, z. B. durch Notfälle, abzufangen. In der Regel kann ein Auslastungsgrad in Höhe von 85 Prozent im Jahresdurchschnitt als effektiv angenommen werden. Jedoch können einige Fachgebiete einen Auslastungsgrad in dieser Höhe nur schwer erreichen. Dies betrifft vor allem Fachgebiete mit einer vergleichsweise kurzen durchschnittlichen Verweildauer je Behandlungsfall und einem hohen Anteil planbarer Leistungen, was typischerweise eine geringe Wochenendbelegung nach sich zieht. Vor allem Belegabteilungen sind davon betroffen. Umgekehrt sind einige Fachgebiete durch eine hohe durchschnittliche Verweildauer der Patienten sowie eine hohe Belegung am Wochenende geprägt. In diesen Fällen wäre eine Normauslastung von 85 Prozent zu niedrig angesetzt. Es ist daher eine Anbindung der Normauslastung an die durchschnittliche Verweildauer sinnvoll. Das Zuordnungsschema von Normauslastungen zu bestimmten durchschnittlichen Verweildauern ist in Tabelle 3 dargestellt. Unabhängig von diesem Zuordnungsschema wird im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin die Normauslastung auf 75 Prozent festgelegt.

Die Festlegung eines Soll-Auslastungsgrades dient dem Interesse der Patientinnen und Patienten. Würde sie unterbleiben, würde die Versorgung in überlasteten Krankenhäusern erfolgen.

Tabelle 2: Verweildauerabhängige Normauslastungsgrade in der hessischen Krankenhausplanung

Durchschnittliche Verweildauer	Normauslastung
unter 4 Tage	75%
4 Tage bis unter 7 Tage	80%
7 Tage bis unter 14 Tage	85%
14 Tage und höher	90%

Quelle: Darstellung der Hessen Agentur.

Aus den verweildauerabhängigen Normauslastungsgraden folgt folgende fachgebietsbezogene Normauslastung:

Tabelle 3: Fachgebiete der hessischen Krankenhausplanung sowie Normauslastung

Fachgebiet	Durchschnittliche Verweildauer 2017 in Tagen	Normauslastung
Augenheilkunde	3,1	75%
Chirurgie	6,0	80%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,7	75%
Geriatric	17,2	90%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3,5	75%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,3	80%
Herzchirurgie	11,7	85%
Innere Medizin	5,6	80%
Kinder- und Jugendmedizin	4,7	75%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	36,7	90%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	4,1	80%
Neurochirurgie	8,8	85%
Neurologie	8,9	85%
Nuklearmedizin	2,6	75%
Psychiatrie und Psychotherapie	22,8	90%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	44,9	90%
Strahlentherapie	7,1	85%
Urologie	4,4	80%

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

7.2 Versorgungsgebiete

Die Planung in den Versorgungsgebieten dient dazu, die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (§ 17 Abs. 1 HKHG 2011). Damit eine flächendeckende, regional ausgewogene und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung gewährleistet wird, erfolgt die Planung der Fachgebiete größtenteils auf Ebene der Versorgungsgebiete. Ausnahme sind die Fachgebiete Herzchirurgie (inklusive Kinderherzchirurgie) sowie Nuklearmedizin und Strahlentherapie, die hessenweit geplant werden.¹⁶ Versorgungsgebiete sind regionale Gebiete, die sich jeweils aus mehreren Landkreisen bzw. kreisfreien Städten zusammensetzen.

In jedem Versorgungsgebiet sollen alle Leistungen verfügbar sein.

In jedem der Versorgungsgebiete soll nach § 17 Abs. 5 HKHG 2011 ein bedarfsgerecht gegliedertes leistungsfähiges Krankenhausangebot vorgehalten werden. Versorgungsgebiete sind damit zentrale Einheiten der hessischen Krankenhausplanung.

Der Zuschnitt der Versorgungsgebiete orientiert sich am tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung und wird nach § 17 Abs. 5 Satz 3 HKHG 2011 durch Rechtsverordnung bestimmt. Die Versorgungsgebiete sind so abgegrenzt, dass der überwiegende Anteil der Bevölkerung eines Versorgungsgebiets durch die entsprechenden Krankenhäuser im Versorgungsgebiet versorgt wird und Wanderungen von Patienten über die Versorgungsgebietsgrenzen hinweg möglichst minimiert werden. Versorgungsgebiete sind daher als weitgehend auf sich bezogene Planungs- und Versorgungseinheiten anzusehen, jedoch nicht als vollständig geschlossene Systeme. Es besteht kein Anspruch darauf, Wanderungen über die Versorgungsgebietsgrenzen hinweg komplett auszuschließen. Insbesondere in Gebieten an den Versorgungsgebietsgrenzen kommt es häufig zu Patientenwanderungen in andere Versorgungsgebiete oder zum Teil in andere Bundesländer. Damit steht das Konzept der Versorgungsgebiete nicht im Widerspruch zum Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl. Weitere zu beachtende Aspekte beim Zuschnitt der Versorgungsgebiete sind die Anzahl und damit zusammenhängend die Größe der Versorgungsgebiete.

¹⁶ Bisher wurde das Fachgebiet Geriatrie auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte geplant. Da mittlerweile in jedem Landkreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt ein geriatrisches Versorgungsangebot aufgebaut wurde, wird die Planungsebene auf die Ebene der Versorgungsgebiete angehoben. Die Planung des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt zukünftig ebenfalls auf Ebene der Versorgungsgebiete.

Versorgungsgebiete sollten flächenmäßig nicht zu groß sein, weil sich dies negativ auf die Erreichbarkeit der Krankenhäuser durch die Bevölkerung im Versorgungsgebiet auswirkt. Darüber hinaus spielen bei der Abgrenzung von Versorgungsgebieten Aspekte wie Einwohneranzahl, Topologie und Verkehrsverbindungen eine Rolle.

Die Aufteilung Hessens in sechs Versorgungsgebiete sorgt dafür, dass die Wege zu den Krankenhäusern nicht zu weit sind.

Nach Prüfung der genannten Kriterien zum Zuschnitt der Versorgungsgebiete, wird an den bestehenden krankenhauserischen Versorgungsgebieten festgehalten. Zwar konnte nachgewiesen werden, dass durch eine Neuordnung von Landkreisen die Wanderungen zwischen Versorgungsgebieten minimal reduziert werden könnten. Die Reduktion der Wanderungen wäre jedoch nicht stark genug ausgeprägt, um damit einen Neuzuschnitt hinreichend begründen zu können. Basis der hessischen Krankenhausplanung waren in den vergangenen Jahren bzw. Jahrzehnten die bestehenden Versorgungsgebiete. Das in den Versorgungsgebieten vorgehaltene Angebot wurde regelmäßig an den Bedarf angepasst. Ein Neuzuschnitt würde diesen gewachsenen Strukturen zuwiderlaufen. Deutliche Änderungen am Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung sind derzeit nicht feststellbar.

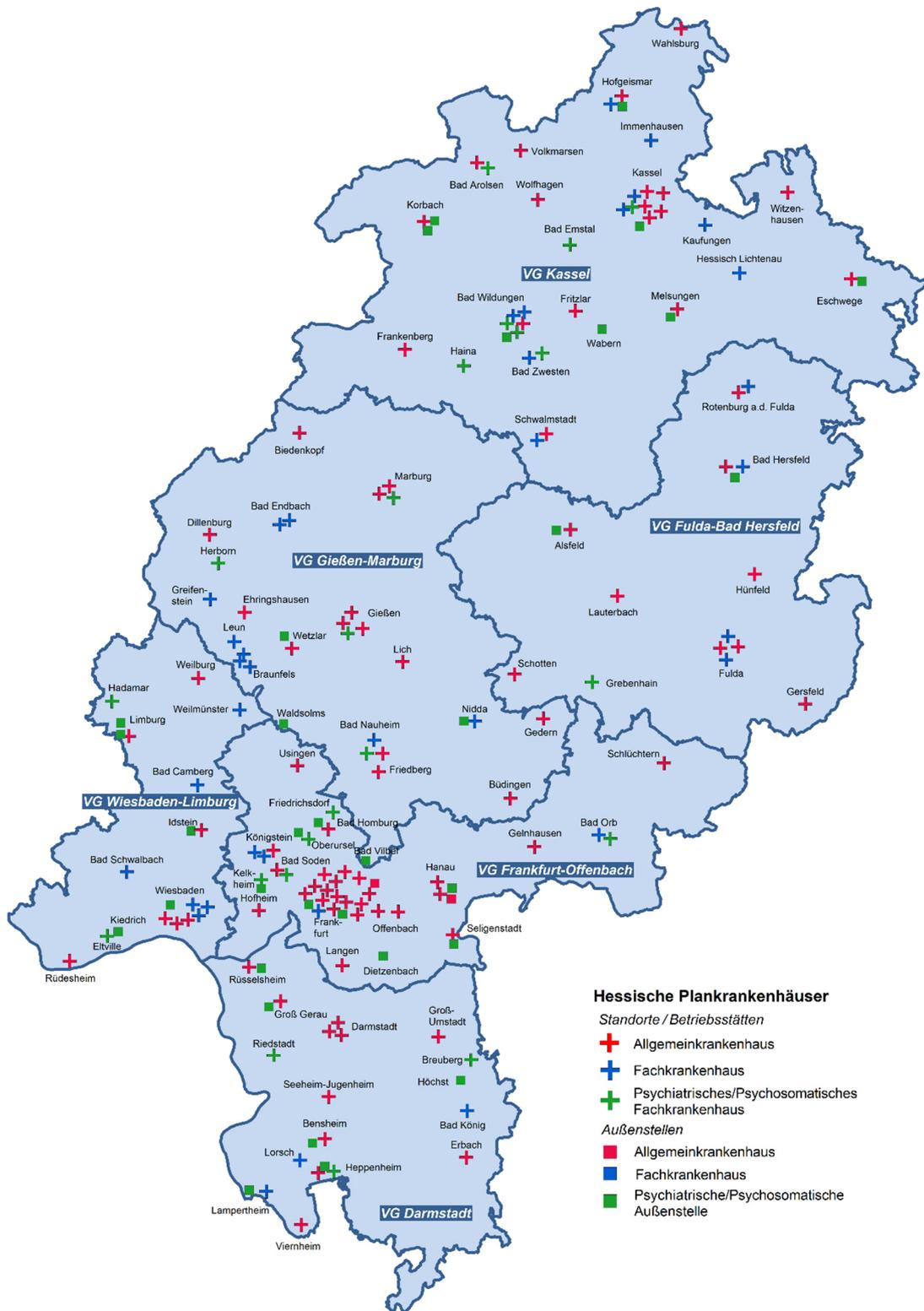
Anhand strukturräumlicher Kennziffern (vgl. Tabelle 4) können die hessischen Versorgungsgebiete näher charakterisiert werden. Die Versorgungsgebiete Kassel und Fulda-Bad Hersfeld weisen eine vergleichsweise große Fläche, eine geringe Einwohnerzahl und somit auch eine geringere Einwohnerdichte als die südhessischen Versorgungsgebiete auf. Wird nur die Bevölkerungszahl betrachtet, dann werden deutliche Unterschiede zwischen dem bevölkerungsärmsten Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld mit rund 450.000 Einwohnern und dem bevölkerungsstärksten Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach mit über zwei Millionen Einwohnern sichtbar. Diese Faktoren determinieren wesentlich die Angebotsstruktur und haben somit Einfluss auf die Anzahl der Krankenhäuser in den Versorgungsgebieten. Die Versorgungsgebiete sind mit den jeweiligen Krankenhäusern in Abbildung 1 dargestellt. Hier sind alle hessischen Plankrankenhäuser zum Stand 30.06.2019 enthalten. Die Krankenhausstandorte in den Karten der jeweiligen Fachgebiete, die in Kapitel 9 dargestellt sind, entsprechen dem gemeldeten Datenstand der Krankenhausstatistik 2017, d. h. es sind auch bereits geschlossene Krankenhausstandorte in der Karte verzeichnet. Geschlossene Krankenhäuser sind entsprechend gekennzeichnet.

Tabelle 4: Strukturräumliche Kennziffern der Versorgungsgebiete sowie der zugehörigen Landkreise bzw. kreisfreien Städte

Landkreis bzw. kreisfreie Stadt / Versorgungsgebiet (VG)	Einwohner (31.12.2018)		Fläche (01.01.2018)		Einwohner je km ²
	Anzahl	Anteil	km ²	Anteil	
Kassel, St.	201.585	3,2%	107	0,5%	1.887,6
Landkreis Kassel	236.633	3,8%	1.293	6,1%	183,0
Schwalm-Eder-Kreis	180.222	2,9%	1.539	7,3%	117,1
Landkreis Waldeck-Frankenberg	156.953	2,5%	1.849	8,8%	84,9
Werra-Meißner-Kreis	101.017	1,6%	1.025	4,9%	98,6
VG Kassel	876.410	14,0%	5.813	27,5%	150,8
Vogelsbergkreis	105.878	1,7%	1.459	6,9%	72,6
Landkreis Fulda	222.584	3,6%	1.380	6,5%	161,2
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	120.829	1,9%	1.098	5,2%	110,1
VG Fulda-Bad Hersfeld	449.291	7,2%	3.937	18,6%	114,1
Wetteraukreis	306.460	4,9%	1.101	5,2%	278,4
Landkreis Gießen	268.876	4,3%	855	4,0%	314,6
Lahn-Dill-Kreis	253.777	4,1%	1.066	5,0%	238,0
Landkreis Marburg-Biedenkopf	246.648	3,9%	1.262	6,0%	195,4
VG Gießen-Marburg	1.075.761	17,2%	4.284	20,3%	251,1
Frankfurt am Main, St.	753.056	12,0%	248	1,2%	3.032,7
Offenbach am Main, St.	128.744	2,1%	45	0,2%	2.868,6
Hochtaunuskreis	236.564	3,8%	482	2,3%	491,0
Main-Kinzig-Kreis	418.950	6,7%	1.397	6,6%	299,8
Main-Taunus-Kreis	237.735	3,8%	223	1,1%	1.068,3
Landkreis Offenbach	354.092	5,7%	356	1,7%	994,0
VG Frankfurt-Offenbach	2.129.141	34,0%	2.751	13,0%	773,9
Wiesbaden, St.	278.342	4,4%	204	1,0%	1.365,3
Rheingau-Taunus-Kreis	187.157	3,0%	811	3,8%	230,7
Landkreis Limburg-Weilburg	172.083	2,7%	738	3,5%	233,0
VG Wiesbaden-Limburg	637.582	10,2%	1.754	8,3%	363,6
Darmstadt, St.	159.207	2,5%	122	0,6%	1.304,2
Landkreis Bergstraße	269.694	4,3%	719	3,4%	374,9
Landkreis Darmstadt-Dieburg	297.399	4,7%	659	3,1%	451,5
Landkreis Groß-Gerau	274.526	4,4%	453	2,1%	606,0
Odenwaldkreis	96.798	1,5%	624	3,0%	155,1
VG Darmstadt	1.097.624	17,5%	2.577	12,2%	425,9
Hessen insgesamt	6.265.809	100,0%	21.116	100,0%	296,7

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Berechnungen der Hessen Agentur.

Abbildung 1: Standorte der hessischen Plankrankenhäuser



Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.05.2020, Darstellung der Hessen Agentur.

7.3 Planungsmethode

Um den Bedarf an stationären Angeboten zu bestimmen, bedient sich die hessische Krankenhausplanung einer bestimmten Planungsmethode. Diese Planungsmethode hat zwei Bestandteile:

- die Durchführung einer Bedarfsberechnung anhand des vergangenen und aktuellen Leistungsgeschehens und
- das Hinzuziehen von Prognosen, um zukünftig zu erwartende Tendenzen zu berücksichtigen.

Stellt ein Krankenhaus einen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan, auf Erweiterung seines Versorgungsauftrages oder auf Ausweitung der Bettenkapazitäten, dann wird dieser Antrag geprüft, indem mittels der nachfolgend beschriebenen Planungsmethode der tatsächliche Bedarf berechnet wird. Unter Berücksichtigung der Bedarfsberechnung und der voraussichtlichen zukünftigen Entwicklung wird der Antrag anschließend bewertet. Gleiches gilt für den Fall, dass das Hessische Ministerium für Soziales und Integration ein Verfahren anstößt.

Die Orientierung am tatsächlichen Bedarf stellt sicher, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung erfolgt.

7.3.1 Bedarfsberechnung

Die Berechnung des Bedarfs erfolgt strikt am tatsächlich stattfindenden vollstationären Leistungsgeschehen. Als Bedarf wird der vollstationäre Bettenbedarf definiert. Dieser ist auch in solchen Fachgebieten Bezugsgröße, in denen keine Bettenplanung mehr stattfindet. Die zugrundeliegende Frage bei der Bedarfsberechnung ist: Stehen genug Betten zur Verfügung, damit die Nachfrage an Krankenhausleistungen bedient werden kann oder ist eine Unterversorgung feststellbar? Die Bedarfsberechnung muss faktenbasiert erfolgen, d. h. es darf nur das tatsächlich auftretende und nachweisbare Leistungsgeschehen in die Berechnung eingehen. Die Verwendung von fiktiven Leistungsparametern oder einer vermuteten zukünftigen Entwicklung ist nicht zugelassen. Bei Prüfung von Anträgen auf Bettenerweiterungen in den psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Fachgebieten erfolgt die Bedarfsberechnung vorrangig auf Krankenhausebene. Zusätzlich wird der Bedarf auf Ebene des Versorgungsgebiets bestimmt. Bei Anträgen auf Neuaufnahme oder Erweiterung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses kann die Bedarfsberechnung nicht auf Krankenhaus-

Eine Unterversorgung soll im Interesse der Patientinnen und Patienten vermieden werden.

ebene erfolgen, weil meist noch kein Leistungsgeschehen in den jeweiligen Fachgebieten vorliegt. In solchen Fällen wird die Bedarfsberechnung auf Versorgungsgebietsebene durchgeführt.

Ausnahmen sind die Fachgebiete Herzchirurgie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie, bei denen die Bedarfsberechnung auf Hessenebene stattfindet. Als hauptsächliche Datenquelle der Bedarfsberechnung dient die Krankenhausstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes. Gegebenenfalls werden aktuelle Daten direkt beim Krankenhaus abgefragt. Als zusätzliche Datenquelle dienen die Daten gemäß § 21 KHEntgG.

Bei der Herzchirurgie, der Nuklearmedizin und der Strahlentherapie wird im Sinne der qualitativ hochwertigen Versorgung auf eine regionalisierte Planung verzichtet.

Modifizierte Hill-Burton Formel

Die Durchführung der Bedarfsberechnung erfolgt für den vollstationären Bereich über die Anwendung der modifizierten Hill-Burton-Formel. Vom traditionellen Hill-Burton-Ansatz wird abgewichen, da nur auf das tatsächliche Leistungsgeschehen referiert wird. Der Bezug zur Bevölkerung über die Anwendung einer Krankenhaushäufigkeit, wie es im traditionellen Hill-Burton-Ansatz üblich ist, wird explizit nicht hergestellt. Dies würde einen fiktiven Bedarf unterstellen. Unter Bezugnahme auf die jeweilige Normauslastung des betrachteten Fachgebiets wird der Bettenbedarf mit folgender Formel berechnet:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Berechnungs- und Belegungstage} \times 100}{\text{Normauslastung (in Prozent)} \times \text{Kalendertage im Jahr}}$$

Als Referenzzeitraum wird üblicherweise ein komplettes Kalenderjahr betrachtet.

Wartelisten

Der Einbezug von Wartelisten in die Bedarfsberechnung stellt ein Instrument dar, um weitere Aussagen über den tatsächlichen Bedarf treffen zu können. Es liegt die Annahme zugrunde, dass eine Unterversorgung vorliegt, wenn potenzielle Patienten nicht direkt zur Krankenhausbehandlung aufgenommen werden können, sondern erst eine gewisse Zeit auf die Aufnahme warten müssen. Da wartende potenzielle Patienten noch nicht aufgenommen wurden, sind sie auch in den Leistungsdaten der Krankenhäuser nicht erfasst und können daher in der konventionellen Bedarfsberechnung nicht berücksichtigt werden. Der Einbezug von Wartelisten in die Bedarfsberechnung bietet die Möglichkeit, diesen nicht erfassten Teil

Wenn die Patientinnen und Patienten warten müssen, ist dies ein Indiz für eine Unterversorgung.

einzu beziehen und den zusätzlich benötigten Bedarf zu ermitteln. Bisher sind Wartelisten vor allem in den psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Fachgebieten zur Anwendung gekommen, weil dort noch eine Kapazitätszuweisung in Form von Betten erfolgt. Wartelisten können auch bei zeitkritischen Fällen, etwa bei Verlegung neurologischer Patienten aus der Phase A in die Phase B, wertvolle Hinweise auf eine etwa bestehende Unterversorgung liefern.

Jedoch müssen Wartelisten gewissen Bedingungen genügen, damit ein Einbezug in die Bedarfsberechnung möglich ist. Wartelisten müssen je Person folgende Merkmale aufweisen:

- das Datum der Aufnahme auf die Warteliste,
- das Datum der Aufnahme zur Krankenhausbehandlung (wenn erfolgt) sowie
- das Datum der Abmeldung von der Warteliste (wenn erfolgt).

Werden diese Informationen von den Krankenhäusern gemeldet, kann ein zusätzlicher Bedarf für einen bestimmten Referenzzeitraum abgeleitet werden. Der Referenzzeitraum bezieht sich bestenfalls auf ein komplettes Kalenderjahr. Die Warteliste sollte alle Personen enthalten, die im Kalenderjahr mindestens zu einem Zeitpunkt auf der Warteliste standen. Dann kann eine potenzielle Wartelisten-Fallzahl ermittelt werden. Dabei handelt es sich um diejenigen Personen, die im Referenzzeitraum nicht zur Krankenhausbehandlung aufgenommen werden konnten, entweder weil sie immer noch auf der Warteliste stehen oder bereits eine Abmeldung erfolgte. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass bei ausreichenden Bettenkapazitäten eine Aufnahme der Patienten möglich gewesen wäre. Das Krankenhaus hätte also entsprechend mehr Fälle behandeln können. Die potenzielle Wartelisten-Fallzahl wird jedoch nicht im vollen Umfang in die Berechnung einbezogen, sondern wird mit dem Faktor 0,5 gewichtet. Damit wird die Tatsache berücksichtigt, dass nicht alle auf der Warteliste befindlichen Personen bei einer Behandlungszusage seitens des Krankenhauses tatsächlich vollstationär hätten aufgenommen werden können. Ein Grund dafür wäre beispielsweise die Behandlung in einer anderen Klinik, falls dort eine Aufnahme früher möglich gewesen wäre. Es muss nämlich davon ausgegangen werden, dass sich Patienten bei mehreren Krankenhäusern für eine Krankenhausbehandlung anmelden. Diesen Mehrfachanmeldungen wird durch die Gewichtung Rechnung getragen. Anhand der gewichteten Wartelisten-Fallzahl und der fachgebietsspezifischen durchschnittlichen Verweildauer des Krankenhauses kann gemäß der

modifizierten Hill-Burton-Formel der zusätzliche Bedarf auf Basis der Wartelisten ermittelt werden.

Teilstationärer Bedarf

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 Prozent 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.

Die Vorhaltung teilstationärer Kapazitäten dient besonders dem Interesse der Patientinnen und Patienten.

7.3.2 Prognose

Die Bedarfsberechnung ist streng am tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern orientiert. Zwei vorliegende Prognosen dienen dazu, den künftig zu erwartenden Bedarf bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Eine Prognose bis zum Jahr 2025 thematisiert die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das vollstationäre Leistungsgeschehen in Hessen (vgl. Kapitel 9). Dabei werden die Fallzahlentwicklung sowie die Entwicklung der voraussichtlich benötigten Bettenkapazitäten dargestellt. Darüber hinaus gibt eine weitere Prognose bis zum Jahr 2030 Aufschluss über die langfristige Prognose der Fallzahlen in Hessen. Die Prognose beinhaltet auch zukünftige Entwicklungsmuster ausgewählter Diagnosen (vgl. Kapitel 10.2).

Um den demografischen Wandel gestalten zu können, ist eine Vorausberechnung erfolgt.

7.4 Feststellungsbescheide

Nach § 19 Abs. 1 HKHG 2011 werden die Feststellungen über die Auf- und Herausnahme in bzw. aus dem Krankenhausplan, die Einzelfestlegungen nach Abs. 4 dieser Vorschrift sowie Änderungen durch Feststellungsbescheid des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums getroffen. § 19 Abs. 4 HKHG 2011 benennt folgende Einzelfestlegungen bzw. Einzelentscheidungen: Bestimmung des Standortes und der Fachgebiete, Bestimmung über die Teilnahme an der Notfallversorgung, Festlegung oder Zuordnung von Aufgaben nach § 17 Abs. 6 HKHG 2011 (versorgungsbereichsübergreifende, landesweite Aufgabenwahrnehmung)

sowie Aufgaben nach § 17 Abs. 7 Satz 2 HKHG 2011 (besondere Aufgaben). Jedem Krankenhaus steht es hiernach in den somatischen Gebieten frei, seine Kapazitäten dem tatsächlichen Bedarf anzupassen, da es keine Kapazitätsfestlegungen mehr gibt. In den Feststellungsbescheiden wird zudem ausdrücklich auf besondere Verpflichtungen hingewiesen, die sich aus dem HKHG 2011 ergeben, insbesondere aus § 19 Abs. 1 Satz 4 und 5. Zusätzlich wird die Gültigkeit der planungsrelevanten Indikatoren Bestandteil der Feststellungsbescheide (vgl. Kap. 4).

8 Fachkonzepte

Ein Bestandteil des Hessischen Krankenhausplanes 2020 sind die bestehenden Fachkonzepte. Die derzeitigen Fachkonzepte zu den Themenbereichen Geriatrie, Onkologie sowie Psychosomatik sind in ihrer jeweils gültigen Fassung auf der Homepage des HMSI veröffentlicht. Ein Schlaganfallkonzept wird derzeit erarbeitet.

Die Fachkonzepte konkretisieren den Begriff der qualitativ hochwertigen Versorgung.

Geriatriekonzept

Mit dem konsequenten Ausbau wohnortnaher geriatrischer Versorgungsstrukturen wurde in den Jahren 1995 bis 2006 ein zentrales Strukturziel der hessischen Krankenhausplanung umgesetzt. Der Ausbau orientierte sich dabei am Hessischen Geriatrie-Konzept aus dem Jahr 1992. Das Konzept rückt den multimorbiden, betagten Patienten in den Mittelpunkt, bei dem sich unterschiedliche Erkrankungen wechselseitig stärker bedingen und beeinflussen als bei jüngeren Patienten. Eine problemgerechte Einordnung in ein hochspezialisiertes Gesundheitsversorgungssystem ist häufig nicht möglich, da dieses nur jeweils eine im Vordergrund stehende Erkrankung hinreichend berücksichtigt. Zudem ist neben der organbezogenen Diagnostik und Therapie vor allem der sozialmedizinische Hintergrund und hiermit untrennbar verbunden die psychische Situation zu sehen. Fachübergreifende Organmedizin mit Integration der Gerontopsychiatrie muss daher – so das Hessische Geriatrie-Konzept – voll-, teilstationär und ambulant alle Möglichkeit der Akutbehandlung und Rehabilitation ausschöpfen und dabei unter Einbeziehung der Altenhilfe das psychosoziale Umfeld einschließlich der nichtmedizinischen Dienste koordiniert und integriert adäquat ordnen und vermitteln.

Das Geriatriekonzept stellt die qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung der älteren Bevölkerung sicher.

Dieser umfassende Behandlungsanspruch erfordert abgestimmte Strukturen, die insbesondere dem Bedürfnis der Patienten auf eine qualifizierte, wohnortnahe Versorgung mit einem möglichst niedrigen Hospitalisierungsgrad, d. h. einer möglichst kurzen Unterbringung in einer stationären Einrichtung, gerecht zu werden haben. In seiner praktischen Umsetzung wurde das Hessische Geriatrie-Konzept entsprechend mit dem Ziel weiterentwickelt, in jedem Landkreis bzw. jeder kreisfreien Stadt ein an einem Allgemeinkrankenhaus angesiedeltes stationäres Versorgungsangebot vorzuhalten, das durch tagesklinische Angebote vor Ort ergänzt werden soll.

Das Ziel des geriatrischen Angebotes in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt sichert die flächendeckende Versorgung.

In Hessen erfolgt die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten bewusst nicht in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, sondern gezielt „fallabschließend“ in geriatrischen Fachabteilungen nach § 108

SGB V. Die fallabschließende Behandlung geht von der Annahme aus, dass möglichst frühzeitig eine geriatrische frührehabilitative Behandlung im Krankenhaus beginnen soll und diese Behandlung so lange fortgeführt werden soll, bis eine adäquate ambulante Versorgung möglich ist. Damit ist – im Gegensatz zu anderen Modellen – grundsätzlich keine weitere stationäre geriatrische Rehabilitationsbehandlung mehr erforderlich. Zu berücksichtigen ist, dass die Abgrenzung der geriatrischen Krankenhausbehandlung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sowohl in der juristischen als auch in der medizinischen Fachliteratur umstritten ist.

Das Geriatriekonzept wird derzeit überarbeitet.

Onkologiekonzept

Das Hessische Onkologiekonzept geht auf das gemeinsam von Bund und Ländern getragene Programm zur Verbesserung der Krebsbekämpfung in der Bundesrepublik zurück. Schwerpunkte und Hauptziele dieses Programms waren einerseits die Zentrierung und Schwerpunktbildung onkologischer Fachkompetenz und andererseits die ausführliche Beschreibung der Aufgabenstellung der Zentren bzw. Schwerpunkte, insbesondere auch bzgl. der Gewährleistung einer organisierten Zusammenarbeit zwischen den klinischen Behandlungseinrichtungen und den niedergelassenen Ärzten. Das Konzept gibt auch Strukturkriterien für die Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkte vor.

Mit dem Onkologiekonzept bringen wir die qualitativ hochwertige onkologische Versorgung in die Fläche.

Ziel des Hessischen Onkologiekonzepts ist es, eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte onkologische Versorgung sicherzustellen. Hierzu sollen onkologische Zentren gebildet werden, die aus Koordinierenden und Kooperierenden Krankenhäusern bestehen. Die Koordinierenden Krankenhäuser sollen dabei grundsätzlich das gesamte Spektrum onkologischer Erkrankungen einschließlich besonders schwerer und seltener Fälle gemäß der aktuellen Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft versorgen und dabei auch spezielle aufwändige und/oder neue Diagnose- und Therapieverfahren einsetzen.

Das Hessische Onkologiekonzept sieht vor, dass nicht nur die Kompetenz der großen spezialisierten Krankenhäuser gewährleistet ist, sondern auch kleinere Krankenhäuser mit geringerer Fallzahl in die Lage versetzt werden, im Rahmen von vertraglich geregelten Kooperationen mit onkologischen Zentren das erforderliche Fachwissen aufzuweisen.

Die Zusammenarbeit von Koordinierenden Häusern und Kooperierenden Häusern sorgt dafür, dass auch kleine Krankenhäuser eine wohnortnahe Versorgung anbieten können.

Das Hessische Onkologiekonzept in der Neufassung von 2010 hat in den zurückliegenden Jahren ganz wesentlich dazu beigetragen, dass die Versorgung von Krebspatienten in Hessen kontinuierlich verbessert werden konnte. Mithilfe der strukturellen Vorgaben des Onkologiekonzepts und der engagierten Zusammenarbeit zwischen den onkologischen Zentren und sämtlichen Kliniken, die Krebspatienten behandeln, ist es insbesondere gelungen, den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten und einen Erfahrungsaustausch der behandelnden Ärzte sicherzustellen.

Psychosomatikkonzept

Für das Gebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ wurde das „Konzept zur krankenhauplanerischen Umsetzung von Anträgen auf Aufnahme in den Krankenhausplan oder auf Neufeststellung der Kapazitäten“ entwickelt und gemäß Beschluss des Landeskrankenhausausschusses vom 15.01.2015 der Krankenhausplanung in Hessen zugrunde gelegt.

Anlass und Ausgangspunkt für die Erstellung des Psychosomatikkonzepts waren eine Vielzahl von Anträgen zum Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Hierbei handelte es sich sowohl um Anträge auf Erhöhung der zugewiesenen Kapazitäten als auch um Anträge auf Neuaufnahme in den Krankenhausplan. Vor diesem Hintergrund regelt das Psychosomatikkonzept Kriterien für die Strukturvoraussetzungen eines Versorgungsauftrags für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ergänzende Regelungen für die Bedarfsprüfung, Verfahrensregelungen im Falle einer notwendigen Auswahl unter mehreren geeigneten Krankenhäusern, Hinweise zum Inhalt des Versorgungsauftrags sowie zu Modellverträgen.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten bestand ein hoher Bedarf an psychosomatischen Angeboten. Dieser wird im Rahmen des Psychosomatikkonzepts so gedeckt, dass zugleich eine qualitativ hochwertige Versorgung erfolgt.

Das Konzept ist noch um die strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu ergänzen.

9 Entwicklung des Leistungsgeschehens und Bedarfsprognose in den Fachgebieten

Essenzieller Bestandteil der Krankenhausplanung in Hessen ist die Festlegung der Versorgungsstrukturen auf Fachgebietsebene. In den krankenhauserplanerischen Feststellungsbescheiden ist geregelt, welche Krankenhäuser an welchen Standorten welches medizinische Fachgebiet vorhalten dürfen und müssen. Als Instrumentarium zum Monitoring bzw. zur Kontrolle der Versorgungsstrukturen dient u.a. der jährlich erscheinende Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser (siehe Kapitel 10.1). In diesem Report ist die Leistungsentwicklung der einzelnen Krankenhäuser bis hinunter auf die Ebene der einzelnen Fachgebiete detailliert dargestellt. Einen zusammenfassenden Überblick über die einzelnen Fachgebiete bietet dieses Kapitel. Dabei wird neben der Darstellung der bestehenden Versorgungsstrukturen auch aufgezeigt, wie sich die Fachgebiete im Zeitraum von 2007 bis 2017 entwickelt haben. Um abschätzen zu können, wie sich das Leistungsgeschehen zukünftig entwickeln wird, ist auf Ebene der Fachgebiete zudem der Entwicklungstrend bis zum Jahr 2025 dargestellt.

Entwicklung des Leistungsgeschehens

Die Darstellung der Versorgungsstrukturen und deren rückblickende Entwicklung erfolgt anhand relevanter Leistungsparameter. Als Leistungsparameter sind die Anzahl der Krankenhäuser im jeweiligen Fachgebiet, die Anzahl der aufgestellten Betten, die vollstationäre Fallzahl, die Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage sowie daraus abgeleitet die durchschnittliche Verweildauer und die Auslastung der aufgestellten Betten definiert. Diese Leistungsparameter werden auf Landesebene je Fachgebiet im Zeitverlauf (2007-2017) betrachtet. Als Datenbasis dient der Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017 auf Basis der Krankenhausstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes. Um eine räumliche Übersicht der bestehenden Versorgungsstrukturen zu erhalten, sind je Fachgebiet die einzelnen Krankenhausstandorte visuell in einer fachgebietsbezogenen Karte aufbereitet. Grundlage hierfür sind die Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration zum Stand 31.12.2017.

Bedarfsprognose

Für die Abschätzung des zukünftigen Entwicklungstrends der Fachgebiete wurde eine Bedarfsprognose vorgenommen. Diese beinhaltet eine Vorausschätzung der Fallzahlentwicklung und der Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage bis zum Jahr 2025. Die Prognose beschränkt sich jedoch explizit auf die demografische Komponente, da andere Einflussfaktoren, die die Fallzahlentwicklung ebenso beeinflussen (z. B. der medizinisch-technische Fortschritt, Änderungen bei den Patientenwanderungen oder Verschiebungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor) nicht verlässlich abgeschätzt werden können. Daher wird die Anzahl der Fälle bzw. der Behandlungstage für das Jahr 2025 je

nach Größenordnung auf hundert bzw. zehn gerundet ausgewiesen. Dadurch kann es vereinzelt zu geringfügigen Abweichungen zwischen der Summe und den ausgewiesenen Unterepositionen kommen. Die dargestellten relativen Veränderungsdaten wurden mit den nicht gerundeten Werten berechnet.

Grundsätzlich basiert die Prognose auf einem Status-Quo-Szenario. Bei der Berechnung wurden alle Rahmenbedingungen außer der demografischen Komponente – sprich der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung – konstant gehalten. So wurden u. a. auch die Patientenwanderungen zwischen Hessen und den anderen Bundesländern sowie die Patientenwanderungen innerhalb Hessens fixiert. Die Vorgehensweise orientiert sich an der Prognose des vollstationären Leistungsgeschehen in Hessen bis zum Jahr 2030, die Bestandteil des Kapitels 10.2 des vorliegenden Krankenhausplanes ist.

Als Basis der Prognose dienen die zum Zeitpunkt der Berechnung vorliegenden Daten gemäß § 21 KHEntgG vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für das Berichtsjahr 2017. Diese Daten enthalten für jeden in hessischen Krankenhäusern behandelten Patienten Merkmale wie Art, Dauer und Ort der Krankenhausbehandlung sowie Alter, Geschlecht und Wohnort. Darüber hinaus ist bekannt, in welchen Fachgebieten der Patient behandelt wurde. Mittels dieser Informationen können – unter Rückgriff auf die vom Hessischen Statistischen Landesamt veröffentlichten Bevölkerungszahlen – Krankenhaushäufigkeiten je Fachgebiet gebildet werden. Die Berechnung der fachgebietsspezifischen Krankenhaushäufigkeiten geschieht differenziert nach Behandlungsort, Geschlecht, Wohnort (Landkreis bzw. kreisfreier Stadt) und Altersjahren. Anschließend werden die berechneten Krankenhaushäufigkeiten mit den Bevölkerungsdaten für 2025 gemäß der Bevölkerungsvorausschätzung der Hessen Agentur multipliziert und somit die Fallzahlen und Berechnungs- und Belegungstage für das Jahr 2025 berechnet. Um die auf Basis der §21-Daten ermittelten Prognoseergebnisse an die rückblickende Leistungsentwicklung der Jahre 2007 bis 2017 zu kalibrieren, wurden im Berechnungsverfahren Veränderungsdaten ermittelt und diese entsprechend an die Leistungsdaten (basierend auf dem Leistungsreport bzw. der Krankenhausstatistik) angelegt.

Die Bedarfsprognose darf aus den genannten Gründen jedoch nicht als exakte Vorausberechnung verstanden werden, sondern sie zeigt vielmehr demografiebedingte Tendenzen der Entwicklung auf.

9.1 Augenheilkunde

In Hessen gibt es insgesamt 10 Krankenhäuser, die die stationäre Versorgung im Fachgebiet Augenheilkunde sicherstellen und über einen krankenhauplanerischen Versorgungsauftrag verfügen. Darüber hinaus besitzt ein weiteres Krankenhaus – das Klinikum Fulda – einen entsprechenden Versorgungsauftrag, jedoch wird dieser vom Klinikum derzeit nicht wahrgenommen. Die Eröffnung einer Fachabteilung Augenheilkunde am Klinikum Fulda ist aber in Planung. Bei den Krankenhäusern, die eine Fachabteilung Augenheilkunde vorhalten, handelt es sich in den meisten Fällen um große Krankenhäuser mit einem umfassenden Leistungsangebot. Das Fachgebiet wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant. In jedem Versorgungsgebiet gibt es mindestens ein Krankenhaus, das ein Fachgebiet Augenheilkunde vorhält. Im Versorgungsgebiet Kassel liegt der Versorgungsauftrag beim Klinikum Kassel und im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld beim Klinikum Bad Hersfeld. Im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg gibt es eine Augenheilkunde an den beiden Universitätskliniken in Gießen und Marburg sowie eine kleine Belegabteilung an den Lahn-Dill-Kliniken in Dillenburg. In Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach verfügen neben dem Universitätsklinikum Frankfurt auch das Klinikum Frankfurt Höchst sowie das Bürgerhospital über einen Versorgungsauftrag. Im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg liegt der Versorgungsauftrag bei den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden und im Versorgungsgebiet Darmstadt beim Klinikum Darmstadt.

Im Jahr 2017 wurden im Fachgebiet Augenheilkunde in den genannten Krankenhäusern 22.909 Patienten in insgesamt 71.249 Berechnungs- und Belegungstagen behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 3,1 Tagen pro Fall. Das Fachgebiet Augenheilkunde besitzt damit nach dem Fachgebiet Nuklearmedizin die zweitniedrigste Verweildauer unter allen Fachgebieten. Im Jahr 2017 waren 264 Betten im Fachgebiet Augenheilkunde aufgestellt. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag im Durchschnitt bei 73,9 % und damit knapp unterhalb der für das Fachgebiet gültigen Normauslastung von 75 %.

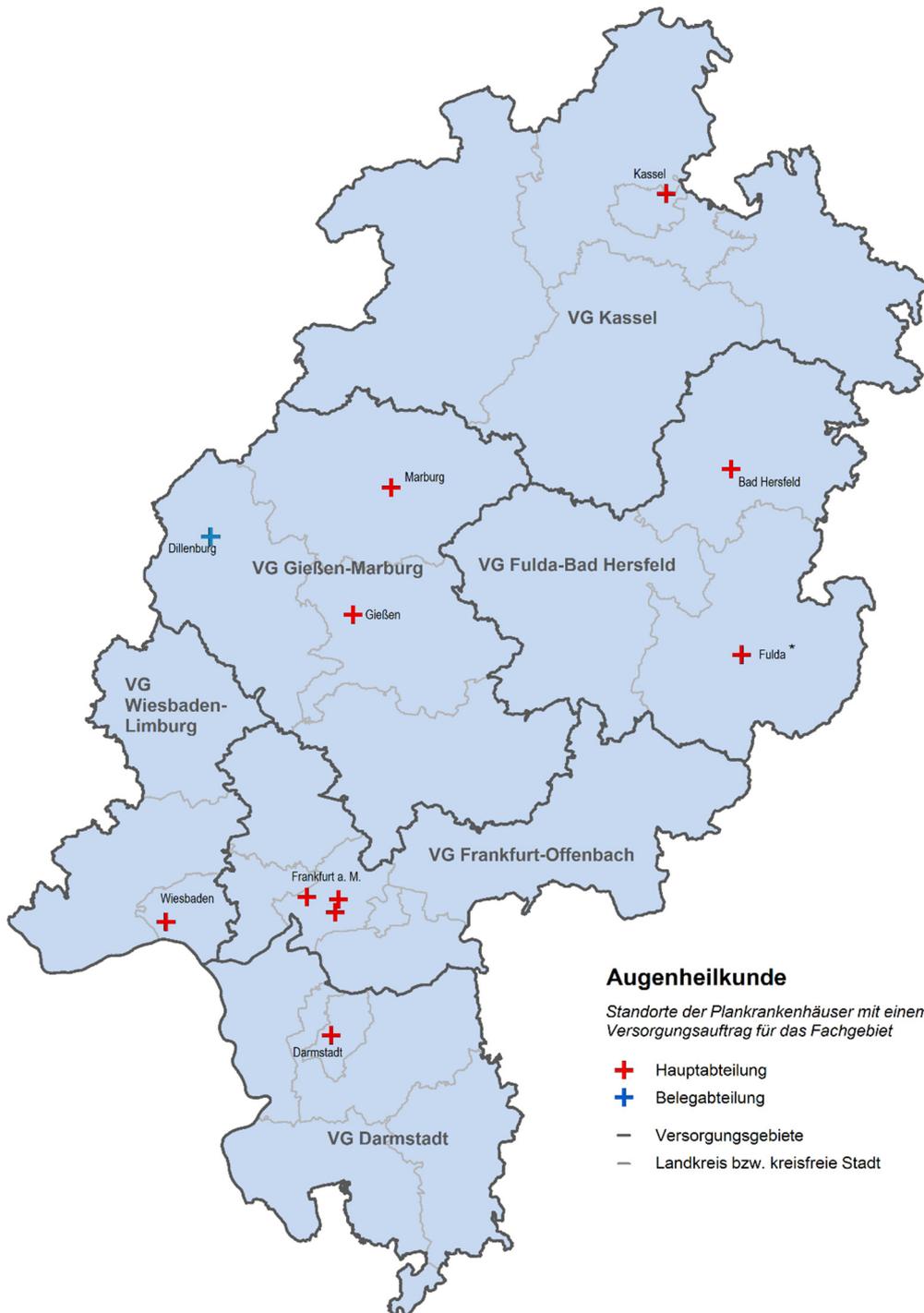
Zwischen den Jahren 2007 und 2017 ist die Zahl der Krankenhäuser mit einem Fachgebiet Augenheilkunde zurückgegangen. Von ursprünglich 14 Krankenhäusern im Jahr 2007 hat sich die Zahl auf zehn Krankenhäuser reduziert. Korrespondierend dazu ist auch die Zahl der aufgestellten Betten von 312 im Jahr 2007 auf 264 im Jahr 2017 um 15,4 % zurückgegangen. Ebenfalls ist die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage gesunken (-6,9 %). Bei der Fallzahl zeigt sich hingegen ein Anstieg in Höhe von 13 %. Die durchschnittliche Verweildauer ist zwischen 2007 und 2017 von 3,8 Tage auf 3,1 Tage gesunken. Die Auslastung der aufgestellten Betten ist von 67,2 % auf 73,9 % angestiegen.

Tabelle 5: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Augenheilkunde 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	14	312	20.270	76.541	3,8	67,2%	75,0%
2008	12	287	20.349	76.006	3,7	72,4%	75,0%
2009	12	289	20.742	76.622	3,7	72,6%	75,0%
2010	12	285	20.639	73.872	3,6	71,0%	75,0%
2011	11	278	20.791	72.142	3,5	71,1%	75,0%
2012	11	280	21.310	71.470	3,4	69,7%	75,0%
2013	11	263	20.504	65.532	3,2	68,3%	75,0%
2014	11	251	20.654	64.837	3,1	70,8%	75,0%
2015	10	247	21.778	65.609	3,0	72,8%	75,0%
2016	10	256	22.817	69.824	3,1	74,5%	75,0%
2017	10	264	22.909	71.249	3,1	73,9%	75,0%
2007-2017	-28,6%	-15,4%	13,0%	-6,9%	-17,6%	10,0%	-
2016-2017	0,0%	3,1%	0,4%	2,0%	1,6%	-0,8%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 2: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Augenheilkunde

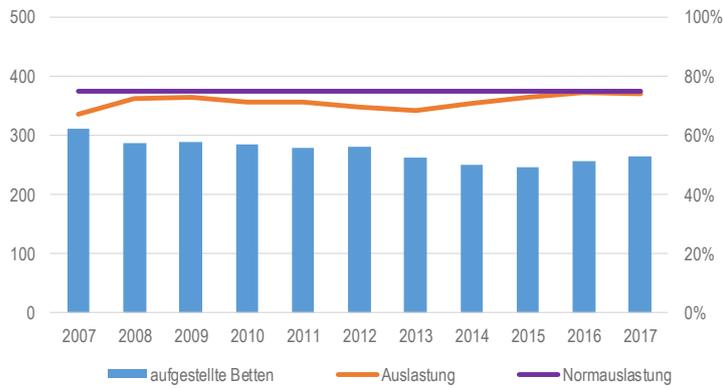


*Der Versorgungsauftrag wird vom Klinikum Fulda derzeit nicht wahrgenommen. Die Wiedereinrichtung einer Fachabteilung ist jedoch in Planung.

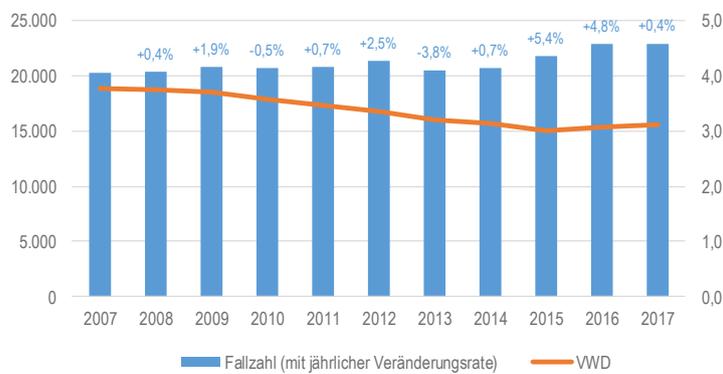
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 3: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Augenheilkunde 2007-2017

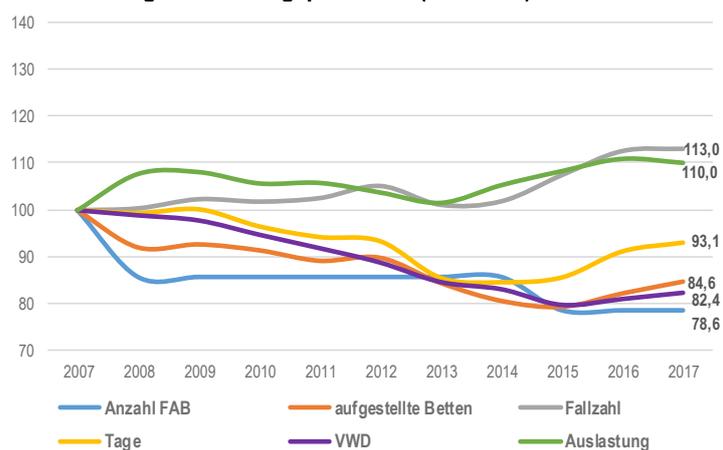
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Mit Blick auf das Jahr 2025 ist demografiebedingt mit einer steigenden Fallzahl (+8,2 %) und einer steigenden Anzahl an Berechnungs- und Belegungstagen (+8,2 %) und daraus abgeleitet mit einer steigenden Bettenzahl (+22 Betten) im Fachgebiet Augenheilkunde zu rechnen. Eine differenzierte Betrachtung nach Versorgungsgebieten zeigt, dass der größte prozentuale Fallzahlanstieg im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach (+10,1 %) und der geringste im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg (+5,4 %) zu erwarten ist. Zu beachten ist, dass im Jahr 2017 teilweise Überkapazitäten bestanden und diese Überkapazitäten den erwarteten Mehrbedarf auffangen können. So zum Beispiel im Versorgungsgebiet Darmstadt: Für das Jahr 2025 berechnen sich aufgrund der demografischen Entwicklung zwei zusätzliche Betten. Mit Blick auf die Kapazitäten im Jahr 2017 wird deutlich, dass im Jahresdurchschnitt jedoch freie Kapazitäten von 10 Betten bestanden. Dies gilt nicht im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg. Für dieses Versorgungsgebiet berechnet sich demografiebedingt ein Bettenmehrbedarf von 33 Betten. Hinzu kommen weitere 12 Betten, aufgrund von Kapazitätsengpässen im Jahr 2017.

Tabelle 6: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Augenheilkunde

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	1.852	+120	+6,6%	6.533	+480	+7,3%	25	+2	+8,0%	-1
Fulda-Bad Hersfeld	1.044	+60	+5,5%	5.028	+370	+7,4%	22	+1	+4,5%	-4
Gießen-Marburg	5.050	+280	+5,4%	14.061	+690	+4,9%	51	+3	+5,9%	0
Frankfurt-Offenbach	9.192	+920	+10,1%	27.699	+2.700	+9,8%	103	+10	+9,7%	-2
Wiesbaden-Limburg	3.604	+310	+8,6%	12.431	+1.100	+9,0%	33	+4	+12,1%	+12
Darmstadt	2.167	+190	+8,6%	5.497	+490	+9,0%	30	+2	+6,7%	-10
Hessen	22.909	+1.880	+8,2%	71.249	+5.830	+8,2%	264	+22	+8,3%	-5

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.2 Chirurgie

In Hessen ist das häufigste Fachgebiet, das von den Krankenhäusern vorgehalten wird, das Fachgebiet Chirurgie. Insgesamt 86 Krankenhäuser haben eine chirurgische Fachabteilung und einen entsprechenden Versorgungsauftrag. Darüber hinaus sind zwei weitere Krankenhäuser – das Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg und die DKD Helios Klinik Wiesbaden – mit einem chirurgischen Versorgungsauftrag in den Hessischen Krankenhausplan aufgenommen. Es wurde jedoch von den beiden Krankenhäusern kein Leistungsgeschehen für das Fachgebiet gemeldet. Insgesamt verfügen knapp 70 % aller Plankrankenhäuser in Hessen über ein chirurgisches Fachgebiet. Zu beachten ist, dass hinsichtlich der Krankenhausplanung seit 2006 auch der Bereich der Orthopädie zum Fachgebiet Chirurgie zählt. Das Fachgebiet wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant.

Im Jahr 2017 wurden in den hessischen Plankrankenhäusern 362.926 Patienten im Fachgebiet Chirurgie behandelt. Für die stationäre chirurgische Versorgung dieser Patienten sind insgesamt 2.187.530 Berechnungs- und Belegungstage angefallen. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten lag bei 6,0 Tagen. Insgesamt waren im Jahr 2017 im Fachgebiet Chirurgie 8.437 Betten mit einer durchschnittlichen Auslastung von 71,0 % aufgestellt. Die festgelegte Normauslastung des chirurgischen Fachgebiets beträgt 80,0 %. Gemessen an der Zahl der in den hessischen Plankrankenhäusern aufgestellten Betten insgesamt, entfällt jedes vierte Bett auf das chirurgische Fachgebiet.

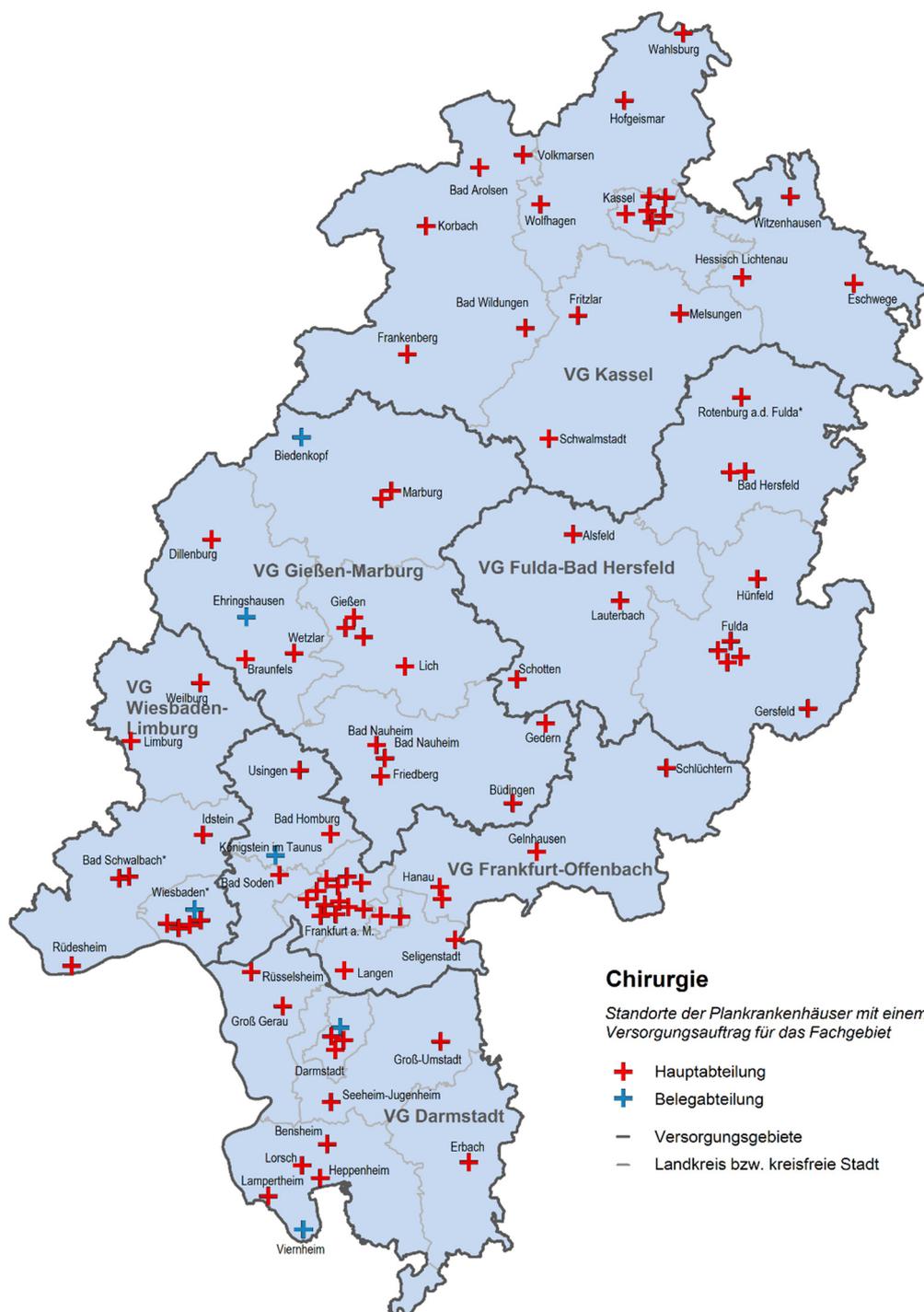
Im Fachgebiet Chirurgie kam es zwischen 2007 und 2017 zu einem sehr starken Anstieg der Fallzahl. So wurden im Jahr 2017 ca. 56.000 Fälle mehr behandelt als im Jahr 2007. Das entspricht einem Anstieg von 18,4 %. Die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage ist hingegen zurückgegangen (-7,6 %). Grund dafür ist eine zwischen 2007 und 2017 kontinuierlich sinkende durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet Chirurgie. Während im Jahr 2007 ein Patient im Schnitt 7,7 Tage im Krankenhaus chirurgisch behandelt wurde, sind dafür im Jahr 2017 nur noch 6,0 Tage angefallen. Die Zahl der aufgestellten Betten hat sich von 2007 auf 2008 um 820 Betten auf 8.763 Betten verringert. In den Folgejahren blieb die Zahl der aufgestellten Betten relativ konstant und variierte im Bereich zwischen 8.440 und 8.880 Betten. Die Bettenreduktion im Jahr 2008 hatte einen Anstieg der Bettenauslastung auf über 70 % zur Folge. Seit dem Jahr 2012 liegt die Bettenauslastung relativ konstant bei 71 %.

Tabelle 7: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Chirurgie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	95	9.583	306.616	2.366.897	7,7	67,7%	80,0%
2008	97	8.763	327.017	2.369.200	7,2	73,9%	80,0%
2009	97	8.770	333.027	2.379.300	7,1	74,3%	80,0%
2010	96	8.844	343.846	2.368.431	6,9	73,4%	80,0%
2011	90	8.843	350.557	2.326.267	6,6	72,1%	80,0%
2012	89	8.882	356.035	2.313.628	6,5	71,2%	80,0%
2013	89	8.760	354.988	2.288.704	6,4	71,6%	80,0%
2014	90	8.782	362.673	2.274.942	6,3	71,0%	80,0%
2015	89	8.831	367.894	2.303.059	6,3	71,5%	80,0%
2016	88	8.676	368.251	2.243.874	6,1	70,7%	80,0%
2017	86	8.437	362.926	2.187.530	6,0	71,0%	80,0%
2007-2017	-9,5%	-12,0%	18,4%	-7,6%	-21,9%	5,0%	-
2016-2017	-2,3%	-2,8%	-1,4%	-2,5%	-1,1%	0,5%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 4: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Chirurgie

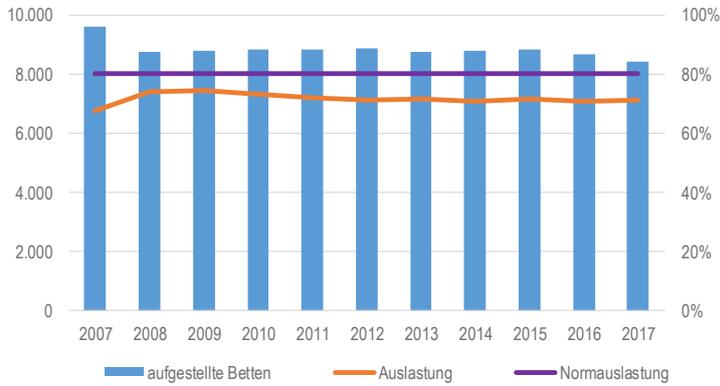


*Das Krankenhaus in Bad Schwalbach (Helios) wurde mittlerweile geschlossen. 2017 kein Leistungsgeschehen bei DKD Helios Klinik Wiesbaden und Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg.

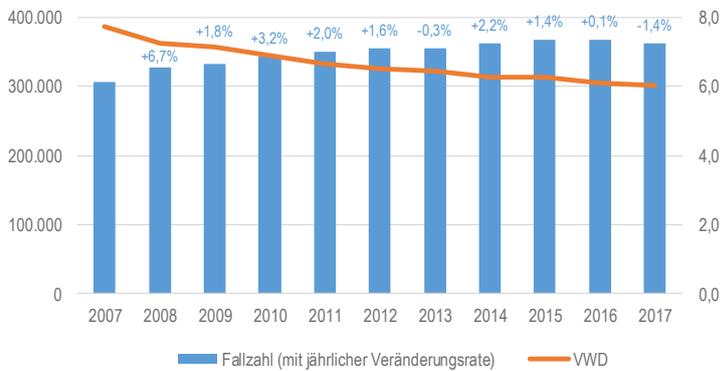
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 5: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Chirurgie 2007-2017

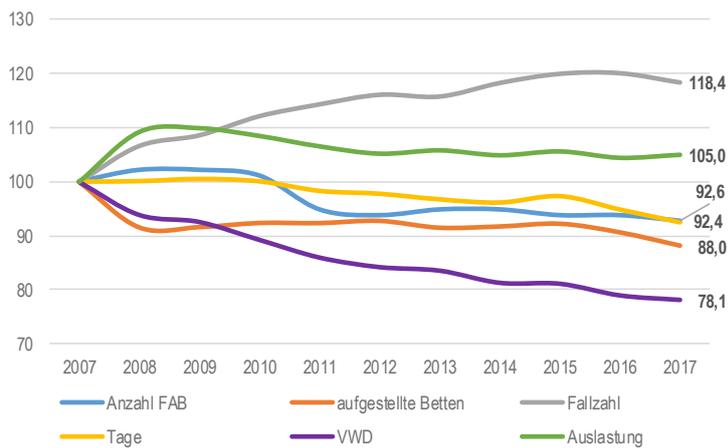
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Gemäß der Bedarfsprognose wird in Hessen die Fallzahl im Fachgebiet Chirurgie bis zum Jahr 2025 um rund 20.000 Fälle gegenüber dem Jahr 2017 steigen. Das entspricht einem Anstieg von 5,4 %. Etwas stärker fällt der Anstieg der Berechnungs- und Belegungstage aus (+7,7 %). Entsprechend ist in Zukunft von einer wieder ansteigenden durchschnittlichen Verweildauer auszugehen. In den nordhessischen Versorgungsgebieten Kassel und Fulda-Bad Hersfeld kommt es im Vergleich zu den anderen Versorgungsgebieten zu einem vergleichsweise geringen Fallzahlanstieg in Höhe von 2,0 % bzw. 2,8 % bis 2025. Im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach ist hingegen ein Anstieg in Höhe von 8,1 % zu erwarten. Insgesamt beziffert sich der demografiebedingte Mehrbedarf auf 592 Betten (+7,0 %). Es ist jedoch zu beachten, dass im Jahr 2017 in allen Versorgungsgebieten Überkapazitäten bestanden. Hessenweit summieren sich diese auf 946 Betten. Der bis 2025 zu erwartende Bettenmehrbedarf wird daher durch die bestehenden Kapazitäten gedeckt werden können.

Tabelle 8: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Chirurgie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	62.536	+1.220	+2,0%	369.208	+14.500	+3,9%	1.441	+50	+3,5%	-177
Fulda-Bad Hersfeld	32.310	+900	+2,8%	195.590	+9.600	+4,9%	750	+33	+4,4%	-80
Gießen-Marburg	63.940	+2.660	+4,2%	367.354	+24.400	+6,7%	1.397	+84	+6,0%	-139
Frankfurt-Offenbach	115.695	+9.370	+8,1%	732.975	+77.200	+10,5%	2.847	+264	+9,3%	-337
Wiesbaden-Limburg	42.061	+2.460	+5,8%	255.638	+21.600	+8,5%	949	+74	+7,8%	-74
Darmstadt	46.384	+3.140	+6,8%	266.765	+25.300	+9,5%	1.053	+87	+8,3%	-139
Hessen	362.926	+19.750	+5,4%	2.187.530	+172.600	+7,7%	8.437	+592	+7,0%	-946

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird nach den Fachgebieten Chirurgie und Innere Medizin von den Krankenhäusern in Hessen am dritthäufigsten vorgehalten. Im Jahr 2017 besaßen insgesamt 62 Krankenhäuser eine entsprechende Fachabteilung mit Versorgungsauftrag. Darüber hinaus besitzen vier weitere Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag, jedoch wird dieser aktuell nicht wahrgenommen. 15 von 62 Krankenhäusern halten das Fachgebiet als Belegabteilung vor. Die Planung des Fachgebiets findet auf Ebene der Versorgungsgebiete statt. Eine Auswertung der Standorte zeigt, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten das Fachgebiet Frauenheilkunde vorgehalten wird, in den meisten Landkreisen und kreisfreien Städten sogar an zwei oder mehreren Standorten. Jedoch gibt es nicht an allen Standorten eine Geburtshilfe. Die 56.906 Entbindungen im Jahr 2017 wurden in 51 Krankenhäusern durchgeführt.

Im Jahr 2017 waren insgesamt 2.181 Betten im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe aufgestellt. Mit den vorhandenen Kapazitäten wurden 131.506 Patientinnen in 487.621 Berechnungs- und Belegungstagen behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 3,7 Tagen pro Patienten. Die Auslastung der aufgestellten Betten erreichte im Jahr 2017 einen Wert von 61,3 % und lag damit deutlich unter der Normauslastung von 75,0 %.

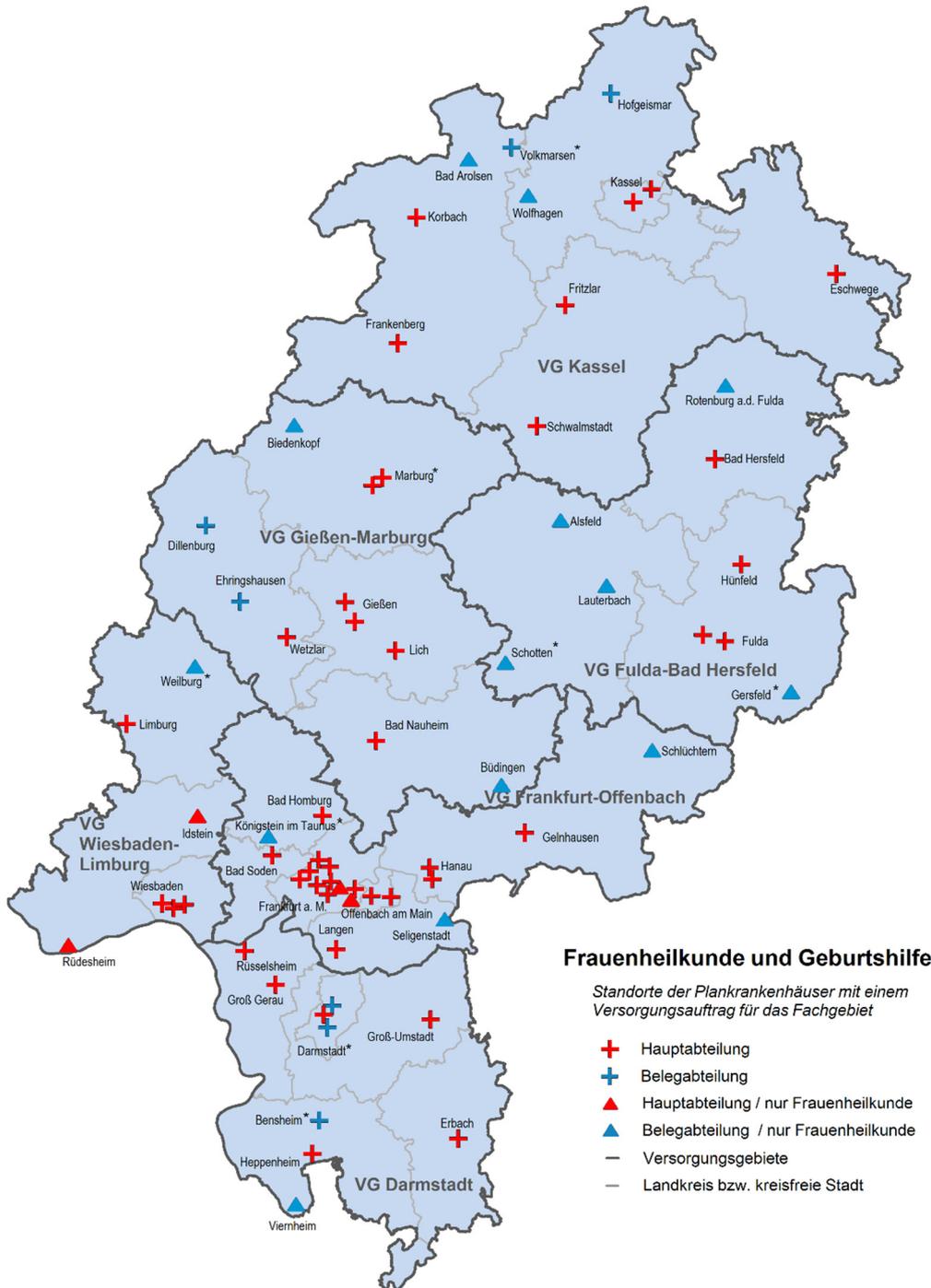
Werden die Leistungsdaten des Jahres 2017 mit den Leistungsdaten des Jahres 2007 verglichen, zeigt sich bei vielen Parametern ein deutlicher Rückgang. Die Zahl der Krankenhäuser, die das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorhalten, ist von 72 auf 62 gesunken. Die aufgestellten Betten haben sich um 516 Betten (-18,9 %) reduziert. Eine Reduktion in ähnlicher Größenordnung (-20,1 %) ist bei den Berechnungs- und Belegungstagen zu verzeichnen. Bei der durchschnittlichen Verweildauer zeigt sich ebenfalls ein abnehmender Trend. Sie ist von 5,0 Tagen auf 3,7 Tage gesunken. Hingegen hat sich die Fallzahl im Betrachtungszeitraum um 6,3 % erhöht. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag im beobachteten Zeitraum konstant auf einem niedrigen Niveau um die 60 %.

**Tabelle 9: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2007-2017**

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	72	2.697	126.883	628.552	5,0	63,9%	75,0%
2008	72	2.675	125.912	614.513	4,9	62,8%	75,0%
2009	72	2.645	125.434	590.706	4,7	61,2%	75,0%
2010	72	2.593	123.822	573.388	4,6	60,6%	75,0%
2011	68	2.468	122.418	549.566	4,5	61,0%	75,0%
2012	67	2.411	122.204	529.265	4,3	60,0%	75,0%
2013	67	2.337	123.397	510.396	4,1	59,8%	75,0%
2014	67	2.271	129.209	511.702	4,0	61,7%	75,0%
2015	65	2.201	128.242	501.784	3,9	62,5%	75,0%
2016	62	2.187	134.814	502.176	3,7	62,7%	75,0%
2017	62	2.181	131.506	487.621	3,7	61,3%	75,0%
2007-2017	-13,9%	-18,9%	6,3%	-20,1%	-24,8%	-1,7%	-
2016-2017	-4,6%	-0,6%	5,1%	0,1%	-4,8%	0,4%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 6: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

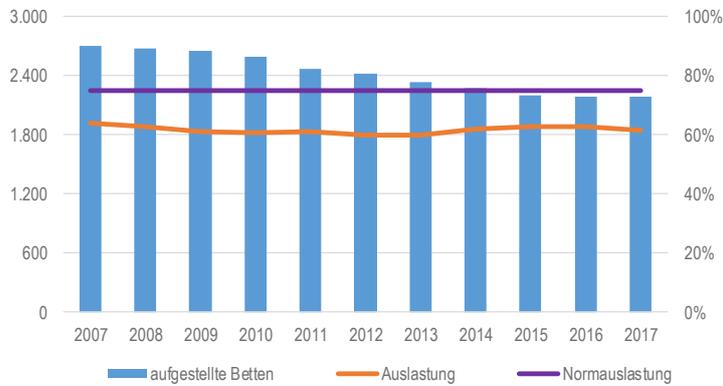


*Die Geburtshilfen in Volkmarsen, Bensheim, Darmstadt (Marienhospital) und Marburg (Diakonie-Krankenhaus Wehrda) wurden mittlerweile geschlossen. Ebenfalls geschlossen wurden die Frauenheilkunden in Marburg-Wehra, Schotten, Weilburg und Königstein. Das Klinikum Gersfeld meldet kein Leistungsgeschehen.

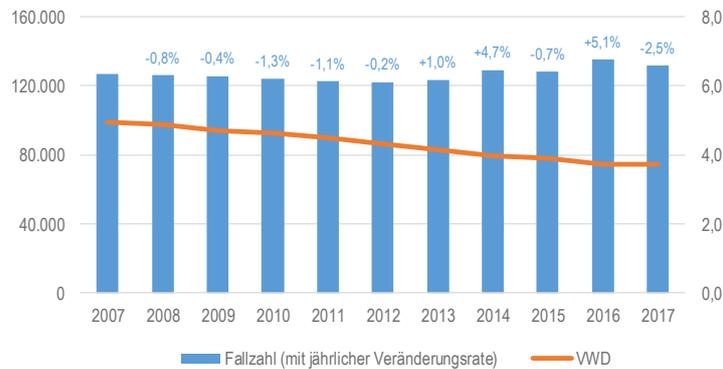
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 7: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2007-2017

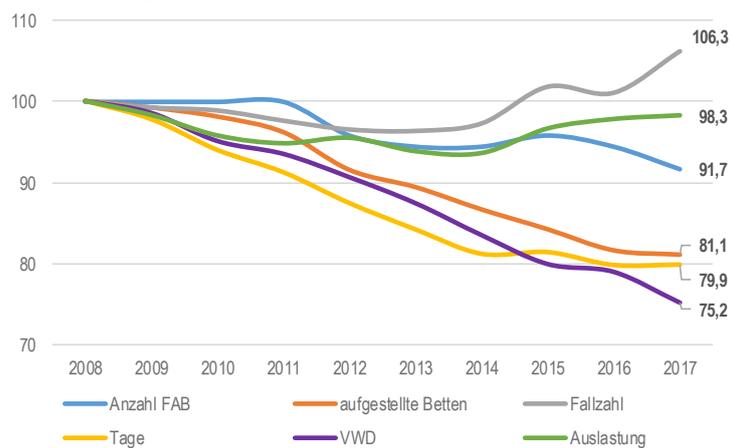
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die auf der demografischen Entwicklung basierende Prognose bis zum Jahr 2025 zeigt für Hessen insgesamt eine leicht sinkende Fallzahl (-1,5 %) sowie einen geringfügigen Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage (-0,8 %). Beim Bettenbedarf für das Jahr 2025 ergibt sich – gemessen an den aufgestellten Betten des Jahres 2017 – ein Rückgang von 13 Betten bzw. 0,6 %. Hinzu kommt, dass bereits im Jahr 2017 erhebliche Überkapazitäten von insgesamt 400 Betten bestanden. Dies liegt daran, dass die Normauslastung des Fachgebiets 75 % beträgt, die tatsächliche Auslastung im Jahr 2017 mit 61,3 % jedoch deutlich darunter lag. Diese im Jahr 2017 bestehenden Überkapazitäten in Kombination mit der prognostizierten rückläufigen Fallzahl bis 2025 führt dazu, dass bis zum Jahr 2025 die Zahl der Betten deutlich abgebaut werden kann. Regional betrachtet gibt es Unterschiede in den Versorgungsgebieten. So berechnet sich einzig für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg eine steigende Fallzahl (+2,3 %). Am stärksten wird die Fallzahl im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach zurückgehen (-2,8 %). Dort bestanden im Jahr 2017 auch die größten Überkapazitäten in Höhe von 107 Betten.

Tabelle 10: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	18.289	-430	-2,4%	68.019	-1.400	-2,1%	290	-5	-1,7%	-42
Fulda-Bad Hersfeld	9.672	-220	-2,3%	34.974	-700	-1,9%	173	-3	-1,7%	-45
Gießen-Marburg	19.759	+460	+2,3%	76.189	+2.100	+2,7%	360	+8	+2,2%	-82
Frankfurt-Offenbach	49.548	-1.370	-2,8%	180.605	-3.400	-1,9%	767	-12	-1,6%	-107
Wiesbaden-Limburg	13.994	-330	-2,3%	52.274	-700	-1,3%	237	-3	-1,3%	-46
Darmstadt	20.244	-100	-0,5%	75.560	+200	+0,3%	354	+1	+0,3%	-78
Hessen	131.506	-1.990	-1,5%	487.621	-3.900	-0,8%	2.181	-14	-0,6%	-400

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.4 Geriatrie

In Hessen verfügen 33 Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag im Fachgebiet Geriatrie. Das geriatrische Versorgungsangebot wird an 41 Standorten vorgehalten.

Grundlage für die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Hessen ist das aktuelle hessische Geriatriekonzept. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung erreichen immer mehr Personen ein hochbetagtes Alter. Im Gegensatz zu jüngeren Patienten liegt bei der hochbetagten Altersgruppe häufig Multimorbidität vor, d.h. mehrere Krankheiten, die sich wechselseitig bedingen bzw. beeinflussen. In diesen Fällen ist eine geriatrische Behandlung erforderlich, die auf die Multimorbidität fokussiert ist. Neben der organbezogenen Diagnostik und Therapie wird im Fachgebiet Geriatrie auch der sozialmedizinische Hintergrund und hiermit untrennbar verbunden die psychische Situation der Patienten berücksichtigt. Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft wird das Fachgebiet zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen.

Im Jahr 2017 waren im Fachgebiet Geriatrie in Hessen insgesamt 2.202 Betten aufgestellt. Es wurden 39.511 Patienten in insgesamt 679.461 Berechnungs- und Belegungstagen behandelt. Im Durchschnitt verbrachte ein geriatrischer Patient im Jahr 2017 17,2 Tage im Krankenhaus. Die Auslastung des Fachgebiets lag im Jahr 2017 bei durchschnittlich 84,5 %. Neben den vollstationären Strukturen halten 19 Krankenhäuser auch ein teilstationäres Angebot vor. Im Jahr 2017 waren 295 teilstationäre Plätze für die Behandlung von geriatrischen Patienten vorhanden.

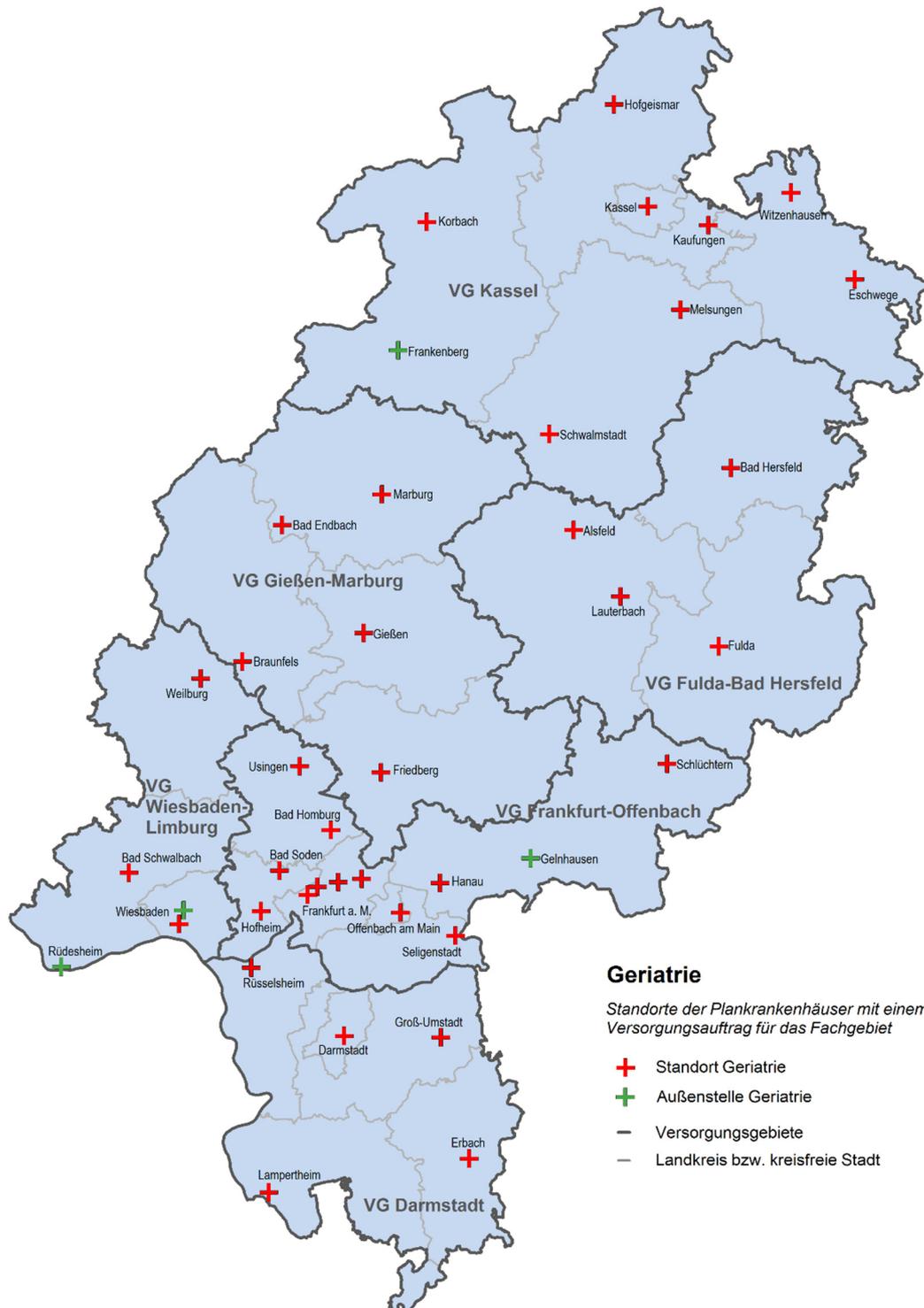
Zwischen 2007 und 2017 wurde das geriatrische Versorgungsangebot schrittweise ausgebaut. Insgesamt ergingen in diesem Zeitraum sechs zusätzliche Versorgungsaufträge an Krankenhäuser. Der Ausbau der geriatrischen Versorgungsstrukturen wird auch bei der Entwicklung der aufgestellten Betten sichtbar. Im Jahr 2017 waren 865 Betten mehr aufgestellt als noch im Jahr 2007. Dies entspricht einem Bettenausbau von 64,7 %. Sehr stark ist auch die Zahl der behandelten Patienten gestiegen. Der Zuwachs beträgt hier 86,0 %. Demgegenüber ist die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus im Betrachtungszeitraum um mehr als zwei Tage gesunken, und zwar von 19,5 auf 17,2 Tage (-11,7 %). Während in den Jahren 2011 bis 2015 die Auslastung der aufgestellten Betten bei 90 % lag, ist sie in den beiden Folgejahren wieder gesunken und erreicht im Jahr 2017 84,5 % und damit das Niveau des Jahres 2007.

Tabelle 11: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Geriatrie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	27	1.337	21.244	413.890	19,5	84,8%	90,0%
2008	30	1.476	24.350	459.782	18,9	85,1%	90,0%
2009	30	1.518	24.769	470.606	19,0	84,9%	90,0%
2010	31	1.574	26.399	497.755	18,9	86,6%	90,0%
2011	31	1.605	27.949	522.717	18,7	89,2%	90,0%
2012	31	1.650	29.121	544.710	18,7	90,2%	90,0%
2013	32	1.775	31.190	583.679	18,7	90,1%	90,0%
2014	33	1.867	33.499	610.116	18,2	89,5%	90,0%
2015	33	1.920	35.719	632.357	17,7	90,2%	90,0%
2016	33	2.098	38.131	655.943	17,2	85,4%	90,0%
2017	33	2.202	39.511	679.461	17,2	84,5%	90,0%
2007-2017	22,2%	64,7%	86,0%	64,2%	-11,7%	-0,3%	-
2016-2017	0,0%	5,0%	3,6%	3,6%	0,0%	-1,0%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 8: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Geriatrie



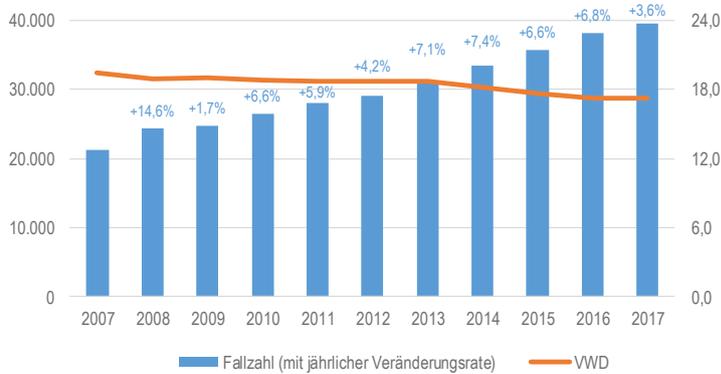
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 9: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Geriatrie 2007-2017

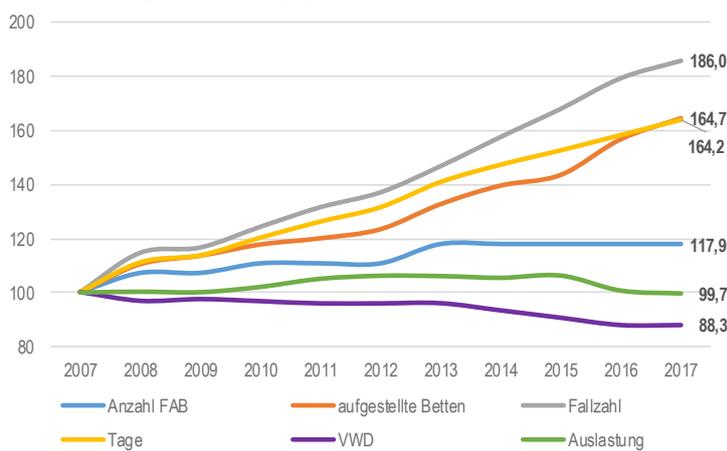
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

In folgender Tabelle sind die Prognosewerte für das Jahr 2025 dargestellt. Demnach kann im Fachgebiet Geriatrie aufgrund der demografischen Entwicklung weiterhin von einer ansteigenden Fallzahl und Anzahl an Behandlungstagen und somit auch Bettenzahl ausgegangen werden. Der prognostizierte Bettenbedarf liegt bei +356 Betten und damit 16,2 % über dem jetzigen Bettenbestand. Die Fallzahl wird sich gemäß der Prognose um 6.900 bzw. 17,3 % erhöhen und die Tage um 116.700 bzw. 17,3 %. Regional fallen die prognostizierten Zahlen unterschiedlich aus. Bei der Fallzahl (+22,1 %) und bei den Tagen (+21,9 %) ist der stärkste Anstieg im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach zu erwarten. Der demografiebedingte Bettenmehrbedarf beziffert sich hier auf 144 Betten. Allerdings waren im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach im Jahresdurchschnitt 2017 insgesamt 38 Betten nicht ausgelastet. Ein Teil des Bettenmehrbedarfs kann daher durch bestehende Überkapazitäten gedeckt werden. Das gleiche gilt für Hessen insgesamt: Dem errechneten Bettenmehrbedarf von 356 Betten bis zum Jahr 2025 stehen Überkapazitäten im Jahr 2017 von 133 Betten gegenüber.

Tabelle 12: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Geriatrie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	7.511	+1.000	+12,8%	131.282	+17.000	+13,0%	421	+52	+12,4%	-21
Fulda-Bad Hersfeld	3.392	+400	+11,8%	64.976	+7.800	+12,1%	227	+24	+10,6%	-29
Gießen-Marburg	6.460	+800	+12,6%	105.042	+13.500	+12,8%	362	+41	+11,3%	-42
Frankfurt-Offenbach	12.598	+2.800	+22,1%	215.310	+47.300	+21,9%	693	+144	+20,8%	-38
Wiesbaden-Limburg	5.038	+1.000	+19,2%	86.384	+16.400	+19,0%	265	+50	+18,9%	-2
Darmstadt	4.512	+900	+19,0%	76.467	+14.700	+19,2%	234	+45	+19,2%	-1
Hessen	39.511	+6.900	+17,3%	679.461	+116.700	+17,3%	2.202	+356	+16,2%	-133

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.5 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Über einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) verfügen in Hessen insgesamt 49 Krankenhäuser. Darunter befinden sich vier Krankenhäuser, die den Versorgungsauftrag nicht mehr wahrnehmen bzw. kein Leistungsgeschehen melden, sodass die Versorgung von 45 Krankenhäusern sichergestellt wird. Knapp drei Viertel der Krankenhäuser (33 von 45) halten das Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als Belegabteilung vor. 12 Krankenhäuser führen das Fachgebiet als Hauptabteilung. Das Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant. Die Standorte, an denen das Fachgebiet vorgehalten wird, verteilen sich flächendeckend in ganz Hessen. Mit Ausnahme des Rheingau-Taunus-Kreises und des Main-Taunus-Kreises ist in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt ein Versorgungsangebot vorhanden. Die Bevölkerung des Rheingau-Taunus-Kreises und des Main-Taunus-Kreises wird durch die umliegenden Krankenhäuser in Frankfurt und Wiesbaden mitversorgt.

Im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde wurden im Jahr 2017 insgesamt 40.696 Fälle in 141.276 Berechnungs- und Belegungstagen behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug zuletzt 3,5 Tage pro Fall. Für die Behandlung der Patienten waren hessenweit im Fachgebiet 639 Betten aufgestellt. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag bei 60,6 % und ist im Vergleich zu anderen Fachgebieten und im Vergleich zur Normauslastung von 75,0 % als niedrig einzuschätzen.

Ähnlich wie im Fachgebiet Augenheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe kam es zwischen den Jahren 2007 und 2017 zu einer Verringerung der Versorgungsaufträge und der Standorte. Während im Jahr 2007 noch 53 Krankenhäuser ein HNO-Fachgebiet führten, reduzierte sich die Zahl der Krankenhäuser bis zum Jahr 2017 auf 45. Parallel dazu ist die Anzahl der aufgestellten Betten zurückgegangen (-25,0 %). Trotz einer rückläufigen Anzahl an aufgestellten Betten verblieb die Auslastung auf einem relativ niedrigen Niveau. Dies liegt an dem ebenfalls stattgefundenen Rückgang der Fallzahl um 8,0 % und an dem sehr starken Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage um 29,8 %. Besonders die Krankenhäuser mit einer HNO-Belegabteilung sind von niedrigen Auslastungsraten betroffen. So lag im Jahr 2017 bei insgesamt neun Krankenhäusern die Auslastung der aufgestellten Betten unter 20 %. Die durchschnittliche Verweildauer hat sich von 4,6 Tagen im Jahr 2007 auf 3,5 Tage im Jahr 2017 abgesenkt.

Tabelle 13: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	53	852	44.217	201.307	4,6	64,7%	75,0%
2008	52	859	43.608	199.084	4,6	63,5%	75,0%
2009	51	855	44.114	199.557	4,5	63,9%	75,0%
2010	51	868	45.377	195.910	4,3	61,7%	75,0%
2011	50	847	46.169	192.025	4,2	62,1%	75,0%
2012	48	819	46.944	189.365	4,0	63,3%	75,0%
2013	48	770	45.827	177.587	3,9	63,2%	75,0%
2014	47	738	45.758	173.482	3,8	64,2%	75,0%
2015	47	727	44.887	164.899	3,7	62,1%	75,0%
2016	48	690	42.646	153.193	3,6	60,8%	75,0%
2017	45	639	40.696	141.276	3,5	60,6%	75,0%
2007-2017	-15,1%	-25,0%	-8,0%	-29,8%	-23,7%	-6,4%	-
2016-2017	-6,3%	-7,4%	-4,6%	-7,8%	-3,4%	-0,4%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 10: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

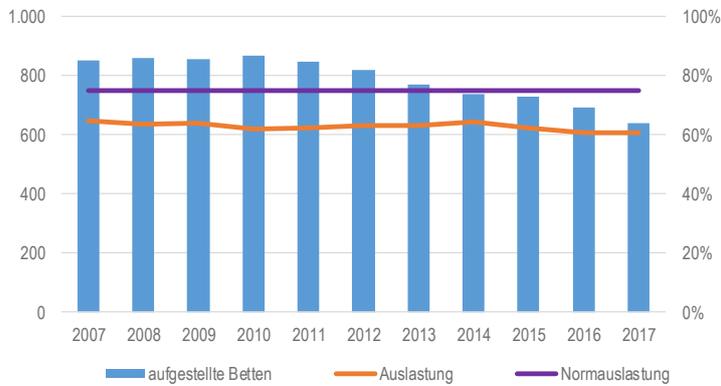


*Die Krankenhäuser in Bensheim, Wetzlar und Fritzlar nehmen den Versorgungsauftrag derzeit nicht wahr. Die DKD Helios Klinik Wiesbaden meldet kein Leistungsgeschehen.

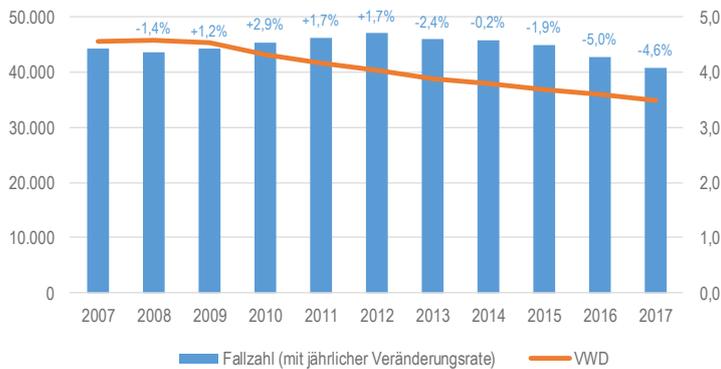
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
 Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 11: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 2007-2017

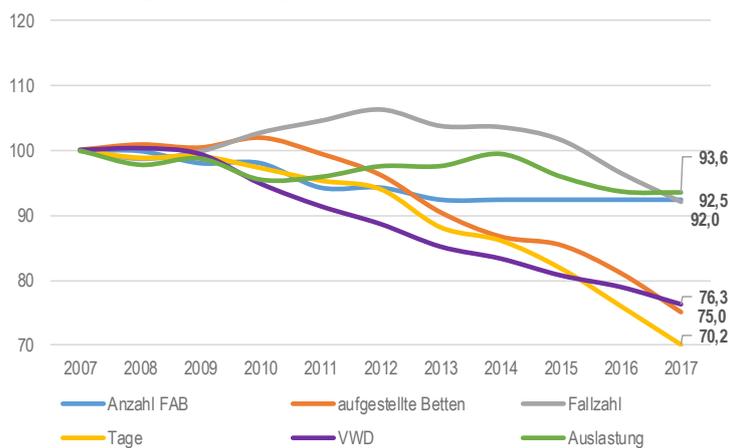
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die Bedarfsprognose für das Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zeigt für Hessen insgesamt eine leicht ansteigende Fallzahlentwicklung (+1,8 %). Auf Ebene der Versorgungsgebiete ist mit Ausnahme von Kassel (-1,4 %) überall eine ansteigende Fallzahl festzustellen. Die Berechnungs- und Belegungstage werden gemäß der Prognose ebenso leicht ansteigen (Hessen insgesamt: +2,6 %). Aus dieser Entwicklung lassen sich hessenweit 13 zusätzliche Betten bis zum Jahr 2025 ableiten. Demgegenüber stehen Überkapazitäten in allen hessischen Versorgungsgebieten von insgesamt 124 Betten im Jahr 2017, d.h. es ist bis 2025 eine Bettenreduktion möglich. Dies liegt an der geringen Auslastungsrate des Fachgebiets. Mit einer Rate von 60,6% lag die Bettenauslastung im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im Jahr 2017 deutlich unterhalb der krankenhaushausplanerisch vorgegebenen Normauslastung von 75 %.

Tabelle 14: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	5.970	-90	-1,4%	22.878	-100	-0,4%	107	0	0,0%	-23
Fulda-Bad Hersfeld	4.604	+40	+1,0%	18.181	+300	+1,8%	88	+1	+1,1%	-22
Gießen-Marburg	7.457	+160	+2,1%	27.974	+800	+2,7%	104	+3	+2,9%	-2
Frankfurt-Offenbach	12.087	+450	+3,7%	35.152	+1.600	+4,6%	185	+6	+3,2%	-57
Wiesbaden-Limburg	4.743	+90	+2,0%	17.277	+600	+3,6%	70	+2	+2,9%	-7
Darmstadt	5.835	+80	+1,5%	19.814	+440	+2,2%	85	+2	+2,4%	-13
Hessen	40.696	+730	+1,8%	141.276	+3.640	+2,6%	639	+14	+2,2%	-124

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.6 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Über einen Versorgungsauftrag im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten verfügen in Hessen ausschließlich die großen Krankenhäuser mit einem umfassenden Leistungsangebot – namentlich die Universitätskliniken in Frankfurt, Gießen und Marburg sowie das Klinikum Kassel, die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden, das Klinikum Darmstadt und das Klinikum Hanau. Letztere führt das Fachgebiet als Belegabteilung. Das Fachgebiet wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant. In den Versorgungsgebieten Frankfurt-Offenbach sowie Gießen-Marburg gibt es jeweils zwei Anbieter. Im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld wird das Fachgebiet nicht vorgehalten.

Bei dem Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten handelt es sich um ein relativ kleines Fachgebiet, vergleichbar mit dem Fachgebiet der Augenheilkunde. Im Jahr 2017 wurden hessenweit 14.778 Patienten in 77.599 Berechnungs- und Belegungstagen im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 5,3 Tage. In den sieben Krankenhäusern waren zusammengenommen 292 Betten aufgestellt, die zu 72,8 % ausgelastet waren. Die Normauslastung des Fachgebiets liegt bei 80,0 %.

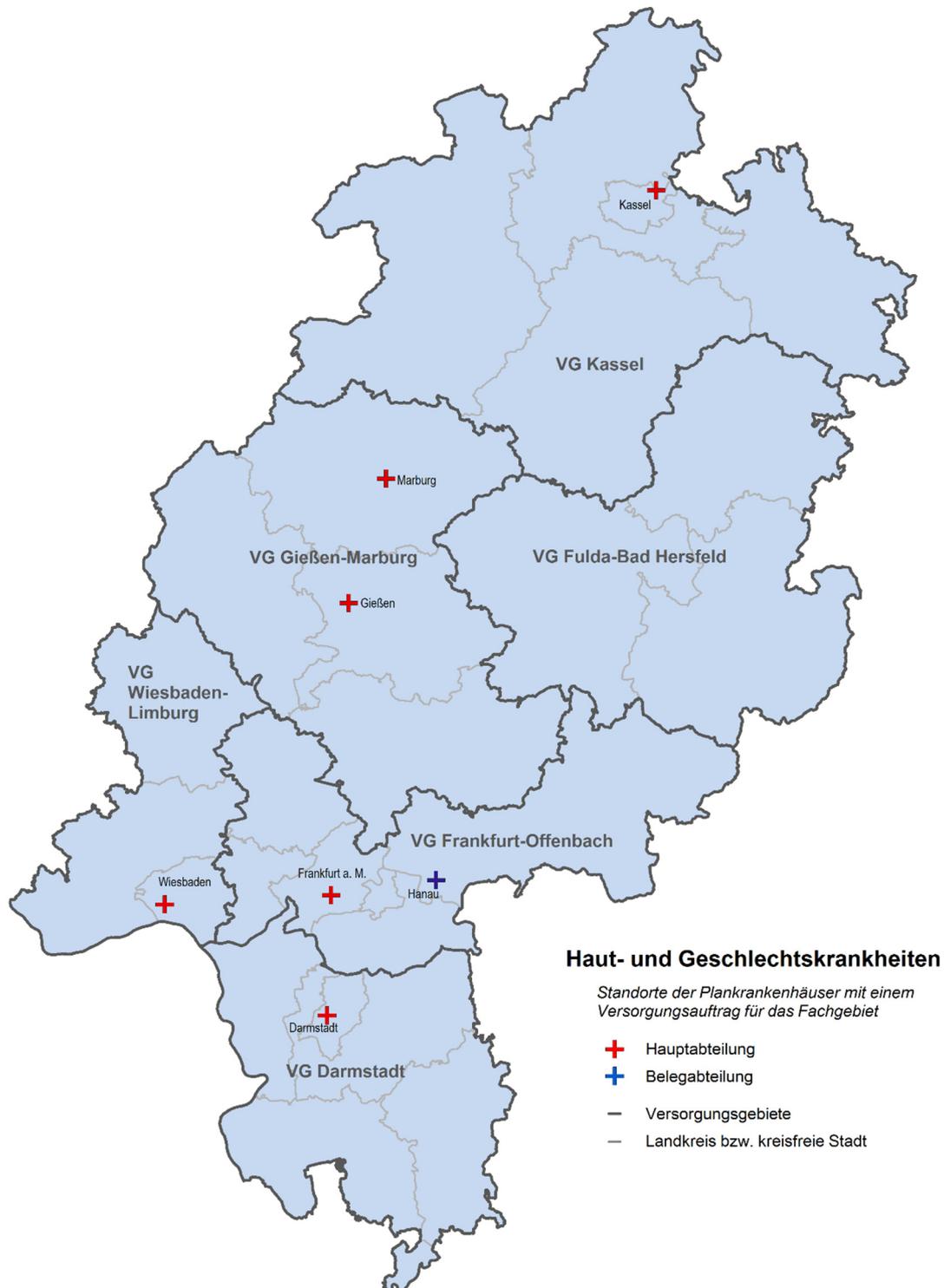
Die Zahl der Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag ist in den Jahren 2007 bis 2017 identisch geblieben. Die Zahl der aufgestellten Betten war hingegen rückläufig (-6,4 %). Obwohl im Jahr 2017 mehr Fälle behandelt wurden als im Jahr 2007 (+12,4 %), kam es aufgrund einer stark rückläufigen durchschnittlichen Verweildauer zu einem Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage (-10,8 %). Die Verweildauer ist in den Jahren 2007 bis 2017 im Vergleich mit anderen Fachgebieten verhältnismäßig stark von 6,6 Tage auf 5,3 Tage gesunken. Während im Jahr 2012 eine Auslastung der aufgestellten Betten (77,8 %) in Nähe der Normauslastung (80,0 %) erreicht wurde, ist sie in den Folgejahren – trotz einer Reduktion der aufgestellten Betten – gesunken und erreicht im Jahr 2017 nur noch 72,8 %.

Tabelle 15: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Haut- und Geschlechtskrankheiten 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	7	312	13.148	86.990	6,6	76,4%	80,0%
2008	7	309	13.420	86.782	6,5	76,7%	80,0%
2009	7	343	14.353	94.447	6,6	75,4%	80,0%
2010	7	334	14.591	94.687	6,5	77,7%	80,0%
2011	7	329	14.584	90.545	6,2	75,4%	80,0%
2012	7	304	14.614	86.566	5,9	77,8%	80,0%
2013	7	300	13.793	81.057	5,9	74,0%	80,0%
2014	7	300	14.134	76.770	5,4	70,1%	80,0%
2015	7	295	13.953	75.912	5,4	70,5%	80,0%
2016	7	287	14.283	77.068	5,4	73,4%	80,0%
2017	7	292	14.778	77.599	5,3	72,8%	80,0%
2007-2017	0,0%	-6,4%	12,4%	-10,8%	-20,6%	-4,7%	-
2016-2017	0,0%	1,7%	3,5%	0,7%	-2,7%	-0,8%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

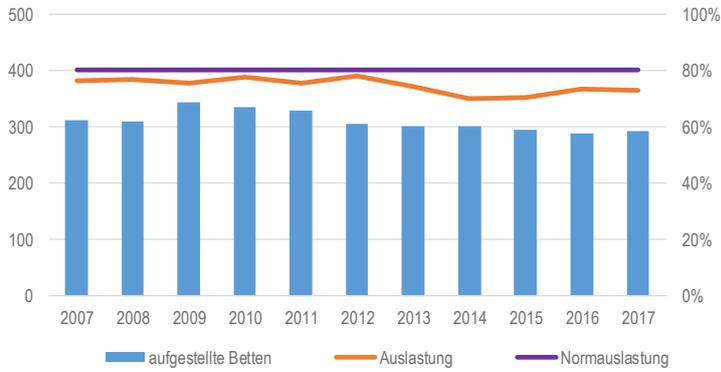
Abbildung 12: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten



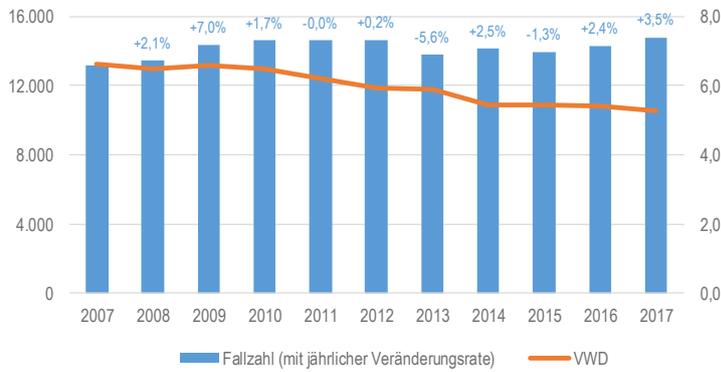
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 13: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten 2007-2017

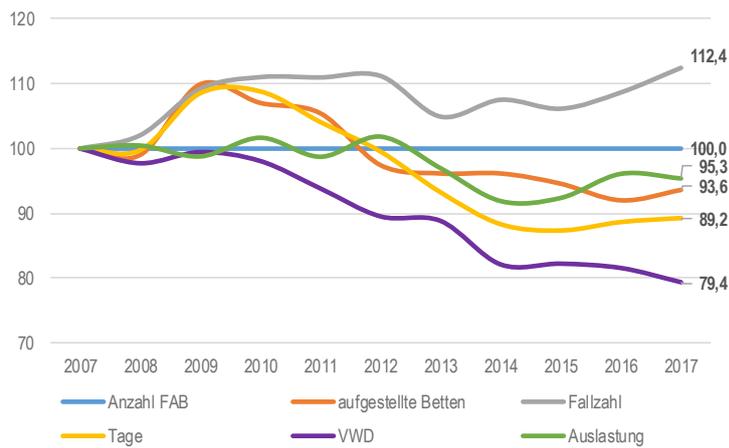
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Die Bedarfsprognose für das Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten zeigt hessenweit eine steigende Anzahl an Fällen (+7,4 %) sowie eine steigende Anzahl an Berechnungs- und Belegungstagen (+8,0 %). Für die einzelnen Versorgungsgebiete berechnet sich bei der Fallzahl ein Anstieg zwischen +4,9 % im Versorgungsgebiet Kassel und +10,7 % im Versorgungsgebiet Darmstadt. Der Anstieg der Berechnungs- und Belegungstage fällt jeweils etwas höher aus. Um den Fallzahlanstieg und den Anstieg der Berechnungs- und Belegungstage bis zum Jahr 2025 auffangen zu können, werden hessenweit 21 zusätzliche Betten benötigt. Demgegenüber stehen Überkapazitäten von 26 Betten im Jahr 2017. Der zusätzliche Bettenbedarf kann daher durch bestehende Kapazitäten gedeckt werden. Dies gilt auch mit Blick auf die Versorgungsgebiete Kassel, Frankfurt-Offenbach und Darmstadt. Hingegen muss in den Versorgungsgebieten Wiesbaden-Limburg und Gießen-Marburg die Zahl der Betten bis 2025 erhöht werden, weil im Jahr 2017 keine Überkapazitäten, sondern sogar Unterkapazitäten bestanden.

Tabelle 16: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	3.577	+170	+4,9%	18.602	+960	+5,2%	79	+3	+3,8%	-15
Fulda-Bad Hersfeld	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gießen-Marburg	3.258	+170	+5,2%	16.556	+940	+5,7%	56	+3	+5,4%	+1
Frankfurt-Offenbach	3.425	+290	+8,4%	20.862	+1.900	+9,2%	78	+7	+9,0%	-7
Wiesbaden-Limburg	1.814	+170	+9,6%	9.365	+990	+10,6%	23	+3	+13,0%	+9
Darmstadt	2.704	+290	+10,7%	12.214	+1.410	+11,5%	56	+5	+8,9%	-14
Hessen	14.778	+1.090	+7,4%	77.599	+6.200	+8,0%	292	+21	+7,2%	-26

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.7 Herzchirurgie

Das Fachgebiet Herzchirurgie wurde erstmals im Jahr 2002 als eigenständiges Fachgebiet in der Krankenhausplanung berücksichtigt. Seitdem haben sieben Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag. Dabei handelt es sich um die drei Universitätskliniken in Frankfurt, Gießen und Marburg, um das Klinikum Kassel, um das Klinikum Fulda sowie um die beiden Fachkrankenhäuser Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim und Herz- und Kreislaufzentrum in Rotenburg an der Fulda. Im Gegensatz zu den meisten anderen Fachgebieten wird die Herzchirurgie nicht auf Ebene der Versorgungsgebiete, sondern für das Bundesland Hessen insgesamt geplant. Innerhalb des Fachgebiets Herzchirurgie hat das Universitätsklinikum Gießen als einziges Krankenhaus in Hessen die Berechtigung zur herzchirurgischen Behandlung von Kindern.

Im Jahr 2017 wurden 9.629 Patienten in einem der sieben Krankenhäuser mit herzchirurgischem Versorgungsauftrag behandelt. Für die Behandlung sind insgesamt 112.601 Berechnungs- und Belegungstage angefallen. Die durchschnittliche Verweildauer des Fachgebiets lag im Jahr 2017 bei 11,7 Tagen pro Fall. Hessenweit waren im Fachgebiet Herzchirurgie 402 Betten aufgestellt, die zu 76,7 % ausgelastet waren. Die Normauslastung des Fachgebiets liegt bei 85 %.

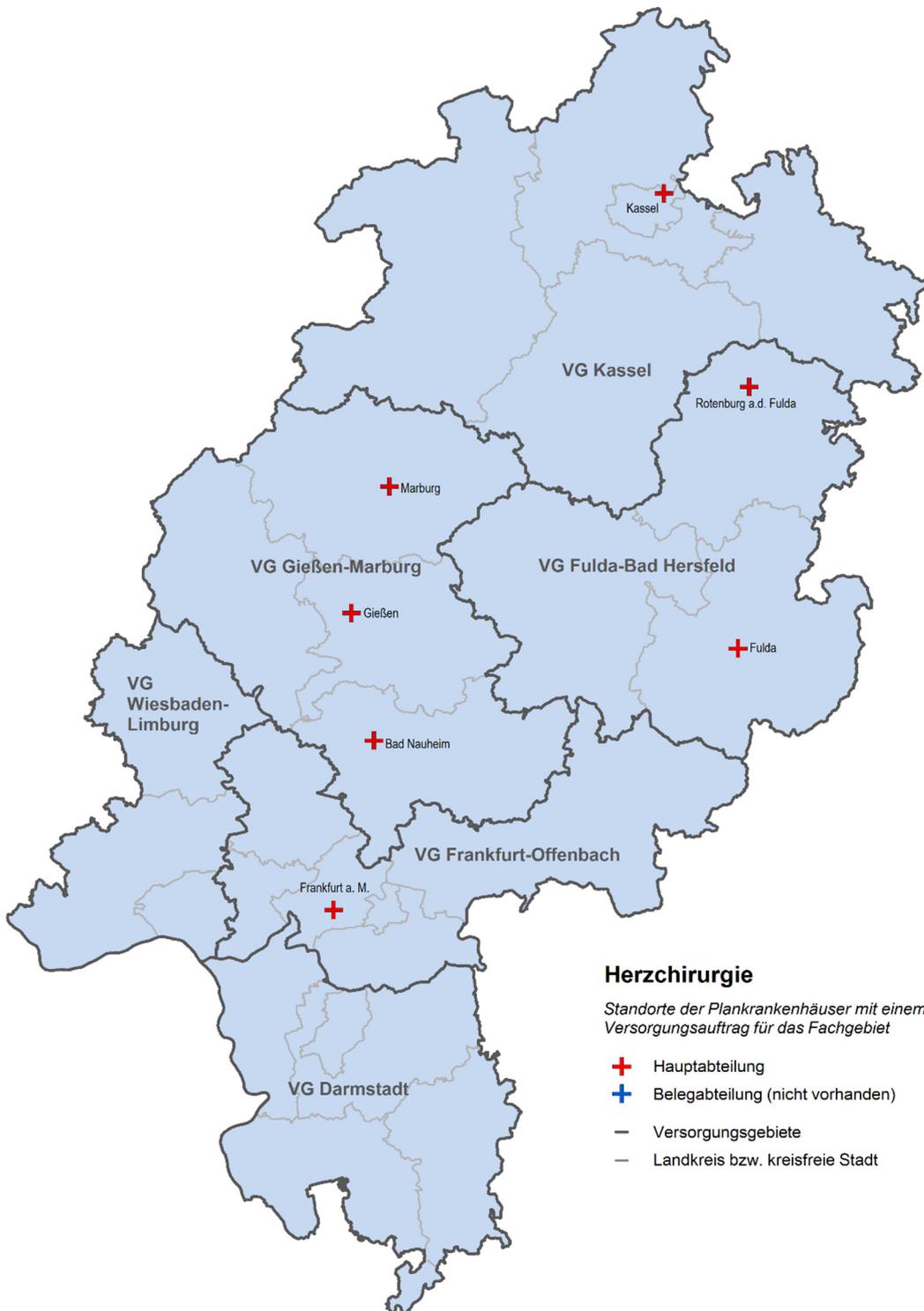
In den Jahren 2007 bis 2017 wurde die Zahl der aufgestellten Betten sukzessive erhöht (+13,2 %). Im Gegensatz zum allgemeinen Trend ist die Zahl der behandelten Fälle allerdings um 8,1 % zurückgegangen. Die Berechnungs- und Belegungstage haben hingegen um 1,0 % zugenommen. Ebenfalls entgegen dem allgemeinen Trend hat sich im Fachgebiet Herzchirurgie die durchschnittliche Verweildauer erhöht und nicht reduziert. Von ehemals 10,7 Tagen ist sie auf 11,7 Tage je Patienten angestiegen. Die Auslastung der aufgestellten Betten befand sich in den Jahren 2007 bis 2015 häufig nahe an der Normauslastung des Fachgebiets und in einigen Jahren sogar darüber. Für die Jahre 2016 und 2017 liegt die Auslastung hingegen deutlich unterhalb der Normauslastung von 85 %. Dies ist auf eine rückläufige Fallzahl in den beiden Jahren zurückzuführen.

Tabelle 17: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Herzchirurgie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	7	355	10.472	111.537	10,7	86,1%	85,0%
2008	7	341	10.393	115.989	11,2	92,9%	85,0%
2009	7	341	10.967	116.041	10,6	93,2%	85,0%
2010	7	332	10.582	113.439	10,7	93,6%	85,0%
2011	7	352	10.586	111.668	10,5	86,9%	85,0%
2012	7	376	10.872	121.178	11,1	88,1%	85,0%
2013	7	431	10.926	124.881	11,4	79,4%	85,0%
2014	7	408	11.261	127.444	11,3	85,6%	85,0%
2015	7	413	10.950	125.720	11,5	83,4%	85,0%
2016	7	410	10.252	118.665	11,6	79,1%	85,0%
2017	7	402	9.629	112.601	11,7	76,7%	85,0%
2007-2017	0,0%	13,2%	-8,1%	1,0%	9,8%	-10,8%	-
2016-2017	0,0%	-2,0%	-6,1%	-5,1%	1,0%	-3,0%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

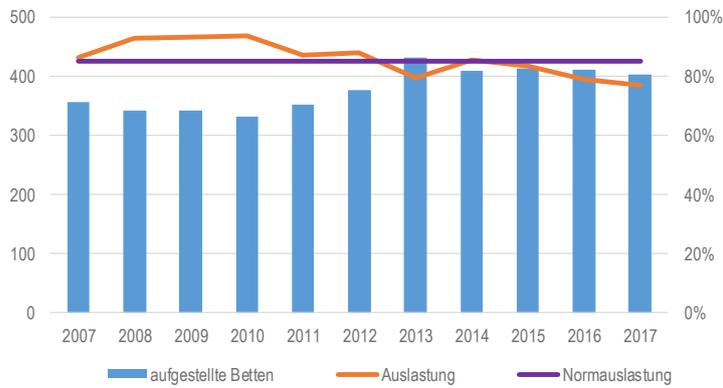
Abbildung 14: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Herzchirurgie



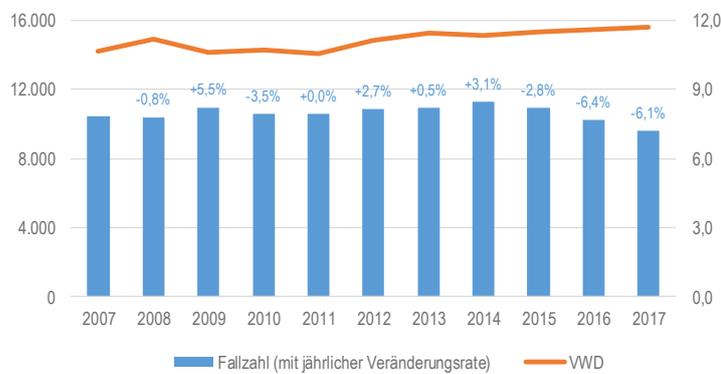
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 15: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Herzchirurgie 2007-2017

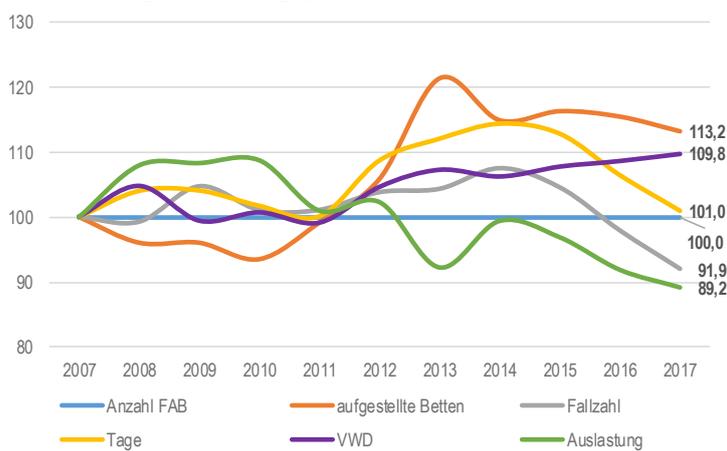
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Aufgrund der demografischen Entwicklung berechnet sich für das Fachgebiet Herzchirurgie eine Erhöhung der Fallzahl um ca. 780 Fälle bzw. 8,1 % bis zum Jahr 2025. Die Berechnungs- und Belegungstage steigen um 9.100 Tage bzw. um 8,1 % an. Daraus abgeleitet berechnet sich bis zum Jahr 2025 ein zusätzlicher Bettenbedarf in Höhe von 30 Betten. Durch bestehende Überkapazitäten in Höhe von 39 Betten kann der demografiebedingte Mehrbedarf an Betten jedoch gedeckt werden. Da das Fachgebiet hessenweit geplant wird, erfolgt die Ausweisung der Prognosewerte für die Versorgungsgebiete nur nachrichtlich.

Tabelle 18: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Herzchirurgie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	982	+50	+5,4%	17.843	+1.000	+5,6%	51	+3	+5,9%	+7
Fulda-Bad Hersfeld	2.907	+230	+7,8%	28.765	+2.400	+8,5%	97	+8	+8,2%	-4
Gießen-Marburg	4.598	+380	+8,2%	49.481	+4.200	+8,5%	179	+14	+7,8%	-20
Frankfurt-Offenbach	1.142	+120	+10,3%	16.512	+1.500	+9,3%	75	+5	+6,7%	-22
Wiesbaden-Limburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Darmstadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	9.629	+780	+8,1%	112.601	+9.100	+8,1%	402	+30	+7,5%	-39

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.8 Innere Medizin

Die Innere Medizin ist nach der Chirurgie das Fachgebiet, das am häufigsten an den hessischen Plankrankenhäusern vorgehalten wird. Am aktuellen Rand verfügen 80 Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag in diesem Fachgebiet, wobei ein Krankenhaus kein Leistungsgeschehen im Jahr 2017 meldet. Entsprechend dispers ist die räumliche Verteilung in Hessen. In jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt sind meist mehrere Krankenhäuser mit dem Fachgebiet der Inneren Medizin vorhanden. Das Fachgebiet wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant.

Im Jahr 2017 wurden über eine halbe Million Patienten in rund 3 Millionen Behandlungstagen internistisch behandelt. Gemessen an der Fallzahl und den Behandlungstagen stellt die Innere Medizin das größte Fachgebiet in Hessen dar. Die Behandlung eines Patienten hat im Jahr 2017 durchschnittlich 5,6 Tage in Anspruch genommen. Insgesamt waren für die stationäre internistische Versorgung der Bevölkerung 10.267 Betten aufgestellt. Mit einer aktuellen Auslastungsrate von 79,2 % lag die Auslastung der Betten geringfügig unterhalb der für das Fachgebiet gültigen Normauslastung von 80 %.

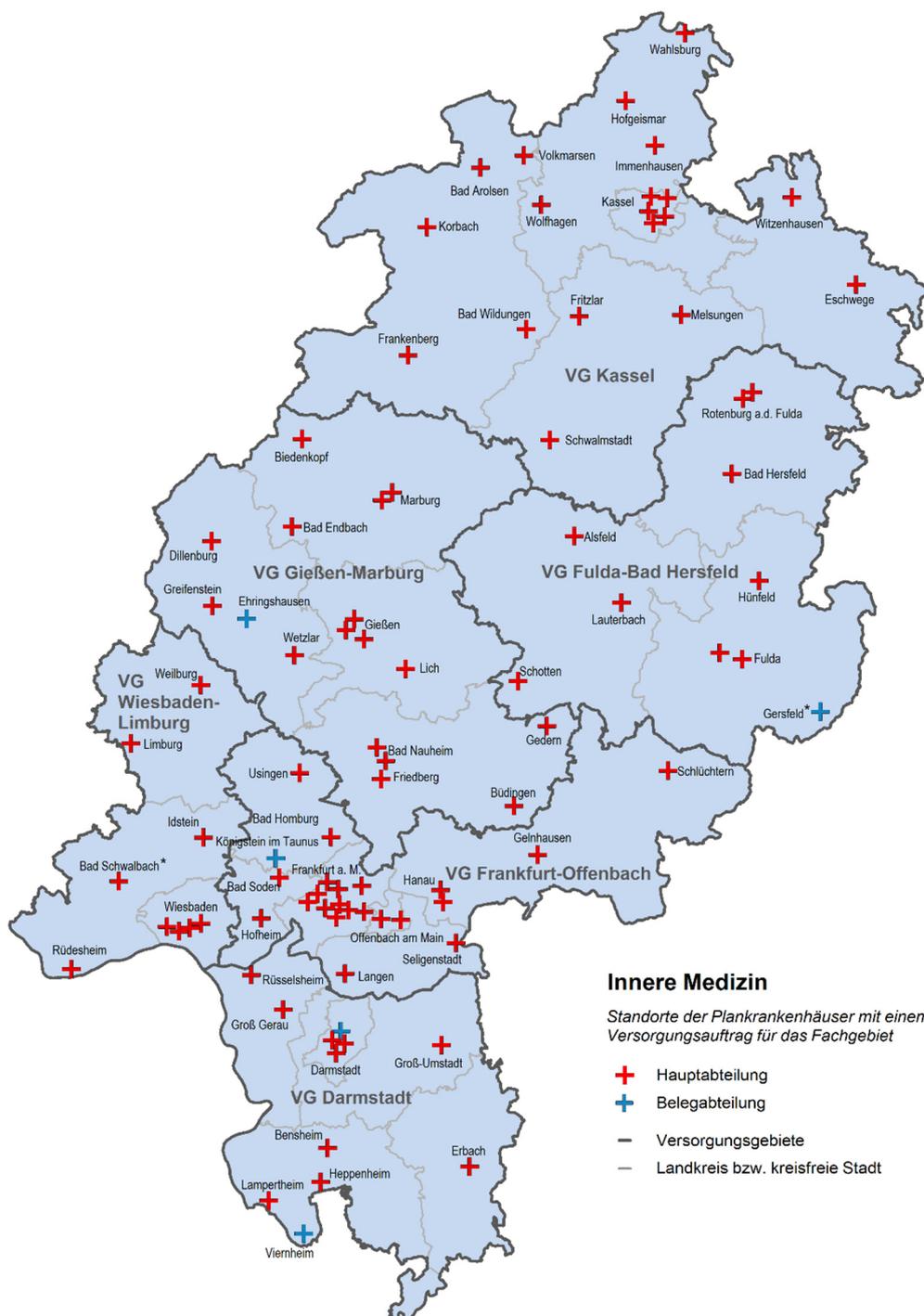
Im Zeitverlauf von 2007 bis 2017 hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit dem Fachgebiet Innere Medizin um 13 Krankenhäuser reduziert. Die aufgestellten Betten sind hingegen von 9.954 im Jahr 2007 auf 10.267 im Jahr 2017 leicht anstiegen. Bei der Fallzahl zeigt sich ein starker Anstieg zwischen den Jahren 2007 und 2017. Im Jahr 2017 wurden rund 94.500 Fälle mehr behandelt als im Jahr 2007. Das entspricht einem Anstieg von 21,9 %. Die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage ist im selben Zeitraum nur um 3,6 % angestiegen. Ursächlich dafür war die kontinuierlich sinkende durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet Innere Medizin. Während im Jahr 2007 ein Patient durchschnittlich knapp eine Woche im Krankenhaus behandelt wurde, sind im Jahr 2017 nur noch 5,6 Tage angefallen. Die Auslastungsraten im betrachteten Zeitraum bewegen sich in einem Korridor von 78,8 % bis 81,1 %.

Tabelle 19: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Innere Medizin 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	92	9.954	432.798	2.865.519	6,6	78,9%	80,0%
2008	91	9.743	440.604	2.833.784	6,4	79,5%	80,0%
2009	88	9.756	451.333	2.888.089	6,4	81,1%	80,0%
2010	89	9.901	463.297	2.909.772	6,3	80,5%	80,0%
2011	84	10.057	481.800	2.928.047	6,1	79,8%	80,0%
2012	84	10.150	493.169	2.948.805	6,0	79,4%	80,0%
2013	83	10.085	500.903	2.955.214	5,9	80,3%	80,0%
2014	83	10.193	517.960	2.975.496	5,7	80,0%	80,0%
2015	80	10.254	522.037	2.974.524	5,7	79,5%	80,0%
2016	80	10.234	531.069	2.950.167	5,6	78,8%	80,0%
2017	79	10.267	527.376	2.967.460	5,6	79,2%	80,0%
2007-2017	-14,1%	3,1%	21,9%	3,6%	-15,0%	0,4%	-
2016-2017	-1,3%	0,3%	-0,7%	0,6%	1,3%	0,5%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 16: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Innere Medizin

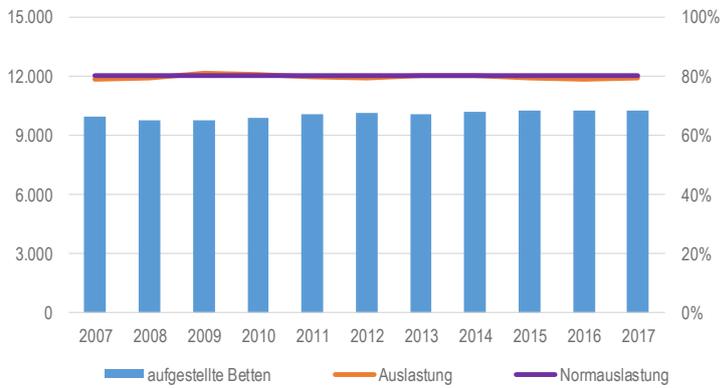


*Das Krankenhaus in Bad Schwalbach (Helios) wurde mittlerweile geschlossen. Das Klinikum Gersfeld meldet kein Leistungsgeschehen.

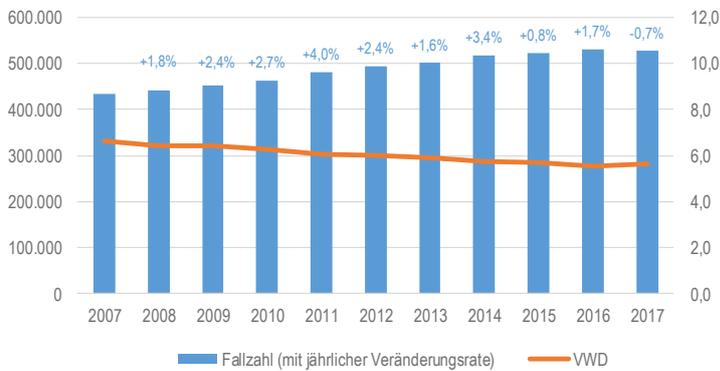
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
 Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 17: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Innere Medizin 2007-2017

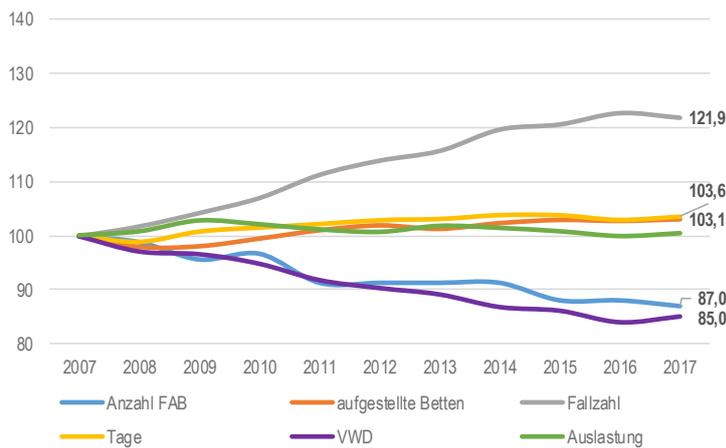
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Der Fallzahlenanstieg der letzten Jahre wird sich im Fachgebiet Innere Medizin gemäß der Bedarfsprognose auch zukünftig weiter fortsetzen. Für Hessen ergibt sich bis zum Jahr 2025 ein Fallzahlenanstieg von 9,6 %, was im Vergleich zu anderen Fachgebieten einen überproportionalen Anstieg bedeutet. Noch stärker fällt der Anstieg der Berechnungs- und Belegungstage aus (+11,3 %). Entsprechend ist in Zukunft von einer wieder ansteigenden durchschnittlichen Verweildauer auszugehen. Im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach kommt es gemäß der Prognose zum größten Fallzahlenanstieg (+12,4 %) und im Versorgungsgebiet Kassel zum kleinsten Fallzahlenanstieg (+5,8 %). Während in vielen anderen Fachgebieten der in der Prognose ermittelte zusätzliche Bettenbedarf durch die Nutzung von bestehenden Überkapazitäten kompensiert werden kann, ist dies beim Fachgebiet Innere Medizin nicht der Fall: Rund 1.150 prognostizierte Betten stehen Überkapazitäten von 105 Betten gegenüber. Bis zum Jahr 2025 muss daher eine deutliche Kapazitätsausweitung im Fach Innere Medizin stattfinden.

Tabelle 20: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Innere Medizin

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	89.370	+5.150	+5,8%	492.362	+37.000	+7,5%	1.640	+127	+7,7%	+46
Fulda-Bad Hersfeld	51.925	+3.160	+6,1%	293.708	+22.200	+7,6%	1.040	+76	+7,3%	-34
Gießen-Marburg	106.651	+8.230	+7,7%	589.640	+53.900	+9,1%	2.189	+185	+8,5%	-170
Frankfurt-Offenbach	167.799	+20.830	+12,4%	972.824	+140.700	+14,5%	3.244	+482	+14,9%	+88
Wiesbaden-Limburg	43.825	+4.600	+10,5%	247.697	+30.000	+12,1%	852	+103	+12,1%	-4
Darmstadt	67.806	+8.020	+11,8%	371.229	+51.400	+13,8%	1.302	+176	+13,5%	-31
Hessen	527.376	+49.990	+9,6%	2.967.460	+335.200	+11,3%	10.267	+1.149	+11,2%	-105

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.9 Kinder- und Jugendmedizin

In Hessen gibt es 18 Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin. Davon liegen sechs Krankenhäuser im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach. Die Versorgungsgebiete Wiesbaden, Darmstadt und Gießen-Marburg verfügen über jeweils drei und Fulda-Bad Hersfeld über zwei Krankenhäuser. Im Versorgungsgebiet Kassel gibt es ein Krankenhaus für Kinder- und Jugendmedizin. Das Fachgebiet wird von den elf größten hessischen Krankenhäusern mit einem umfassenden Leistungsangebot vorgehalten. Hinzu kommen die Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen, das Clementine Kinderhospital in Frankfurt, das GPR Klinikum in Rüsselsheim, das Alice Hospital am Standort der Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret sowie das St. Vincenz-Krankenhaus in Limburg und die Lahn-Dill-Kliniken in Dillenburg. Das letztgenannte Krankenhaus hielt das Fachgebiet im Jahr 2017 als Belegabteilung vor. Eine Sonderrolle nimmt die DKD Helios Klinik Wiesbaden ein, die für das Fachgebiet einen Versorgungsauftrag ausschließlich für teilstationäre Leistungen innehat. Das Fachgebiet wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant.

Insgesamt wurden im Jahr 2017 im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin 64.902 Kinder und Jugendliche in 305.397 Berechnungs- und Belegungstagen vollstationär behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 4,7 Tage. In den 18 Krankenhäusern waren insgesamt 1.196 Betten aufgestellt, die zu 70,0 % ausgelastet waren. Somit liegt die Auslastungsrate unterhalb der vorgegebenen Normauslastung von 75 %.

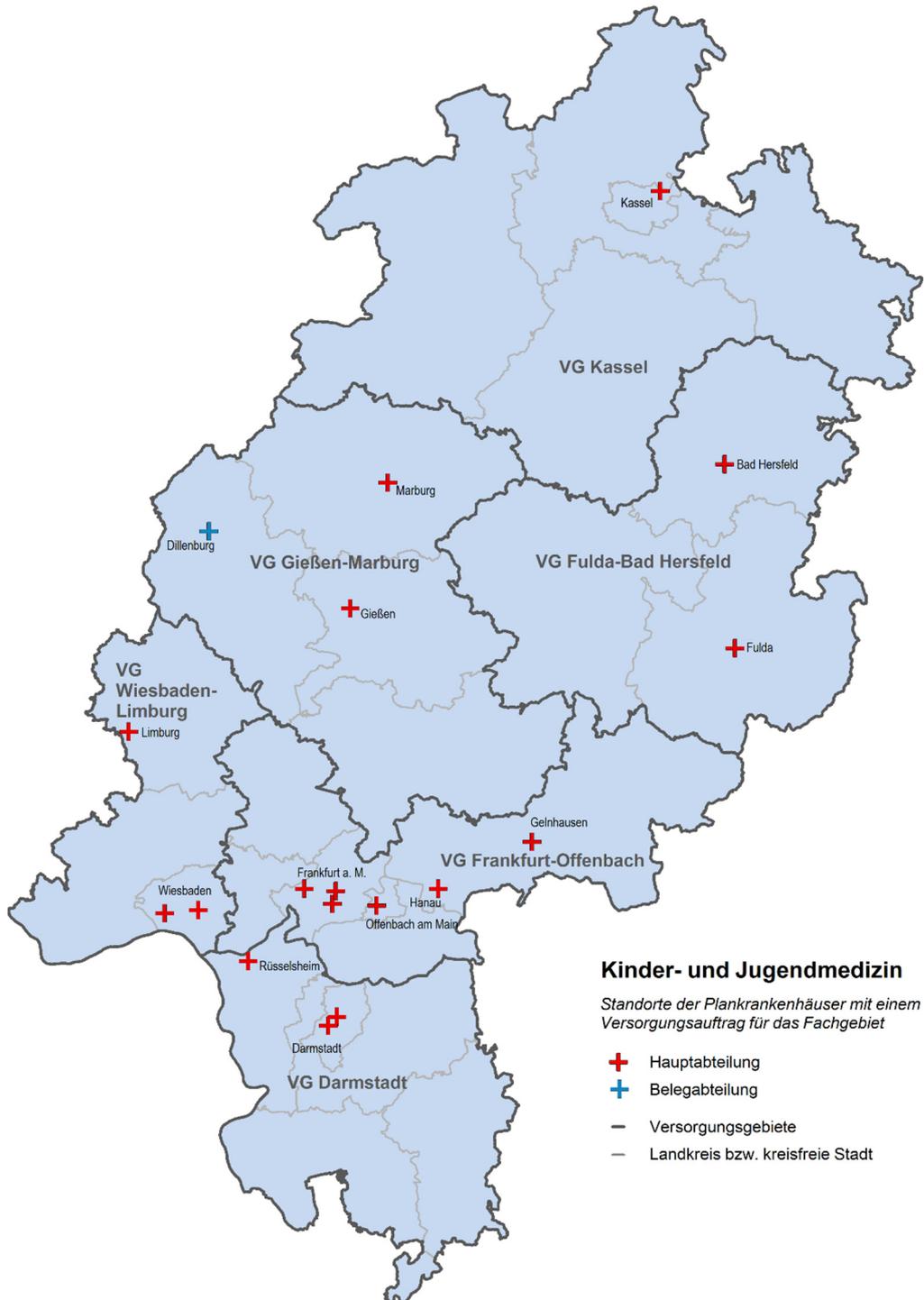
In den Jahren 2007 bis 2017 ist die Anzahl der Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin von 19 auf 18 Krankenhäuser gesunken. Die Anzahl der aufgestellten Betten hat sich hingegen um 9,0 % erhöht. Die Fallzahl verzeichnet eine ansteigende Tendenz und ist um 11,6 % gestiegen. Die Berechnungs- und Belegungstage sind über den gesamten Betrachtungszeitraum gesehen ebenfalls angestiegen (+3,1 %), unterliegen aber im Zeitverlauf einigen Schwankungen. Die durchschnittliche Verweildauer hat im Betrachtungszeitraum um 7,6 % (von 5,1 auf 4,7 Tage) abgenommen. Im Jahr 2007 wurde eine Bettenauslastung von 74,0 % erreicht. In den Folgejahren ist diese allerdings gesunken und liegt am aktuellen Rand bei 70,0 %.

**Tabelle 21: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Kinder- und Jugendmedizin
2007-2017**

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	19	1.097	58.148	296.118	5,1	74,0%	75,0%
2008	19	1.138	58.193	281.838	4,8	67,7%	75,0%
2009	18	1.131	57.997	283.205	4,9	68,6%	75,0%
2010	18	1.129	59.659	293.018	4,9	71,1%	75,0%
2011	18	1.114	59.883	290.546	4,9	71,5%	75,0%
2012	18	1.145	62.351	297.572	4,8	71,0%	75,0%
2013	18	1.156	63.861	296.796	4,6	70,3%	75,0%
2014	18	1.155	65.734	311.302	4,7	73,8%	75,0%
2015	18	1.165	64.735	298.934	4,6	70,3%	75,0%
2016	18	1.182	65.793	312.226	4,7	72,2%	75,0%
2017	18	1.196	64.902	305.397	4,7	70,0%	75,0%
2007-2017	-5,3%	9,0%	11,6%	3,1%	-7,6%	-5,4%	-
2016-2017	0,0%	1,2%	-1,4%	-2,2%	-0,8%	-3,1%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

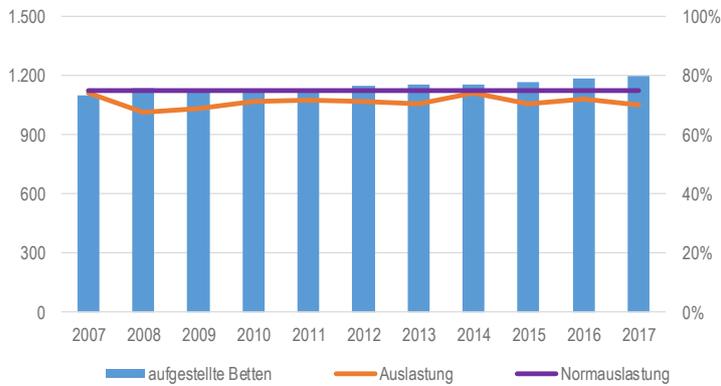
Abbildung 18: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin



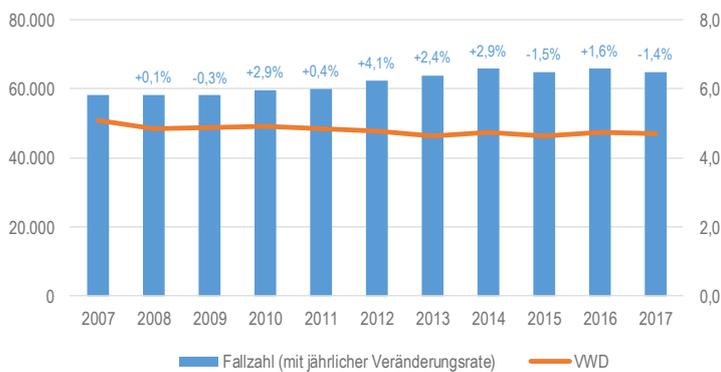
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 19: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin 2007-2017

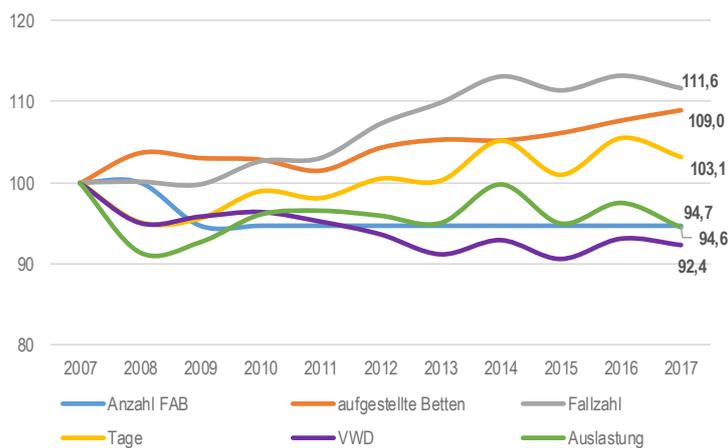
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die ausschließlich auf der demografischen Entwicklung basierende Bedarfsprognose für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin zeigt hessenweit eine geringfügig sinkende Anzahl an Fällen (-0,6 %). Auffällig ist, dass der Rückgang im Versorgungsgebiet Fulda-Bad-Hersfeld relativ betrachtet am deutlichsten ausfällt (-3,6 %), während in den Versorgungsgebieten Gießen-Marburg und Darmstadt eine positive Entwicklung prognostiziert wird. Die Berechnungs- und Belegungstage sind über alle Versorgungsgebiete rückläufig. Hier weist das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg (-5,0 %) den größten Rückgang auf. Der Bettenbedarf im Fachgebiet wird hessenweit gemäß der Prognose bis zum Jahr 2025 um rund 24 Betten bzw. um 2 % sinken. Mit Blick auf die einzelnen Versorgungsgebiete zeigt sich ebenfalls meist nur ein leicht sinkender bzw. ein stabiler Bettenbedarf. Während im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach bis zum Jahr 2025 insgesamt 11 Betten reduziert werden können, bleibt die Bettenzahl in den Versorgungsgebieten Gießen-Marburg und Darmstadt auf dem Niveau des Jahres 2017. Darüber hinaus bestehen in allen Versorgungsgebieten Überkapazitäten, die sich hessenweit auf 80 Betten summieren. Entgegen der Fallzahlentwicklung der Jahre 2007 bis 2017 (+11,6 %), fällt die zukünftige Veränderung der Fallzahl hessenweit leicht rückläufig aus. Dies liegt ursächlich an den rein auf der demografischen Entwicklung basierenden Annahmen der Prognose. Durch den zukünftig zu erwartenden Rückgang der Zahl der Kinder und Jugendlichen bis zum Jahr 2025 in Hessen wird sich bei gleich bleibender Krankenhaushäufigkeit dieser Gruppe entsprechend auch die Fallzahl reduzieren.

Tabelle 22: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	6.566	-140	-2,1%	32.681	-1.500	-4,5%	131	-5	-3,8%	-12
Fulda-Bad Hersfeld	7.534	-270	-3,6%	24.958	-1.100	-4,5%	99	-4	-4,0%	-8
Gießen-Marburg	11.312	+100	+0,9%	59.542	0	-0,0%	252	0	0,0%	-34
Frankfurt-Offenbach	26.325	-90	-0,4%	132.651	-3.100	-2,3%	500	-11	-2,2%	-15
Wiesbaden-Limburg	4.545	-100	-2,3%	22.331	-1.100	-5,0%	89	-4	-4,5%	-7
Darmstadt	8.620	+130	+1,5%	33.234	0	-0,1%	125	0	0,0%	-4
Hessen	64.902	-370	-0,6%	305.397	-6.800	-2,2%	1.196	-24	-2,0%	-80

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.10 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Für die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sind in Hessen acht Krankenhäuser zuständig. In jedem Versorgungsgebiet gibt es mindestens ein Krankenhaus, das eine Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhält: Im Versorgungsgebiet Kassel das Vitos Klinikum Kurhessen in Bad Emstal, im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld das Herz-Jesu-Krankenhaus in Fulda, im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach das Universitätsklinikum Frankfurt und die voraussichtlich im Jahr 2020 eröffnende Klinik in Hanau, im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg das Vitos Klinikum Rheingau in Eltville und im Versorgungsgebiet Darmstadt das Vitos Klinikum Riedstadt. Im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg bestehen drei Versorgungsaufträge. Zuständig sind hier das Vitos Klinikum Gießen-Marburg in Marburg, das Universitätsklinikum Marburg und das Vitos Klinikum Herborn. In den jeweiligen krankenhauserplanerischen Feststellungsbescheiden sind zudem Pflichtversorgungsgebiete auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte festgelegt, die nicht identisch mit der Abgrenzung der jeweiligen Versorgungsgebiete sind. Teilweise gehören zu den Pflichtversorgungsgebieten – in Absprache mit benachbarten Bundesländern – auch außerhessische Landkreise. Die Planung des Fachgebiets findet losgelöst von den Pflichtversorgungsgebieten auf Ebene der Versorgungsgebiete statt. Neben den Hauptstandorten halten die meisten Krankenhäuser ein tagesklinisches Angebot auch in anderen Städten und Gemeinden vor. Ebenfalls haben einige Krankenhäuser ein stationäres Angebot an Außenstellen eingerichtet.

Für die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken besteht die regionale Versorgungsverpflichtung. Ziel der Versorgung ist eine wohnortnahe Versorgung, auch wenn dies im stationären Bereich aufgrund der geringeren Fallzahlen nicht so wie in der Erwachsenenpsychiatrie gewährleistet werden kann. Eine qualitativ gute Behandlung muss die Lebensverhältnisse in Gänze berücksichtigen. Eine nicht unerhebliche Anzahl der Patientinnen und Patienten befindet sich parallel in Maßnahmen der Jugendhilfe, so dass hier Kooperation und Abstimmung erforderlich sind.

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 4.446 Kinder und Jugendliche in den acht genannten Krankenhäusern psychiatrisch behandelt. Die Zahl der Behandlungstage lag bei 163.263 Tagen. Im Durchschnitt verbrachte ein Kind bzw. ein Jugendlicher 36,7 Tage im Krankenhaus. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist somit nach dem Fachgebiet der Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Fachrichtung mit der längsten Verweildauer. Die Auslastung der 504 aufgestellten Betten lag bei 88,7 % und damit in Höhe der für das Fachgebiet gültigen Normauslastung von 90 %. Die Auslastung bezogen auf die ausgewiesenen Planbetten erreichte dagegen nur einen Wert von 81,6 %. Die Differenz bei den Auslastungsraten ist darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2017 44 Betten weniger aufgestellt als planerisch ausgewiesen waren.

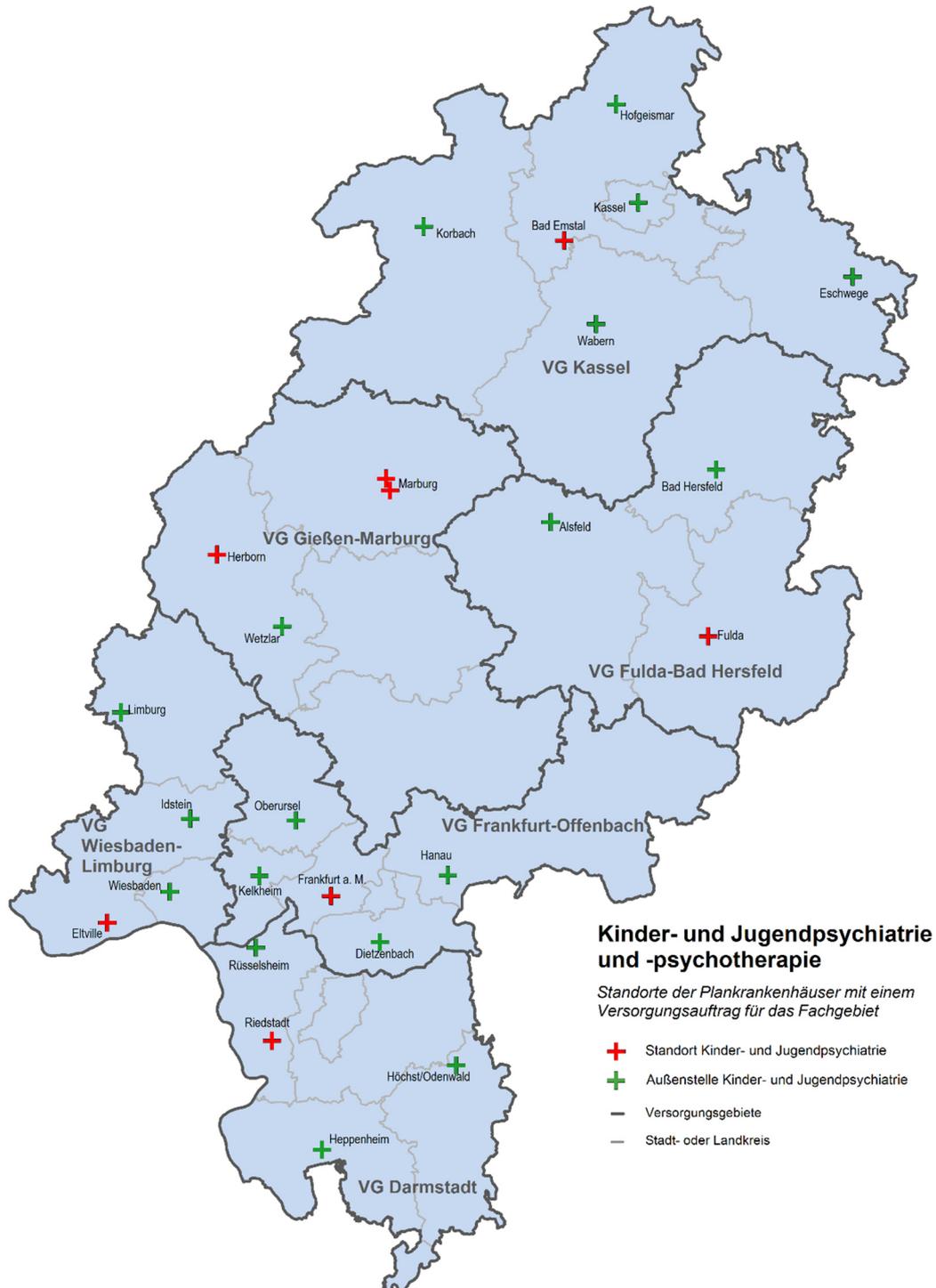
Im Zeitraum von 2007 bis 2017 hat sich die Anzahl der Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht verändert. Das Fachgebiet ist gekennzeichnet durch eine starke Leistungsausweitung. Die Anzahl der aufgestellten Betten ist im betrachteten Zeitraum um 21,2 % und die Anzahl der Planbetten um 39,8 % gestiegen. Bei der Fallzahl ist ein Anstieg um 1.731 Fälle bzw. um 63,8 % zu beobachten. Ein Anstieg ist ebenfalls bei den Behandlungstagen (+36,2 %) zu verzeichnen. Bei der durchschnittlichen Verweildauer ist im Zeitverlauf eine kontinuierliche Abnahme festzustellen. Im Jahr 2017 lag die Verweildauer fast acht Tage niedriger als noch im Jahr 2007. Die Auslastung der aufgestellten Betten schwankte bis zum Jahr 2012 um den Wert 80 %, ist zuletzt jedoch auf 88,7 % angestiegen und erreichte damit nahezu das Niveau der Normauslastung von 90 %. Die Auslastung der planerisch ausgewiesenen Betten schwankt im Zeitverlauf ebenfalls um die 80 %-Marke. Die angestrebte Normauslastung von 90 % wird hier nicht erreicht.

Tabelle 23: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Planbetten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung aufgestellte Betten	Auslastung Planbetten	Normauslastung
2007	8	416	392	2.715	119.891	44,2	79,0%	83,8%	90,0%
2008	8	404	392	2.774	122.941	44,3	83,1%	85,7%	90,0%
2009	8	416	392	2.979	125.262	42,0	82,5%	87,5%	90,0%
2010	8	434	489	3.057	126.466	41,4	79,8%	70,9%	90,0%
2011	8	464	489	3.169	131.173	41,4	77,5%	73,5%	90,0%
2012	8	484	486	3.532	143.268	40,6	80,9%	80,5%	90,0%
2013	8	490	486	3.768	150.274	39,9	84,0%	84,7%	90,0%
2014	8	507	548	3.993	156.914	39,3	84,8%	78,4%	90,0%
2015	8	513	548	4.189	165.897	39,6	88,6%	82,9%	90,0%
2016	8	490	548	4.365	163.896	37,5	91,4%	81,7%	90,0%
2017	8	504	548	4.446	163.263	36,7	88,7%	81,6%	90,0%
2007-2017	0,0%	21,2%	39,8%	63,8%	36,2%	-16,8%	12,4%	-2,6%	-
2016-2017	0,0%	2,9%	0,0%	1,9%	-0,4%	-2,2%	-2,9%	-0,1%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

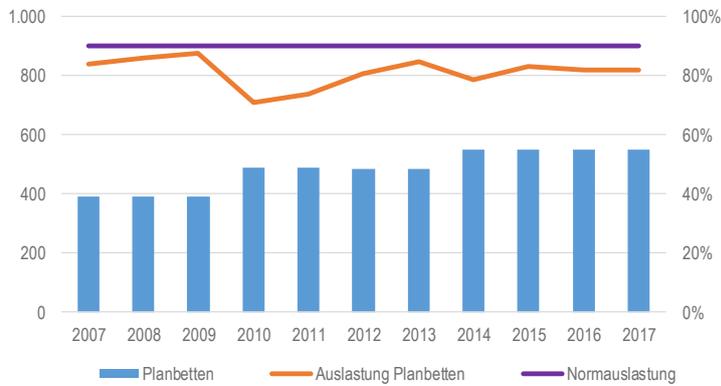
Abbildung 20: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



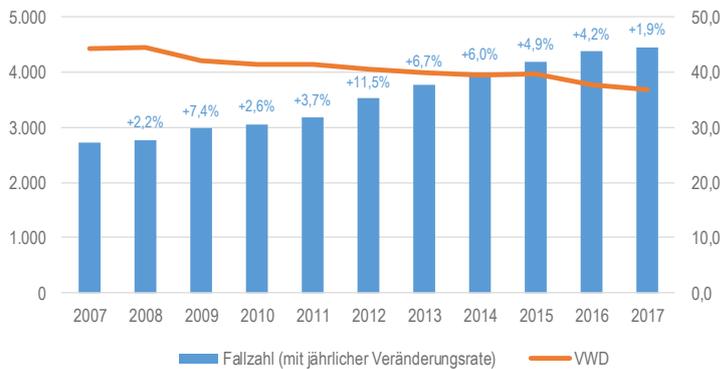
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 21: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2007-2017

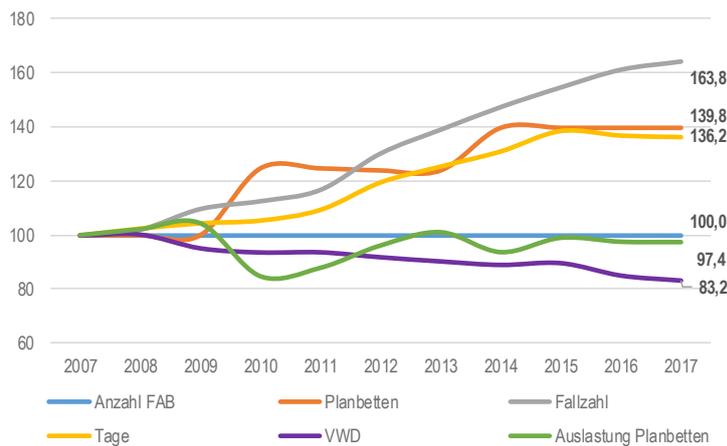
A: Anzahl und Auslastung Planbetten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die Prognose bis zum Jahr 2025 zeigt im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für Hessen insgesamt eine sinkende Fallzahl (-2,8 %) sowie einen Rückgang der Behandlungstage (-1,9 %). Daraus folgt ein geringerer Bettenbedarf für das Jahr 2025 (-10 Betten bzw. -2,0 %). Zusätzlich bestehen – bezogen auf die ausgewiesenen Planbetten – noch Überkapazitäten in Höhe von 51 Betten. Es ist jedoch zu beachten, dass nicht alle Planbetten tatsächlich aufgestellt sind. Die zukünftig zu erwartende Entwicklung der Fallzahl und der Behandlungstage stellt eine komplette Trendumkehr zur vergangenen Entwicklung dar, die von stark wachsenden Fallzahlen und Behandlungstagen sowie von einem Ausbau der Kapazitäten geprägt war. Die Prognoseergebnisse müssen jedoch vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass bei der Prognose ausschließlich die demografische Entwicklung der Zahl der Kinder und Jugendlichen bis zum Jahr 2025 berücksichtigt wird. Dabei wird die Krankenhaushäufigkeit des Jahres 2017 auch für die Folgejahre auf dem gleichen Niveau fortgeschrieben. Annahmen über eine sich verändernde Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit von Jugendlichen und Kindern werden aufgrund der Unsicherheit in der Vorhersage nicht getroffen. Insgesamt ist laut Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2025 von einer sinkenden Anzahl an Kindern und Jugendlichen auszugehen. Dies schlägt sich entsprechend in der Fallzahlprognose, der Prognose der Behandlungstage sowie im Bettenbedarf nieder. So weisen alle Versorgungsgebiete – mit Ausnahme des Versorgungsgebiets Frankfurt-Offenbach – einen rückläufigen Trend auf. Besonders betroffen sind die nord- und mittelhessischen Versorgungsgebiete, da hier der Rückgang der Anzahl an Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Südhessen stärker ausfällt.

Tabelle 24: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	682	-40	-6,6%	19.455	-1.000	-5,0%	60	-3	-5,0%	-1
Fulda-Bad Hersfeld	314	-30	-8,8%	14.241	-900	-6,2%	51	-3	-5,9%	-8
Gießen-Marburg	1.650	-110	-6,9%	66.738	-3.800	-5,6%	192	-12	-6,3%	-36
Frankfurt-Offenbach	406	+60	+15,5%	16.024	+2.400	+15,2%	47	+7	+14,9%	+5
Wiesbaden-Limburg	658	0	-0,4%	22.556	0	-0,0%	69	0	0,0%	0
Darmstadt	736	0	-0,5%	24.249	+200	+0,8%	85	+1	+1,2%	-11
Hessen	4.446	-120	-2,8%	163.263	-3.100	-1,9%	504	-10	-2,0%	-51

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Planbetten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) ausgewiesen waren. Von den 548 ausgewiesenen Planbetten waren 504 aufgestellt. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.11 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Das Fachgebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie wird in Hessen aktuell von elf Krankenhäusern vorgehalten. Sechs Krankenhäuser führen das Fachgebiet als Hauptabteilung. Darunter zählen das Rote-Kreuz-Krankenhaus Kassel, das Universitätsklinikum Gießen, das Universitätsklinikum Marburg, das Universitätsklinikum Frankfurt, das Sana Klinikum in Offenbach sowie die Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) in Wiesbaden. Das zuletzt genannte Krankenhaus hat den Versorgungsauftrag für das Fachgebiet erst im Jahr 2017 erhalten. Da für das Jahr 2017 von der HSK noch kein Leistungsgeschehen für das Fachgebiet gemeldet wurde, fehlt dieses Krankenhaus in den nachfolgenden Tabellen und Abbildungen. Fünf weitere Krankenhäuser betreiben das Fachgebiet als reine Belegabteilung. Darüber hinaus gibt es zwei weitere Krankenhäuser, die über einen krankenhaushausplanerischen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet verfügen, diesen aber aktuell nicht wahrnehmen. Bei den beiden Krankenhäusern handelt es sich um das Klinikum Kassel und die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in Frankfurt. Das Fachgebiet wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant. In jedem Versorgungsgebiet ist ein Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie vorhanden, wobei im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg noch kein Leistungsgeschehen gemeldet wurde.

Das Fachgebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie stellt mit 6.826 behandelten Patienten im Jahr 2017 ein relativ kleines Fachgebiet in Hessen dar. Die Patienten wurden in 27.862 Tagen behandelt. Daraus ergibt sich eine Verweildauer am aktuellen Rand von 4,1 Tagen. Die Auslastung lag im Jahr 2017 bei 74,1 % und damit unterhalb der Normauslastung von 80 %. Mit Blick auf die einzelnen Krankenhäuser zeigen sich unterschiedliche Auslastungsraten. Vor allem kleinere Belegabteilungen verzeichnen nur eine sehr geringe Auslastung, während größere Abteilungen zum Teil Auslastungen von über 90 % aufweisen.

Im Zeitverlauf ist die Zahl der aufgestellten Betten (+27,2 %) deutlich angestiegen. Ebenfalls ein positiver Entwicklungstrend ist bei der Fallzahl zu verzeichnen, die sich seit 2007 um 61,5 % erhöht hat (+2.600 Fälle). Die Anzahl der Behandlungstage ist mit einer Steigerung von 29,0 % nicht ganz so stark angewachsen (+6.862 Tage). Entsprechend hat sich im Zeitverlauf von 2007 bis 2017 die durchschnittliche Verweildauer um 1,0 Tage auf 4,1 Tage reduziert. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag im Betrachtungszeitraum viele Jahre unterhalb von 70 %. Sie ist im Jahr 2016 jedoch auf 72,5 % und im Jahr 2017 auf 74,1 % angestiegen.

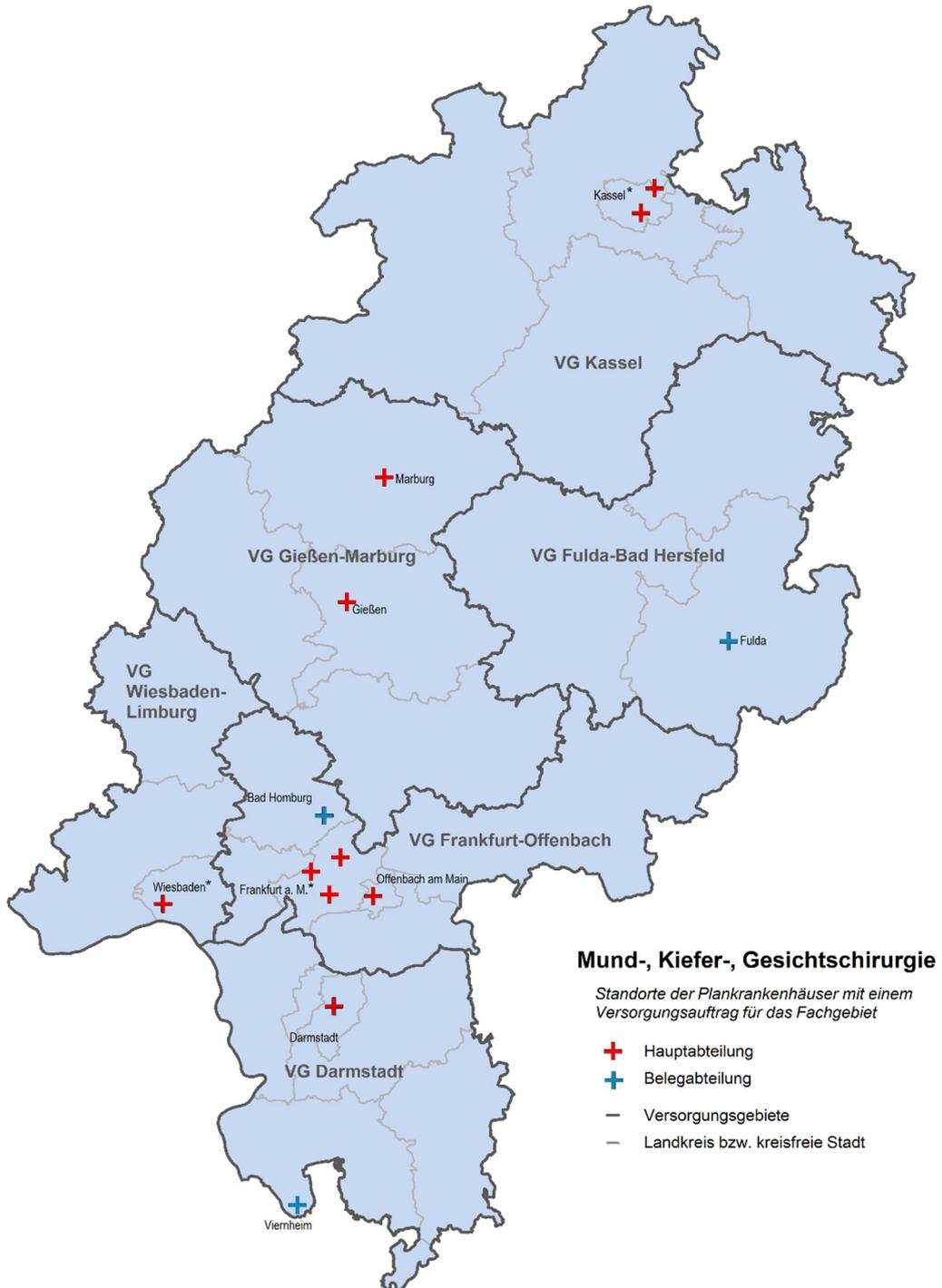
**Tabelle 25: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Mund-Kiefer-Gesichts-
chirurgie 2007-2017**

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	9	81	4.226	21.600	5,1	73,1%	80,0%
2008	10	87	5.268	26.316	5,0	82,6%	80,0%
2009	10	97	5.430	27.078	5,0	76,5%	80,0%
2010	11	98	5.725	24.898	4,3	69,6%	80,0%
2011	11	105	5.702	24.285	4,3	63,4%	80,0%
2012	10	103	6.217	24.469	3,9	64,9%	80,0%
2013	10	103	5.859	24.243	4,1	64,5%	80,0%
2014	10	93	6.034	23.579	3,9	69,5%	80,0%
2015	10	99	6.424	24.679	3,8	68,3%	80,0%
2016	10	99	6.698	26.254	3,9	72,5%	80,0%
2017	10*	103	6.826	27.862	4,1	74,1%	80,0%
2007-2017	11,1%	27,2%	61,5%	29,0%	-20,1%	1,4%	-
2016-2017	0,0%	4,0%	1,9%	6,1%	4,1%	2,3%	-

*Seit dem Jahr 2017 verfügen zusätzlich noch die Helios Dr Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden über einen Versorgungsauftrag. Für das Jahr 2017 lagen jedoch noch keine Leistungsdaten vor.

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 22: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie



*Die Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken verfügen über einen Versorgungsauftrag seit 2017. Für 2017 lagen jedoch noch keine Leistungsdaten vor. Das Klinikum Kassel und die BG Unfallklinik Frankfurt melden kein Leistungsgeschehen für das Fachgebiet.

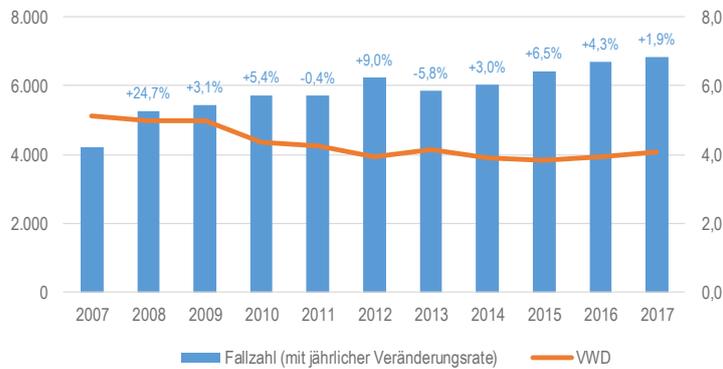
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
 Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 23: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie 2007-2017

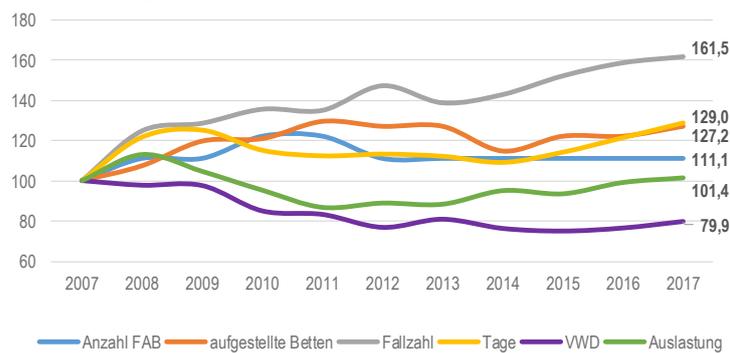
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die Bedarfsprognose zeigt im Fachgebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bis zum Jahr 2025 ein konstantes Niveau bei der Fallzahl (+0,3 %) sowie eine leicht steigende Tendenz bei der Zahl der Behandlungstage (+3,2 %). Unter Zugrundelegung der Normauslastung für das Fachgebiet von 80 % berechnet sich ein zusätzlicher Bettenbedarf von zwei Betten, der jedoch durch bestehende Überkapazitäten von acht Betten kompensiert werden kann. Mit Blick auf die Versorgungsgebiete sticht das Versorgungsgebiet Darmstadt mit einem relativ starken Rückgang der Fallzahl (-35,5 %) und der Behandlungstage (-20,8 %) hervor. Es muss beim Versorgungsgebiet Darmstadt jedoch beachtet werden, dass im Basisjahr 2017 mit rund 300 Patienten nur wenige Fälle im Fachgebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie behandelt wurden und es aufgrund der geringen Fallzahl zu Verzerrungen bei der Prognose kommen kann. Dies gilt auch für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld, das im Jahr 2017 eine noch geringere Fallzahl aufweist.

Tabelle 26: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	1.443	+20	+1,4%	4.994	+80	+1,6%	17	0	0,0%	0
Fulda-Bad Hersfeld	132	+3	+2,0%	383	+10	+1,9%	6	0	0,0%	-5
Gießen-Marburg	2.241	+40	+1,8%	9.418	+260	+2,8%	27	+1	+3,7%	+5
Frankfurt-Offenbach	2.716	+60	+2,3%	12.299	+680	+5,5%	49	+2	+4,1%	-7
Wiesbaden-Limburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Darmstadt	294	-100	-35,5%	768	-160	-20,8%	4	-1	-25,0%	-1
Hessen	6.826	+23	+0,3%	27.862	+870	+3,2%	103	+2	+1,9%	-8

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.12 Neurochirurgie

In Hessen verfügen zehn Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag im Fachgebiet Neurochirurgie. Davon befinden sich vier Krankenhäuser im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach, zwei im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg und jeweils eines in den übrigen Versorgungsgebieten Wiesbaden-Limburg, Darmstadt, Kassel und Fulda-Bad Hersfeld. Somit ist in jedem Versorgungsgebiet mindestens ein neurochirurgisches Fachgebiet vorhanden. Bei neun Krankenhäusern handelt es sich um große Krankenhäuser mit einem umfassenden Leistungsangebot. Im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach verfügt zusätzlich noch die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in Frankfurt über einen neurochirurgischen Versorgungsauftrag. Die Planung des Fachgebiets erfolgt auf Ebene der Versorgungsgebiete.

Im Fachgebiet Neurochirurgie gab es im Jahr 2017 hessenweit 13.867 Patienten, die in 121.519 Berechnungs- und Belegungstagen behandelt wurden. Dabei betrug die durchschnittliche Verweildauer 8,8 Tage. In allen behandelnden Krankenhäusern waren insgesamt 418 Betten aufgestellt. Die Auslastung der Betten erreichte eine Rate von 79,6 % und lag damit unterhalb der Normalauslastung von 85 %.

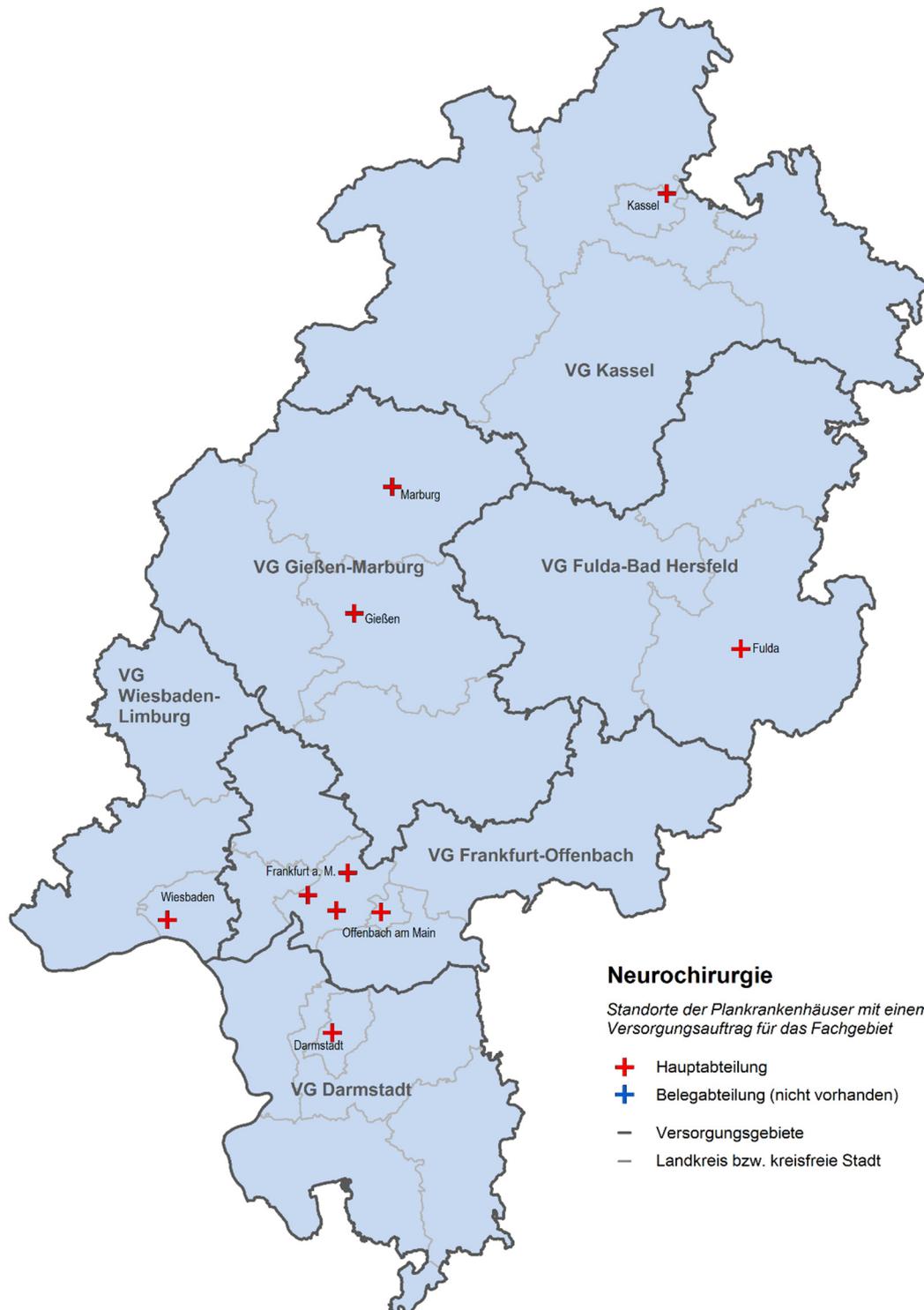
Zwischen den Jahren 2007 und 2017 kam es zu einer Ausweitung der aufgestellten Betten um 7,7 %. Die Fallzahl (+7,8 %) und die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage (+7,0 %) haben sich ebenfalls positiv entwickelt. Über den gesamten Zeitraum betrachtet blieb die durchschnittliche Verweildauer relativ konstant im Bereich zwischen 8,5 und 9,1 Tagen. Damit ist das Fachgebiet Neurochirurgie eines der wenigen Fachgebiete, das keine deutliche Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer aufweist. Die Auslastungsraten im neurochirurgischen Fachgebiet bewegten sich im Zeitverlauf zwischen 79 % und 85 %, überschritten aber in keinem Jahr die Normauslastung von 85 %.

Tabelle 27: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Neurochirurgie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	9	388	12.866	113.582	8,8	80,2%	85,0%
2008	9	380	12.994	115.526	8,9	83,1%	85,0%
2009	9	384	12.649	115.125	9,1	82,1%	85,0%
2010	9	395	13.158	114.125	8,7	79,2%	85,0%
2011	10	404	13.919	118.816	8,5	80,6%	85,0%
2012	10	397	14.046	122.960	8,8	84,6%	85,0%
2013	10	416	13.767	122.592	8,9	80,7%	85,0%
2014	10	426	14.175	129.130	9,1	83,0%	85,0%
2015	10	426	14.393	127.813	8,9	82,2%	85,0%
2016	10	424	14.218	123.302	8,7	79,5%	85,0%
2017	10	418	13.867	121.519	8,8	79,6%	85,0%
2007-2017	11,1%	7,7%	7,8%	7,0%	-0,7%	-0,7%	-
2016-2017	0,0%	-1,4%	-2,5%	-1,4%	1,0%	0,2%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 24: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Neurochirurgie



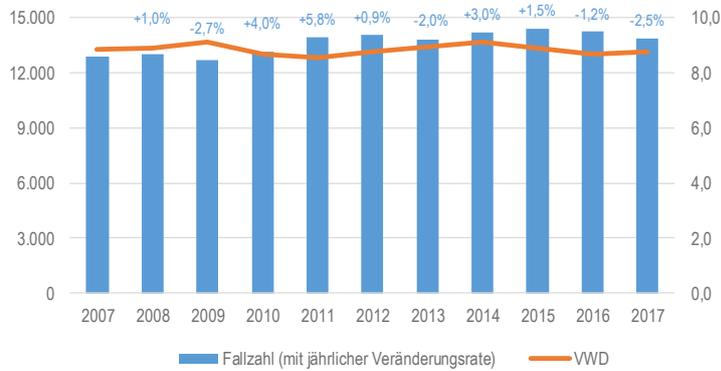
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 25: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Neurochirurgie 2007-2017

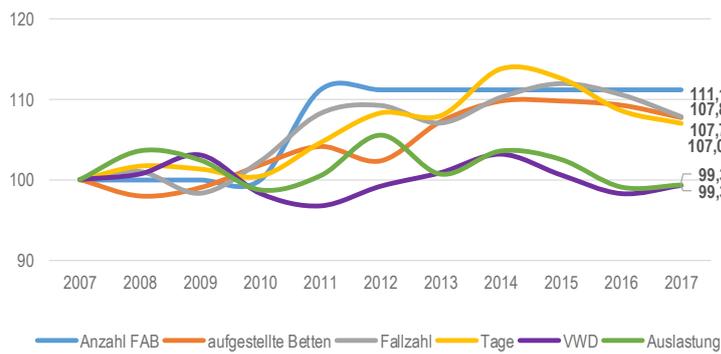
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Im Fachgebiet Neurochirurgie wird nach der Bedarfsprognose die hessenweite Fallzahl bis zum Jahr 2025 um 5,8 % bzw. 840 Patienten steigen. Ebenso wird sich die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage um 6,7 % bzw. um 8.200 Tage erhöhen. Daraus resultiert ein zukünftiger Mehrbedarf an Betten in Höhe 26 Betten. Demgegenüber stehen hessenweit Überkapazitäten von 27 Betten im Jahr 2017. Das heißt, dass bei Auslastung der bereits aufgestellten Betten in Höhe der für das Fachgebiet vorgegebenen Normauslastung von 85 % der zukünftig zu erwartende Fallzahlanstieg durch die bestehenden Kapazitäten prinzipiell aufgefangen werden kann. Regional betrachtet zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in den Versorgungsgebieten Frankfurt-Offenbach, Wiesbaden-Limburg und Darmstadt der zusätzliche Bettenbedarf durch vorhandene Kapazitäten kompensiert werden kann und durch bestehende Überkapazitäten teilweise sogar eine Reduktion von Betten möglich ist, ist in den Versorgungsgebieten Kassel, Fulda, Bad Hersfeld und Gießen-Marburg ein Bettenaufbau notwendig.

Tabelle 28: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Neurochirurgie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	1.474	+60	+4,4%	14.663	+700	+4,8%	46	+2	+4,3%	+1
Fulda-Bad Hersfeld	1.822	+50	+2,5%	15.878	+800	+5,2%	47	+3	+6,4%	+4
Gießen-Marburg	2.956	+140	+4,7%	28.530	+1.500	+5,3%	93	+5	+5,4%	-1
Frankfurt-Offenbach	5.247	+430	+8,3%	43.699	+3.800	+8,8%	160	+12	+7,5%	-19
Wiesbaden-Limburg	1.426	+90	+6,2%	10.271	+700	+6,9%	39	+2	+5,1%	-6
Darmstadt	942	+70	+7,9%	8.478	+700	+8,0%	33	+2	+6,1%	-6
Hessen	13.867	+840	+5,8%	121.519	+8.200	+6,7%	418	+26	+6,2%	-27

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.13 Neurologie

In den Hessischen Krankenhausplan sind 37 Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Neurologie aufgenommen. Darunter befinden sich auch Fachkrankenhäuser, die nicht das komplette neurologische Behandlungsspektrum abdecken, sondern auf einen Teilbereich spezialisiert sind. So konzentrieren sich 13 Krankenhäuser auf die Versorgung von Patienten im Rahmen der neurologischen Frührehabilitation der Phase B. In jedem Versorgungsgebiet sind sowohl Krankenhäuser mit allgemeiner neurologischer Versorgung vorhanden als auch Krankenhäuser, die die neurologische Frührehabilitation Phase B durchführen. Anzumerken ist, dass die DRK-Kliniken Nordhessen in Kassel über den Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Neurologie erst seit 2017, das DRK-Krankenhaus Biedenkopf über den Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Neurologie mit Einschränkung auf die Behandlung im Rahmen der neurologischen Frührehabilitation der Phase B erst seit 2018 verfügen. Beide Krankenhäuser haben für das Jahr 2017 kein Leistungsgeschehen geliefert und sind deswegen nicht in nachfolgenden Tabellen und Abbildungen dargestellt. Das Fachgebiet Neurologie wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant.

Im Jahr 2017 wurden in Hessen im Fachgebiet Neurologie insgesamt 73.577 Fälle behandelt. Die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage summiert sich auf 654.833 Tage. Daraus berechnet sich eine durchschnittliche Verweildauer pro Patienten von 8,9 Tagen. Zu berücksichtigen ist, dass die durchschnittliche Verweildauer der einzelnen Krankenhäuser sehr unterschiedlich ist. Fachkrankenhäuser, die die Versorgung der neurologischen Frührehabilitation Phase B übernehmen, weisen eine wesentlich höhere Verweildauer von meist über 20 Tagen auf. Bei einer Klinik beträgt die durchschnittliche Verweildauer sogar 82,5 Tage. Hingegen liegt die durchschnittliche Verweildauer bei Krankenhäusern, die die allgemeine neurologische Versorgung anbieten, zwischen vier und zehn Tagen. Insgesamt waren im Jahr 2017 rund 2.200 Betten aufgestellt, die zu 82,4 % ausgelastet waren. Damit liegt die Bettenauslastung nur knapp unter der für das Fachgebiet gültigen Normauslastung von 85 %.

Zwischen 2007 und 2017 ist es zu einer Ausweitung der Versorgungsaufträge für das Fachgebiet Neurologie gekommen. Während im Jahr 2007 insgesamt 28 Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag verfügten, hat sich die Zahl der Krankenhäuser bis zum Jahr 2017 auf 35 erhöht. Die Zahl der aufgestellten Betten ist entsprechend angewachsen (+44,5 %). In gleicher Tendenz ist auch die Fallzahl angestiegen (+35,0 %). Auch bei den Berechnungs- und Belegungstagen ist ein starker Anstieg festzustellen (+38,8 %). Die durchschnittliche Verweildauer hat sich um 0,2 Tage leicht verlängert. Der sprunghafte Anstieg der Verweildauer zwischen den Jahren 2011 und 2012 erklärt sich durch die erstmalige Datenlieferung dreier Fachkrankenhäuser im Jahr 2012. Dies hatte entsprechende Auswirkungen auf den hessenweiten Durchschnitt. Die Bettenauslastung lag zwischen den

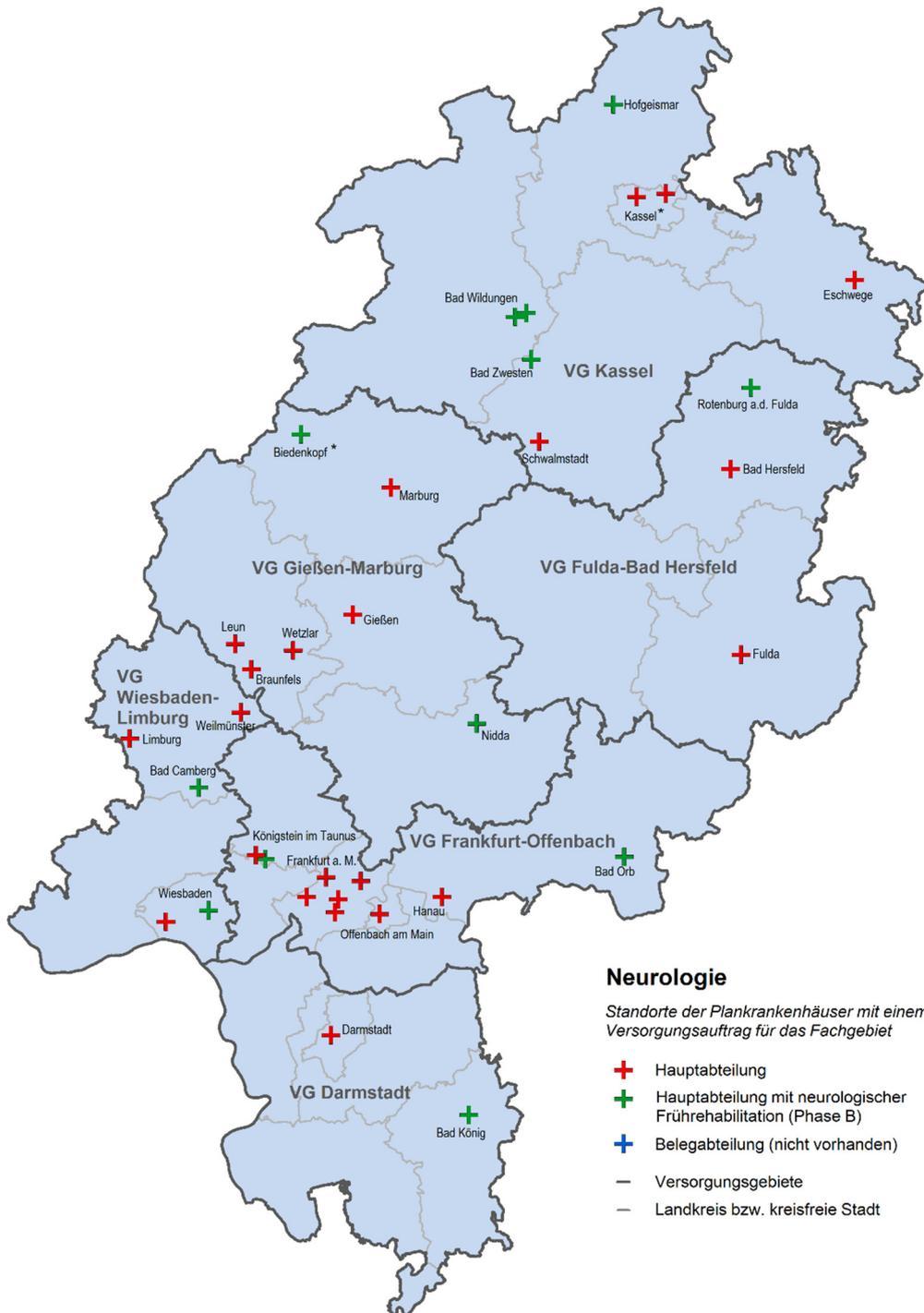
Jahren 2007 und 2017 häufig oberhalb der Normauslastung. Am aktuellen Rand befindet sich die Auslastung mit 82,4 % knapp unterhalb der Normauslastung.

Tabelle 29: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Neurologie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	28	1.507	54.496	471.880	8,7	85,8%	85,0%
2008	28	1.551	56.702	495.977	8,7	87,4%	85,0%
2009	29	1.594	59.734	509.430	8,5	87,6%	85,0%
2010	31	1.776	64.004	536.861	8,4	82,8%	85,0%
2011	31	1.767	66.305	547.973	8,3	85,0%	85,0%
2012	33	1.858	66.655	600.565	9,0	88,3%	85,0%
2013	32	1.858	67.272	593.745	8,8	87,6%	85,0%
2014	33	1.959	70.425	617.964	8,8	86,4%	85,0%
2015	34	2.007	70.364	614.822	8,7	83,9%	85,0%
2016	35	2.041	73.045	637.282	8,7	85,3%	85,0%
2017	35	2.177	73.557	654.833	8,9	82,4%	85,0%
2007-2017	25,0%	44,5%	35,0%	38,8%	2,8%	-3,9%	-
2016-2017	0,0%	6,7%	0,7%	2,8%	2,0%	-3,4%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 26: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Neurologie

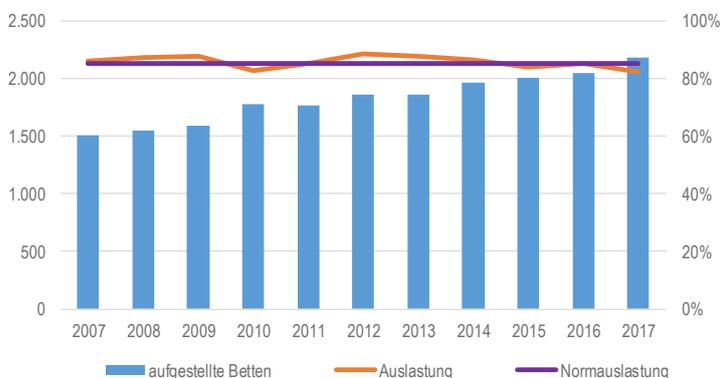


*Die DRK-Kliniken Kassel haben den Betrieb der Fachabteilung erst 2018 aufgenommen. Das DRK Krankenhaus Biedenkopf verfügt über den Versorgungsauftrag erst seit 2018.

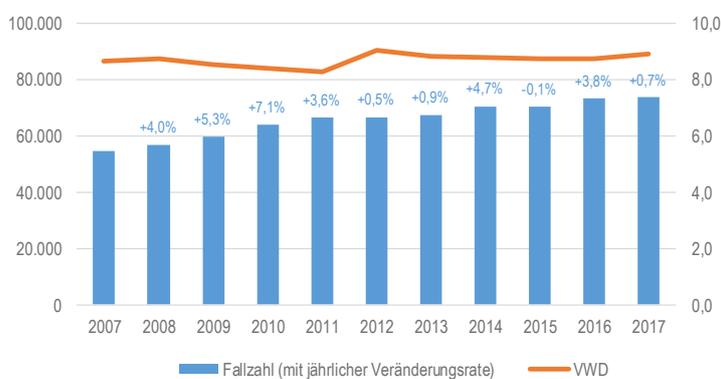
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 27: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Neurologie 2007-2017

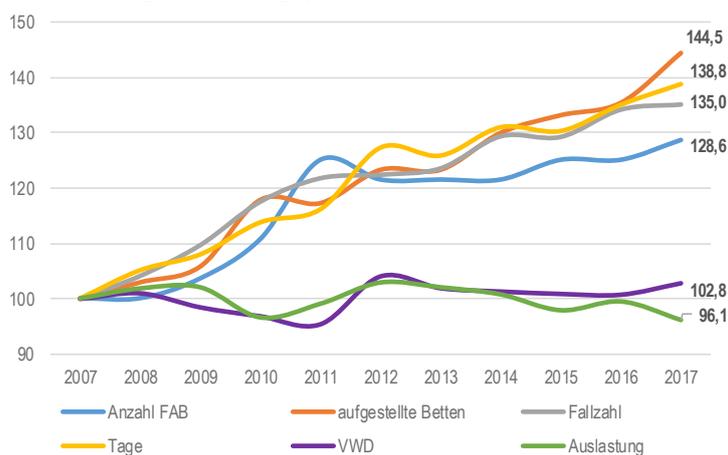
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Bis zum Jahr 2025 kann im Fachgebiet Neurologie hessenweit ein Fallzahlenanstieg von 5,8 % erwartet werden. Der Fallzahlenanstieg fällt im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach (+8,5 %) und im Versorgungsgebiet Darmstadt (+8,7 %) kräftig aus. Im Versorgungsgebiet Kassel ist die Fallzahl hingegen nur leicht ansteigend (+2,0 %). Bei den Berechnungs- und Belegungstagen zeigt sich ein ähnliches Bild. Hessenweit ist mit einem Anstieg von 6,2 % zu rechnen, wobei sich für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach und für das Versorgungsgebiet Darmstadt ein Anstieg von 9,5 % bzw. 7,8 % berechnet, während im Versorgungsgebiet Kassel ein Plus von 1,5 % zu erwarten ist. Beim Bettenbedarf ergibt sich mit Blick auf Bevölkerungsentwicklung ein notwendiger Ausbau der Bettenkapazitäten bis zum Jahr 2025 in Höhe von insgesamt 134 Betten bzw. 6,2 %. Der zusätzliche Bettenbedarf bis 2025 kann durch Nutzung der im Jahr 2017 bestehenden Überkapazitäten in Höhe von 66 Betten reduziert werden. Während in allen anderen Versorgungsgebieten im Jahr 2017 Überkapazitäten im Fachgebiet Neurologie bestanden, waren im Versorgungsgebiet Darmstadt – ein Versorgungsgebiet mit relativ wenigen neurologischen Krankenhäusern – Kapazitätsengpässe in Höhe von 17 Betten festzustellen. Rechnet man den bis 2025 benötigten Mehrbedarf an Betten hinzu, müssen im Versorgungsgebiet Darmstadt bis 2025 insgesamt 34 Betten im Fachgebiet Neurologie neu aufgestellt werden.

Tabelle 30: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Neurologie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	15.974	+320	+2,0%	158.789	+2.300	+1,5%	508	+7	+1,4%	+4
Fulda-Bad Hersfeld	5.656	+220	+3,9%	41.786	+1.700	+4,2%	143	+5	+3,5%	-8
Gießen-Marburg	15.317	+770	+5,0%	130.015	+8.200	+6,3%	435	+26	+6,0%	-16
Frankfurt-Offenbach	21.293	+1.990	+8,5%	152.137	+15.400	+9,5%	537	+50	+9,3%	-47
Wiesbaden-Limburg	9.656	+670	+6,9%	102.765	+9.100	+8,9%	347	+29	+8,4%	-16
Darmstadt	5.661	+490	+8,7%	69.341	+5.400	+7,8%	207	+17	+8,2%	+17
Hessen	73.557	+4.460	+5,8%	654.833	+42.100	+6,2%	2.177	+134	+6,2%	-66

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.14 Nuklearmedizin

In Hessen verfügen insgesamt sieben Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Nuklearmedizin. Neben den drei Universitätskliniken in Frankfurt, Gießen und Marburg halten auch das Klinikum Kassel, das Klinikum Fulda, die DKD Helios Klinik Wiesbaden sowie das Klinikum Hanau das Fachgebiet vor. Im Klinikum Hanau ist die Nuklearmedizin belegärztlich organisiert. Zu beachten ist, dass das Universitätsklinikum Gießen, das Klinikum Kassel sowie die DKD Helios Klinik Wiesbaden für das Jahr 2017 kein Leistungsgeschehen im Fachgebiet Nuklearmedizin liefern. Die Planung des Fachgebiets findet nicht auf Ebene der Versorgungsgebiete, sondern landesweit statt.

Das Fachgebiet Nuklearmedizin ist gemessen an der Fallzahl und an den Berechnungs- und Belegungstagen mit Abstand das kleinste Fachgebiet in Hessen. So wurden im Jahr 2017 insgesamt 1.853 Patienten nuklearmedizinisch versorgt. Die Berechnungs- und Belegungstage summieren sich auf 4.780 Tage. Die Nuklearmedizin ist außerdem das Fachgebiet mit der geringsten durchschnittlichen Verweildauer in Hessen. Im Schnitt verbrachte im Jahr 2017 ein Patient nur 2,6 Tage in nuklearmedizinischer Behandlung. In den Krankenhäusern mit einem Versorgungsauftrag für das Fachgebiet waren im Jahr 2017 insgesamt 29 nuklearmedizinische Betten aufgestellt, die mit einer Rate von 45,2 % nur sehr gering ausgelastet waren. Die Normauslastung für das Fachgebiet liegt bei 75 %. Die Bettenauslastung ist bei fast allen Krankenhäusern gering mit Werten unterhalb von 60 %. Nur die Nuklearmedizin des Universitätsklinikums Marburg ist mit 79,2 % wesentlich höher frequentiert.

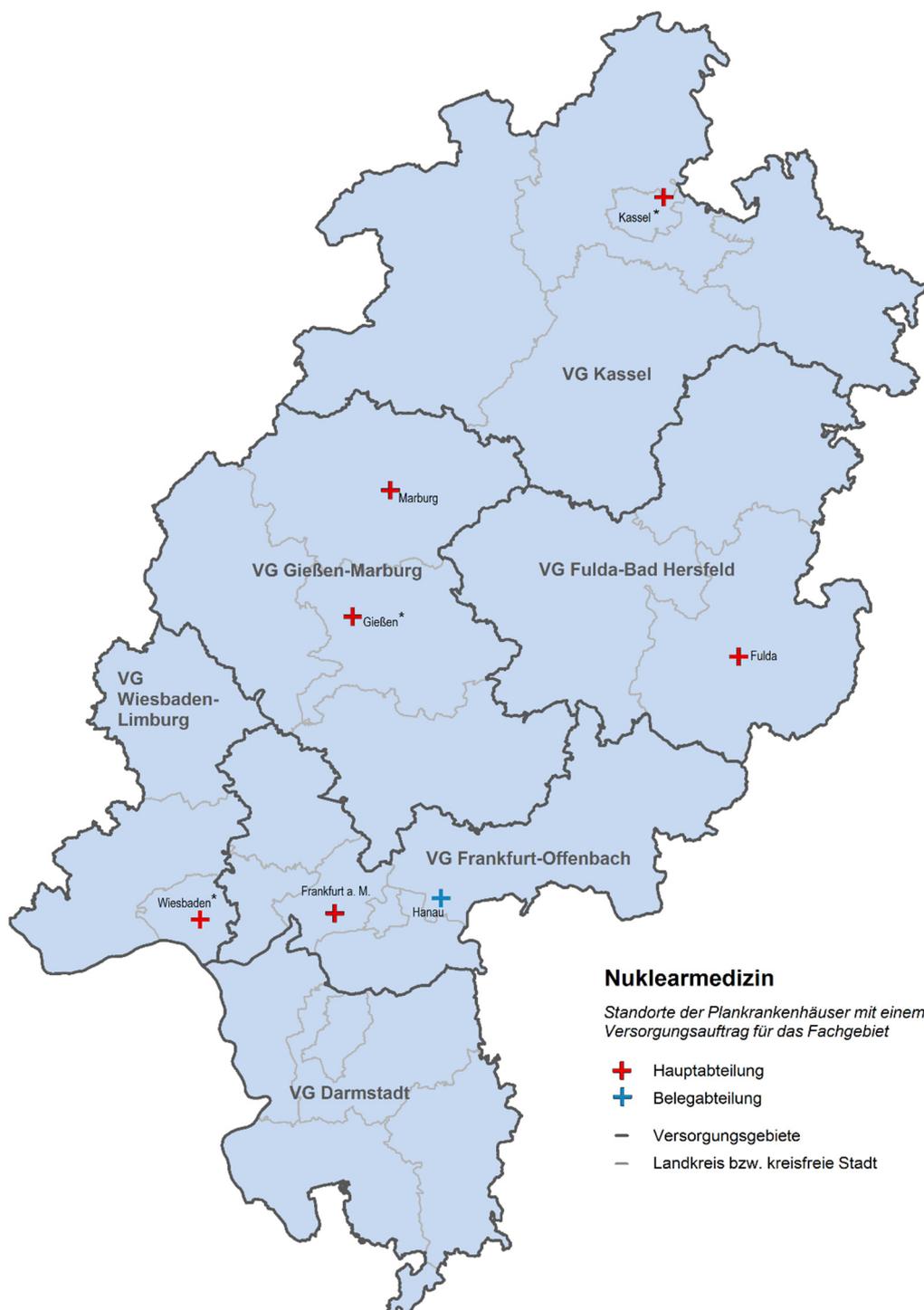
Bis zum Jahr 2016 war die Fallzahl relativ konstant. Sie variierte im Bereich zwischen 2.000 und 2.400 Fällen. Im Jahr 2017 nahm die Fallzahl um 421 Fälle bzw. 18,5 % gegenüber dem Jahr 2016 ab. Insgesamt hat sich die Fallzahl seit 2007 um 19,6 % reduziert. Die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage ist aufgrund der stark rückläufigen durchschnittlichen Verweildauer sehr viel stärker um 40,4 % zurückgegangen. Die durchschnittliche Verweildauer ist von 3,5 Tagen im Jahr 2007 auf 2,6 Tage im Jahr 2017 gesunken. Bei der Auslastung der aufgestellten Betten zeigt sich ebenfalls ein Rückgang. Von ursprünglich 56,3 % im Jahr 2007 reduzierte sich die Auslastungsrate auf 45,2 % im Jahr 2017.

Tabelle 31: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Nuklearmedizin 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	6	39	2.305	8.020	3,5	56,3%	75,0%
2008	6	40	2.191	7.902	3,6	54,0%	75,0%
2009	6	42	2.248	7.552	3,4	49,3%	75,0%
2010	6	35	2.154	6.985	3,2	54,7%	75,0%
2011	6	34	1.995	6.638	3,3	53,5%	75,0%
2012	6	48	2.419	8.608	3,6	49,0%	75,0%
2013	6	48	2.287	8.005	3,5	45,7%	75,0%
2014	6	48	2.380	7.716	3,2	44,0%	75,0%
2015	6	48	2.286	6.954	3,0	39,7%	75,0%
2016	6	49	2.274	6.826	3,0	38,1%	75,0%
2017	4	29	1.853	4.780	2,6	45,2%	75,0%
2007-2017	-33,3%	-25,6%	-19,6%	-40,4%	-25,9%	-19,8%	-
2016-2017	-33,3%	-40,8%	-18,5%	-30,0%	-14,1%	18,6%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 28: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Nuklearmedizin

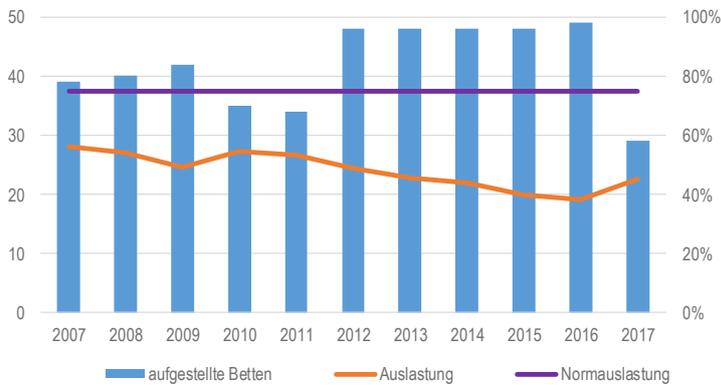


*Die Krankenhäuser in Kassel, Gießen und Wiesbaden liefern 2017 kein Leistungsgeschehen im Fachgebiet Nuklearmedizin.

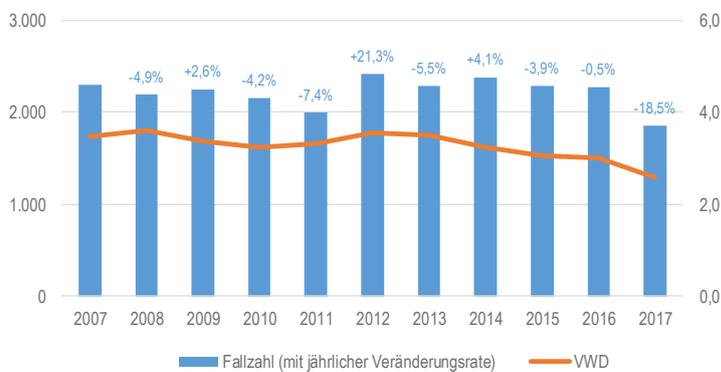
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 29: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Nuklearmedizin 2007-2017

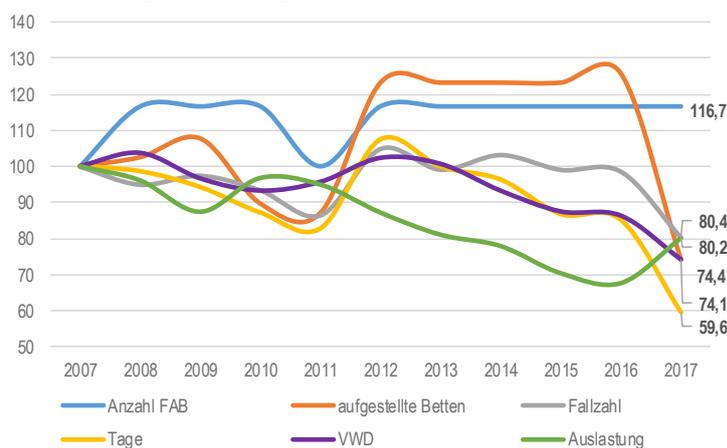
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Für das Fachgebiet Nuklearmedizin wird auf Basis der Bevölkerungsvorausschätzung hessenweit ein leichter Anstieg der Fallzahl (+4,3%) und eine relativ konstante Anzahl an Berechnungs- und Belegungstagen (+1,4 %) und daraus abgeleitet ein Bettenmehrbedarf von einem Bett für das Jahr 2025 prognostiziert. Dieser Mehrbedarf an Betten kann durch die bestehenden Überkapazitäten in Höhe von 12 Betten jedoch kompensiert werden. Da das Fachgebiet hessenweit geplant wird, erfolgt die Ausweisung der Prognosewerte für die Versorgungsgebiete nur nachrichtlich.

Tabelle 32: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Nuklearmedizin

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fulda-Bad Hersfeld	227	+10	+4,5%	599	+20	+3,3%	9	0	0,0%	-7
Gießen-Marburg	457	+10	+2,4%	1.156	+30	+2,6%	4	0	0,0%	0
Frankfurt-Offenbach	1.169	+60	+5,0%	3.025	+180	+5,8%	16	+1	+6,3%	-5
Wiesbaden-Lim- burg**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Darmstadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	1.853	+80	+4,3%	4.780	+230	+1,4%	29	+1	+3,4%	-12

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

**Prognosewerte für die Versorgungsgebiete werden nur nachrichtlich ausgewiesen. Für die Versorgungsgebiete Kassel und Wiesbaden-Limburg war aufgrund fehlender Daten keine Prognose möglich. Daher kann Hessenwert über- bzw. unterschätzt sein.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.15 Psychiatrie und Psychotherapie

Im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie besitzen in Hessen derzeit 34 Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag, darunter auch die Asklepios Klinik Schwalmstadt/Melsungen, die den Versorgungsauftrag derzeit noch nicht wahrnimmt. Der Versorgungsauftrag umfasst jeweils auch die regionale Pflichtversorgung. Dazu gehört die Kooperation mit anderen in der Region tätigen Hilfesystemen. Dies hat insbesondere Bedeutung bei Menschen mit chronifizierten Erkrankungen. Neben der stationären Akutversorgung in den eigentlichen Betriebsstätten werden hier oftmals auch Angebote in Außenstellen vorgehalten, weshalb die räumliche Verbreitung von psychiatrischen Angeboten wesentlich größer ausfällt als der Blick auf die reine Anzahl an Krankenhäusern mit Versorgungsauftrag vermuten lässt. Neben den Fachgebieten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wird auch im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie eine genaue Anzahl an Planbetten den Krankenhäusern zugewiesen. Die Planung des Fachgebiets findet auf Ebene der Versorgungsgebiete statt. In jedem Landkreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt ist ein psychiatrisches Versorgungsangebot anzutreffen. In den krankenhauserplanerischen Feststellungsbescheiden, die den konkreten Versorgungsauftrag und -umfang der einzelnen Krankenhäuser festlegen, sind zusätzlich Pflichtversorgungsgebiete auf Landkreisebene definiert. Diese Pflichtversorgungsgebiete müssen sich nicht mit den Abgrenzungen der Versorgungsgebiete decken.

Im Jahr 2017 wurden 57.571 Patienten an rund 1,3 Millionen Tagen behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer lag pro Patienten bei 22,8 Tagen. Für die psychiatrische Versorgung standen 3.947 Betten zur Verfügung. Das sind 55 Betten weniger als derzeit Planbetten in den Feststellungsbescheiden ausgewiesen sind. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag am aktuellen Rand bei 91,2 %, während die planungsrelevante Auslastung der Planbetten mit 89,9 % minimal unter der angestrebten Normauslastung von 90 % lag.

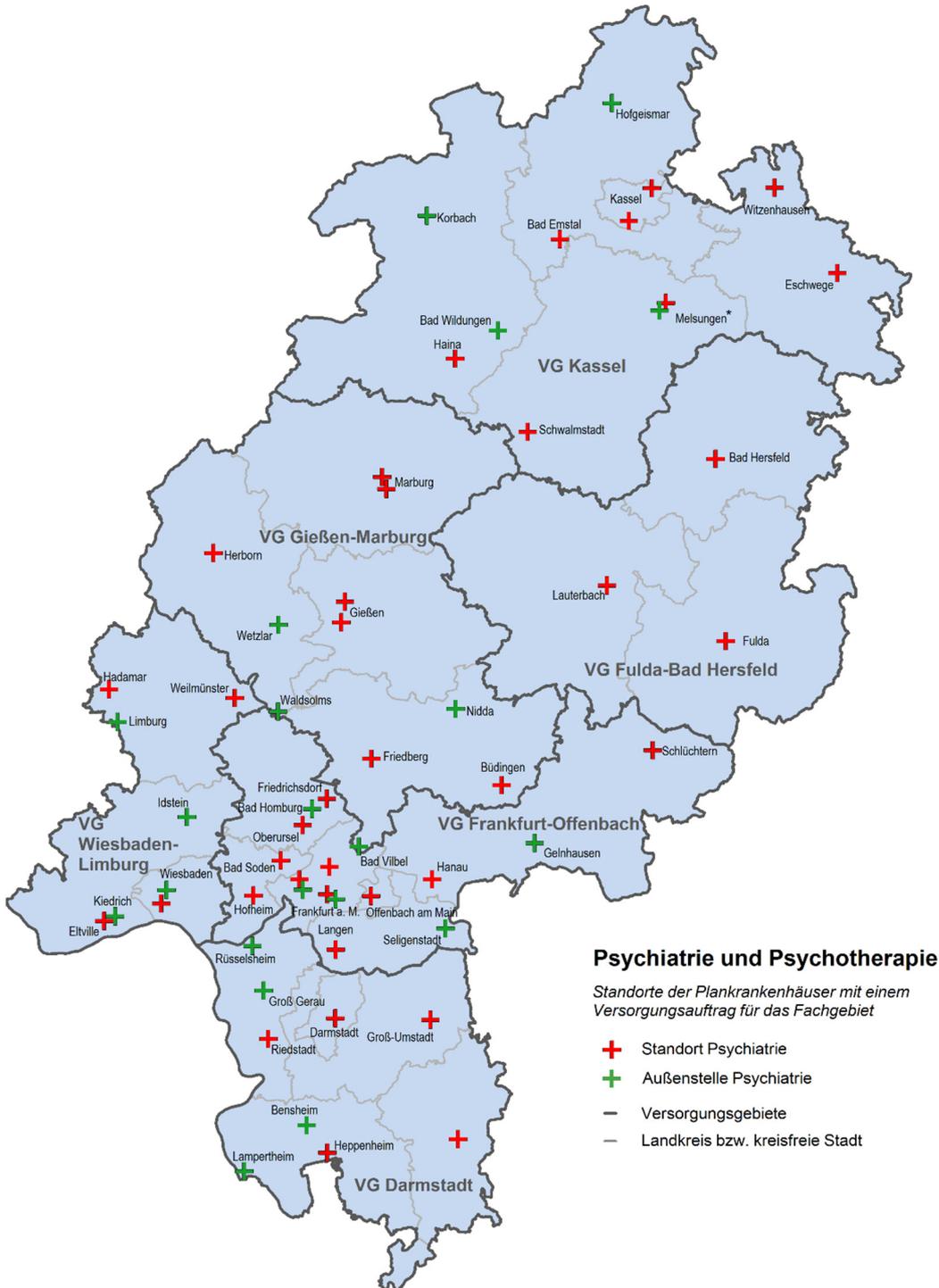
Im Betrachtungszeitraum von 2007 bis 2017 hat sich die Fallzahl um 8,7 % erhöht. Ebenso ist ein Anstieg bei den aufgestellten Betten (+7,0 %), den Planbetten (+9,8 %) sowie den Belegungstagen (+8,7 %) erkennbar. Bei der Fallzahlentwicklung ist auffällig, dass diese in den Jahren 2014 bis 2016 rückläufig waren. Erst im Jahr 2017 kam es wieder zu einem leichten Anstieg der Fallzahl. Der zwischenzeitliche Rückgang ist u.a. auf den zeitgleichen Ausbau der psychosomatischen Versorgungsstrukturen zurückzuführen, da ein Teil der Patienten, die vormals psychiatrisch behandelt wurden, nun im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin versorgt werden. Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie lag im Betrachtungszeitraum relativ konstant im Bereich zwischen 21,9 Tage und 22,9 Tage.

Tabelle 33: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Planbetten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung aufgestellte Betten	Auslastung Planbetten	Normauslastung
2007	33	3.690	3.644	52.948	1.208.131	22,8	89,7%	90,8%	90,0%
2008	34	3.688	3.744	54.798	1.215.075	22,2	90,0%	88,7%	90,0%
2009	34	3.713	3.762	56.549	1.239.526	21,9	91,5%	90,3%	90,0%
2010	33	3.724	3.762	56.221	1.243.381	22,1	91,5%	90,6%	90,0%
2011	34	3.708	3.782	56.790	1.249.192	22,0	92,3%	90,5%	90,0%
2012	34	3.681	3.749	56.820	1.263.791	22,2	93,8%	92,1%	90,0%
2013	34	3.786	3.825	57.993	1.280.155	22,1	92,6%	91,7%	90,0%
2014	34	3.817	3.944	57.695	1.290.627	22,4	92,6%	89,7%	90,0%
2015	33	3.840	3.983	57.213	1.286.451	22,5	91,8%	88,5%	90,0%
2016	32	3.842	3.983	57.088	1.304.555	22,9	92,8%	89,5%	90,0%
2017	33	3.947	4.002	57.571	1.313.798	22,8	91,2%	89,9%	90,0%
2007-2017	0,0%	7,0%	9,8%	8,7%	8,7%	0,0%	1,7%	-1,0%	-
2016-2017	3,1%	2,7%	0,5%	0,8%	0,7%	-0,1%	-1,7%	0,5%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 30: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

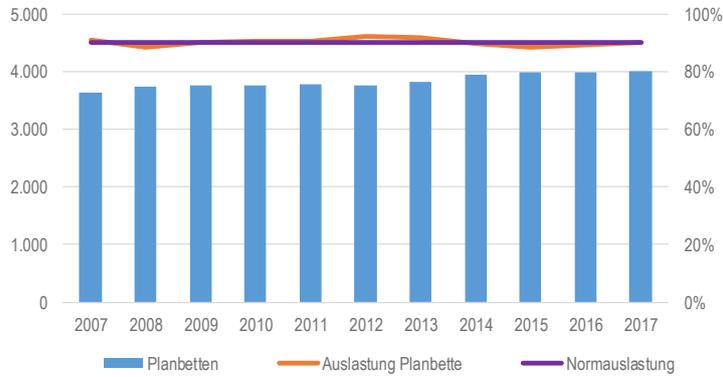


*Die Asklepios Klinik Schwalmstadt/Melsungen am Standort Melsungen hat den Betrieb noch nicht aufgenommen.

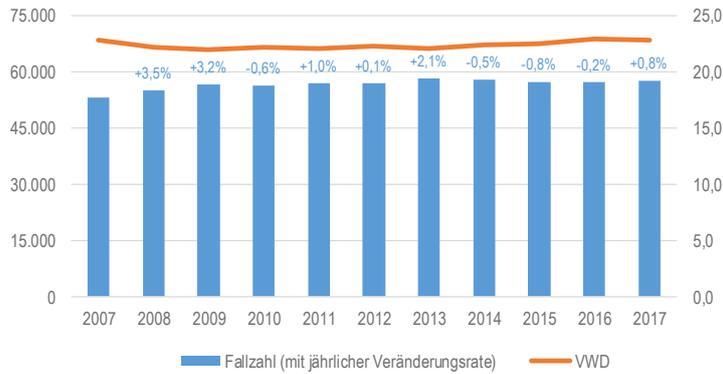
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 31: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie 2007-2017

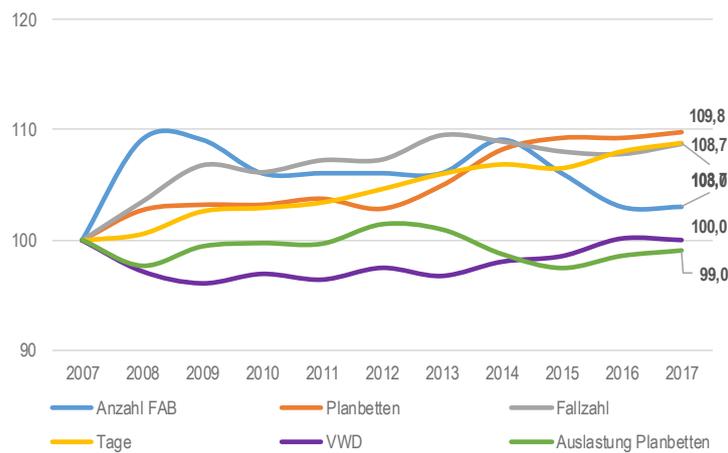
A: Anzahl und Auslastung Planbetten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2015, Darstellung der Hessen Agentur.

Die Bedarfsprognose zeigt im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie bis zum Jahr 2025 leicht ansteigende Fallzahlen (+0,2 %). Eine ähnliche Tendenz lässt sich bei der Entwicklung der Behandlungstage (+0,5 %) erkennen. Regional betrachtet kann in den Versorgungsgebieten Frankfurt-Offenbach und Darmstadt ein Fallzahlenanstieg erwartet werden. Für die übrigen Versorgungsgebiete berechnet sich eine leicht rückläufige Tendenz. Hessenweit berechnet sich bis zum Jahr 2025 aufgrund der demografischen Entwicklung ein Mehrbedarf von +18 Betten bzw. +0,5 %.

Tabelle 34: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	11.111	-170	-1,5%	217.639	-3.600	-1,6%	614	-11	-1,8%	-1
Fulda-Bad Hersfeld	3.436	-60	-1,8%	69.223	-1.100	-1,6%	194	-3	-1,5%	+18
Gießen-Marburg	11.117	-160	-1,4%	277.170	-2.700	-1,0%	871	-8	-0,9%	+5
Frankfurt-Offenbach	18.168	+480	+2,6%	437.785	+14.000	+3,2%	1.288	+43	+3,3%	+28
Wiesbaden-Limburg	5.694	-50	-0,8%	127.305	-1.200	-1,0%	370	-4	-1,1%	+18
Darmstadt	8.045	+40	+0,5%	184.676	+400	+0,2%	610	+1	+0,2%	-69
Hessen	57.571	+80	+0,2%	1.313.798	+5.800	+0,5%	3.947	+18	+0,5%	-1

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Planbetten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) ausgewiesen waren. Von den 4.002 ausgewiesenen Planbetten waren 3.947 aufgestellt. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.16 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Im Jahr 2017 stellten in Hessen insgesamt 21 Krankenhäuser die Versorgung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sicher. Darüber hinaus gibt es 8 weitere Krankenhäuser, die über einen psychosomatischen Versorgungsauftrag verfügen, die Fachabteilung im Jahr 2017 jedoch noch nicht in Betrieb genommen haben. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist das Fachgebiet mit der dynamischsten Entwicklung in Hessen. Die Versorgungsstrukturen wurden ausgehend vom Jahr 2005 in den letzten Jahren erst aufgebaut. Derzeit bestehen in jedem Versorgungsgebiet mindestens zwei Angebote. Einen Schwerpunkt für das Fachgebiet bildet das Versorgungsgebiet Kassel. Hier verfügen insgesamt neun Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag. Die Planung des Fachgebiets erfolgt auf Ebene der Versorgungsgebiete.

Im Jahr 2017 wurden 7.715 Patienten in insgesamt 346.591 Tagen psychosomatisch behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 44,9 Tagen pro Patienten. Damit weist dieses Fachgebiet die längste Verweildauer aller Fachgebiete in Hessen auf. Von den 1.246 ausgewiesenen Planbetten im Jahr 2017 waren 1.077 Betten aufgestellt. Die Differenz zwischen aufgestellten Betten und Planbetten erklärt sich dadurch, dass einige neu hinzugekommenen Versorgungsangebote noch nicht in Betrieb genommen wurden. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag bei 88,2 % und damit leicht unterhalb der Normauslastung von 90 %. Aufgrund der höheren Zahl an ausgewiesenen Planbetten fällt die Auslastung der Planbetten geringer aus. Am aktuellen Rand beträgt diese nur rund 76,2 %.

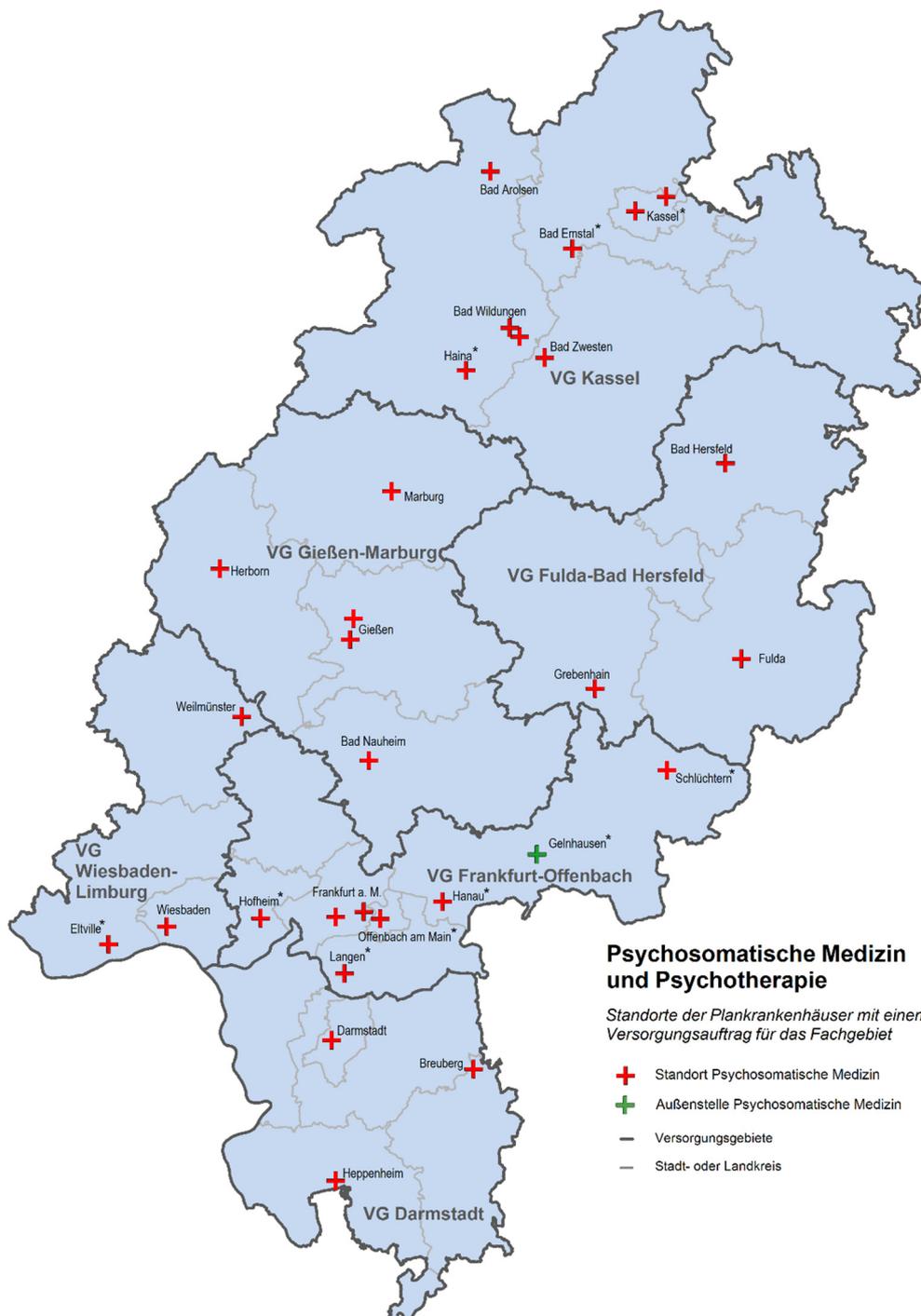
Während im Jahr 2007 das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nur an sieben Krankenhäusern vorgehalten wurde, ist es in den Folgejahren zu einem massiven Ausbau der psychosomatischen Kapazitäten gekommen. Die Zahl der Krankenhäuser, die ein entsprechendes Fachgebiet vorhalten, hat sich innerhalb von zehn Jahren auf 21 Krankenhäuser im Jahr 2017 verdreifacht. Die Leistungsdaten haben sich entsprechend dynamisch entwickelt. Bei der Fallzahl, bei den Behandlungstagen sowie den aufgestellten Betten ist eine enorme Steigerung zu beobachten. Die Auslastung der aufgestellten Betten im Verlauf zeigt, dass in der Regel eine Auslastungsrate auf dem Niveau der Normauslastung erreicht wurde, d.h. die schrittweisen Kapazitätserweiterungen jeweils durch eine entsprechende Nachfrage gedeckt wurden.

Tabelle 35: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Planbetten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung aufgestellte Betten	Auslastung Planbetten	Normauslastung
2007	7	140	154	973	43.170	44,4	84,5%	76,8%	90,0%
2008	9	269	266	1.806	77.432	42,9	78,6%	79,5%	90,0%
2009	10	302	284	2.669	106.374	39,9	96,5%	102,6%	90,0%
2010	10	410	382	2.973	132.008	44,4	88,2%	94,7%	90,0%
2011	11	439	508	3.445	154.386	44,8	96,3%	83,3%	90,0%
2012	16	654	710	4.925	213.454	43,3	89,2%	82,1%	90,0%
2013	18	761	739	5.955	248.524	41,7	89,5%	92,1%	90,0%
2014	19	816	772	6.281	281.572	44,8	94,5%	99,9%	90,0%
2015	19	890	1.034	6.840	306.119	44,8	94,2%	81,1%	90,0%
2016	20	941	1.140	7.339	322.943	44,0	93,8%	77,4%	90,0%
2017	21	1.077	1.246	7.715	346.591	44,9	88,2%	76,2%	90,0%
2007-2017	200,0%	669,3%	709,1%	692,9%	702,9%	1,3%	4,4%	-0,8%	-
2016-2017	5,0%	14,5%	9,3%	5,1%	7,3%	2,1%	-6,0%	-1,5%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 32: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

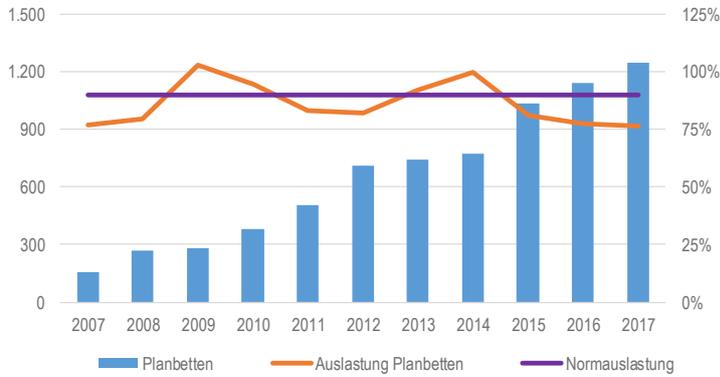


*Im Jahr 2017 noch kein Leistungsgeschehen an den Standorten Kassel (Vitos Klinikum Kurhessen), Bad Emstal, Haina, Offenbach, Hanau, Schlüchtern, Gelnhausen, Hofheim, Langen und Eltville.

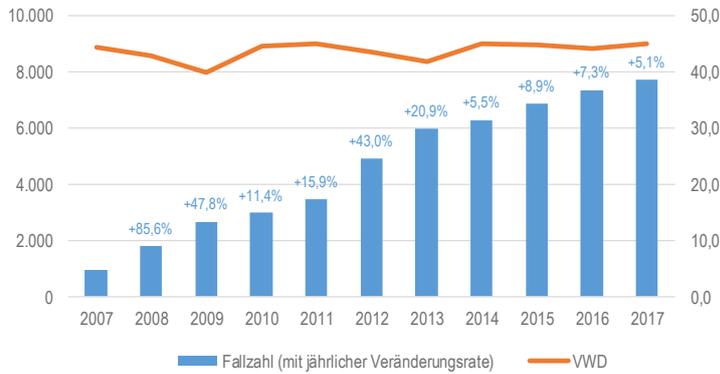
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 33: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2007-2017

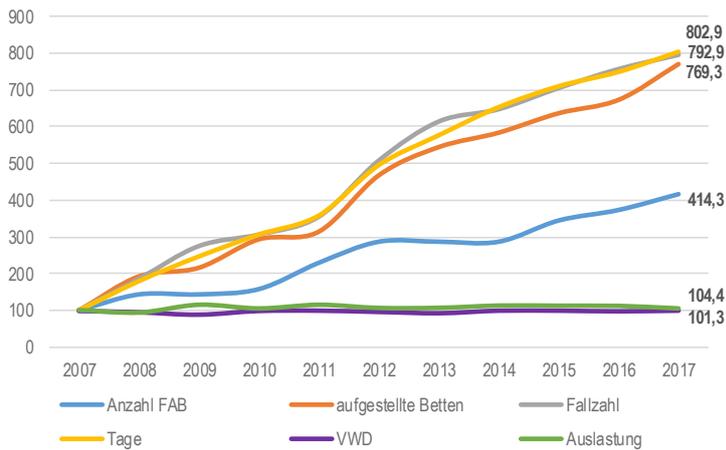
A: Anzahl und Auslastung Planbetten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Bis zum Jahr 2025 berechnet sich für Hessen insgesamt im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf Basis der Bevölkerungsentwicklung eine sinkende Fallzahl (-9,0 %), eine sinkende Zahl an Behandlungstagen (-9,0 %) und daraus abgeleitet ein geringerer Bettenbedarf (-8,8 %). Die Bedarfsprognose zeigt, dass die für das Fachgebiet relevanten typischerweise jüngeren Altersgruppen aufgrund des demografischen Wandels bis zum Jahr 2025 zahlenmäßig rückläufig sind. Diese Ergebnisse sind jedoch nur bedingt interpretierbar. Vor dem Hintergrund, dass der Aufbau der psychosomatischen Versorgungsstrukturen in Hessen noch nicht vollständig abgeschlossen ist und absehbar ist, dass weitere Versorgungsangebote den Betrieb aufnehmen, werden die Fallzahl und die Behandlungstage voraussichtlich auch in Zukunft weiter ansteigen. Dies ist jedoch nicht auf die demografische Entwicklung zurückführbar und deshalb in der Prognose zahlenmäßig nicht berücksichtigt.

Tabelle 36: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	4.478	-450	-10,1%	195.677	-19.700	-10,1%	579	-60	-10,4%	-36
Fulda-Bad Hersfeld	669	-50	-7,8%	27.008	-2.000	-7,5%	97	-6	-6,2%	-17
Gießen-Marburg	1.064	-80	-7,4%	48.424	-3.800	-7,9%	159	-12	-7,5%	-6
Frankfurt-Offenbach	426	-10	-2,6%	20.747	-600	-2,8%	63	-2	-3,2%	-104
Wiesbaden-Limburg	437	-30	-7,9%	24.302	-2.000	-8,3%	85	-6	-7,1%	-23
Darmstadt	641	-60	-10,1%	30.433	-3.100	-10,2%	94	-9	-9,6%	-5
Hessen	7.715	-680	-9,0%	346.591	-31.200	-9,0%	1.077	-95	-8,8%	-191

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Planbetten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) ausgewiesen waren. Von den 1.246 ausgewiesenen Planbetten waren 1.077 aufgestellt. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.17 Strahlentherapie

Über einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Strahlentherapie verfügen in Hessen neun Krankenhäuser. Hiervon befinden sich die meisten im Rhein-Main-Gebiet, davon allein vier Krankenhäuser in der Stadt Frankfurt am Main. Neben dem Universitätsklinikum Frankfurt wird dort die Strahlentherapie auch von den Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken, vom St. Elisabethen-Krankenhaus sowie vom Krankenhaus Nordwest vorgehalten. Darüber hinaus besitzen das St. Josefs-Hospital in Wiesbaden und das Klinikum Darmstadt je ein Fachgebiet Strahlentherapie. Laut Feststellungsbescheid verfügt auch das Sana Klinikum Offenbach über einen Versorgungsauftrag, es erfolgt seitens der Klinik jedoch seit dem Berichtsjahr 2014 für das Fachgebiet keine Datenmeldung. Im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg üben das Klinikum Wetzlar-Braunfels und das Universitätsklinikum Marburg die strahlentherapeutische Versorgung aus. Für die Versorgungsgebiete Kassel und Fulda-Bad Hersfeld existieren keine Versorgungsaufträge. Die Planung des Fachgebiets findet auf landesweiter Ebene statt. Zudem sei darauf hingewiesen, dass die strahlentherapeutische Versorgung von Patienten mittlerweile häufig im ambulanten Bereich in medizinischen Versorgungszentren mit Anbindung an ein entsprechendes Krankenhaus stattfindet.

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 4.067 Fälle in hessischen Krankenhäusern strahlentherapeutisch stationär versorgt. Für die Behandlung der Patienten sind insgesamt 28.765 Berechnungs- und Belegungstage angefallen. Im Schnitt verbrachte ein Patient im Jahr 2017 7,1 Tage in Behandlung. Die Auslastung der insgesamt 115 aufgestellten Betten betrug 68,5 %. Die für das Fachgebiet gültige Normauslastung von 85 % wurde damit nicht erreicht.

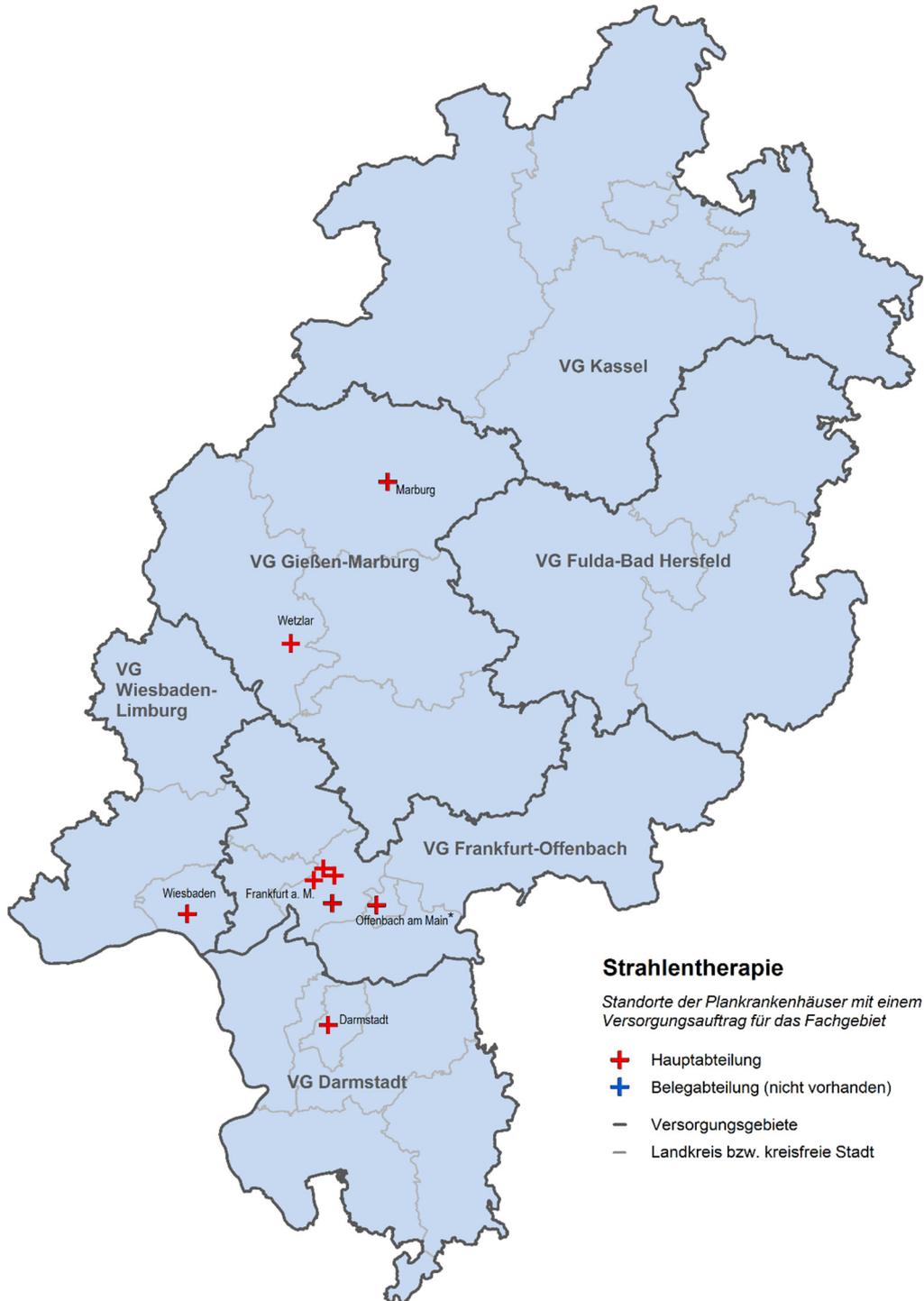
Die Fallzahl des Fachgebiets Strahlentherapie hat sich zwischen den Jahren 2007 und 2017 deutlich reduziert (-41,2 %), ebenso die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage (-34,5 %). Die durchschnittliche Verweildauer hat sich in diesem Zeitraum hingegen um 0,7 Tage erhöht. Die Auslastung der aufgestellten Betten war in den Jahren 2007 bis 2017 rückläufig, stieg im Jahr 2013 aufgrund einer Bettenreduktion sprunghaft an und hat sich seit den letzten drei Jahren zwischen 67,0 % und 68,5 % eingependelt.

Tabelle 37: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Strahlentherapie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	9	171	6.911	43.890	6,4	70,3%	85,0%
2008	9	175	6.742	44.384	6,6	69,3%	85,0%
2009	9	175	5.399	42.897	7,9	67,2%	85,0%
2010	9	176	5.756	42.740	7,4	66,5%	85,0%
2011	9	171	5.450	39.335	7,2	63,0%	85,0%
2012	9	174	4.481	34.154	7,6	53,6%	85,0%
2013	9	127	4.254	34.023	8,0	73,4%	85,0%
2014	8	120	3.983	31.040	7,8	70,9%	85,0%
2015	8	118	4.060	29.101	7,2	67,6%	85,0%
2016	8	115	4.067	28.194	6,9	67,0%	85,0%
2017	8	115	4.067	28.765	7,1	68,5%	85,0%
2007-2017	-11,1%	-32,7%	-41,2%	-34,5%	11,4%	-2,5%	-
2016-2017	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%	2,3%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 34: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Strahlentherapie

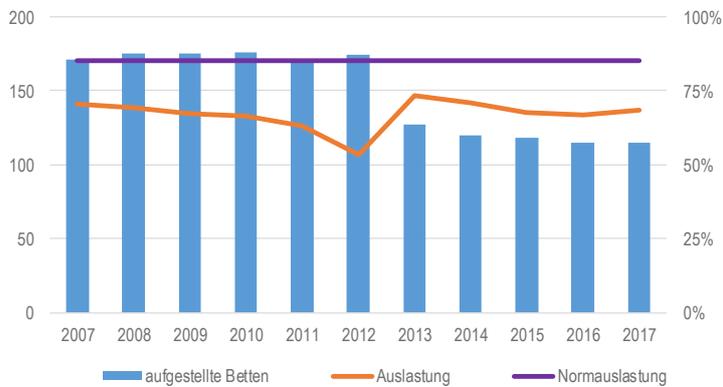


*Das Sana Klinikum Offenbach meldet kein Leistungsgeschehen.

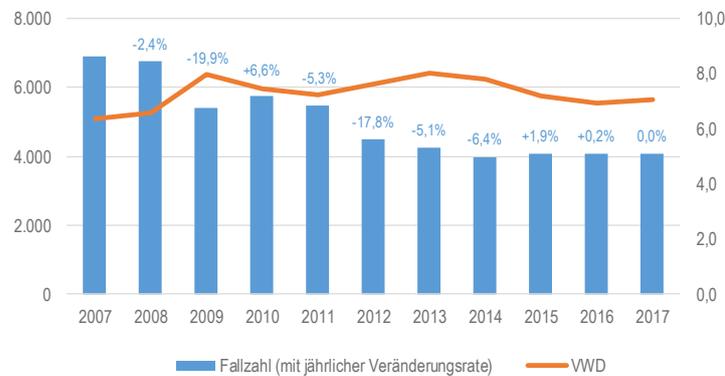
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 35: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Strahlentherapie 2007-2017

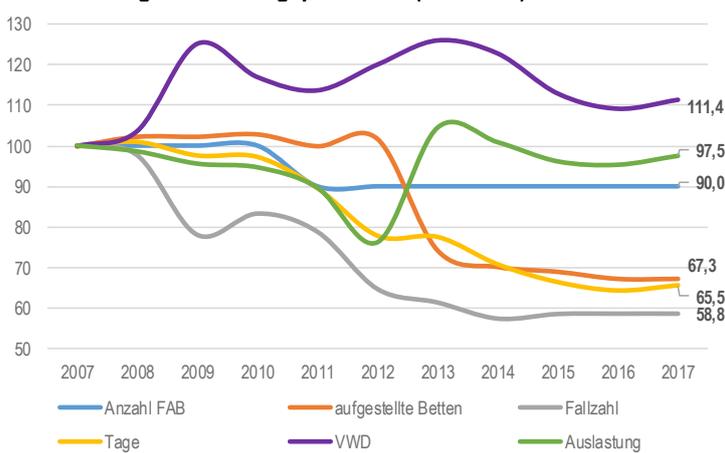
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die Prognose der Fallzahl bis zum Jahr 2025 geht im Fachgebiet Strahlentherapie hessenweit von einer Steigerung um 9,7 % aus. Die Berechnungs- und Belegungstage steigen etwas stärker um 10,5 %. Daraus lässt sich ein Mehrbedarf in Höhe von elf Betten ableiten. Dieser demografiebedingte Mehrbedarf kann jedoch durch bestehende Überkapazitäten kompensiert werden. Es sei jedoch explizit darauf hingewiesen, dass die Prognose von einem Status-Quo-Szenario ausgeht, d.h. es werden konstante altersjahrspezifische Krankenhaushäufigkeiten angenommen. Ein möglicher Trend hin zu einer Ambulantisierung der Strahlentherapie mit ggf. rückläufigen Fallzahlen ist im Prognosemodell nicht berücksichtigt. Da das Fachgebiet hessenweit geplant wird, erfolgt die Ausweisung der Prognosewerte für die Versorgungsgebiete nur nachrichtlich.

Tabelle 38: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Strahlentherapie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fulda-Bad Hersfeld	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gießen-Marburg	1.156	+80	+6,8%	8.929	+700	+8,1%	31	+2	+6,5%	-2
Frankfurt-Offenbach	2.278	+260	+11,6%	14.241	+2.100	+14,7%	62	+7	+11,3%	-16
Wiesbaden-Limburg	86	0	+2,7%	1.447	0	-2,2%	6	0	0,0%	-1
Darmstadt	547	+70	+12,4%	4.148	+500	+12,3%	16	+2	+12,5%	-3
Hessen	4.067	+410	+9,7%	28.765	+3.300	+10,5%	115	+11	+9,6%	-22

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt. Prognosewerte für die Versorgungsgebiete werden nur nachrichtlich ausgewiesen.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.18 Urologie

In Hessen verfügen 36 Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Urologie. Zwei der 36 Krankenhäuser nehmen den Versorgungsauftrag jedoch nicht mehr wahr. Gut ein Drittel der verbleibenden 34 Krankenhäuser halten das Fachgebiet als reine Belegabteilung vor. Die Planung des Fachgebiets geschieht auf Ebene der Versorgungsgebiete. Gleichwohl ist in jeder kreisfreien Stadt und in fast jedem Landkreis mindestens ein stationäres urologisches Angebot vorhanden. Ausnahmen sind der Rheingau-Taunus-Kreis, der Wetteraukreis, der Landkreis Offenbach sowie der Schwalm-Eder-Kreis. Die Bevölkerung aus diesen Landkreisen wird von den umliegenden Krankenhäusern mitversorgt. Die meisten Anbieter gibt es in der kreisfreien Stadt Frankfurt. Dort halten insgesamt sechs Krankenhäuser das Fachgebiet Urologie vor.

In der Urologie wurden im Jahr 2017 insgesamt 58.001 Patienten in 256.496 Berechnungs- und Belegungstagen behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 4,4 Tagen pro Patienten. Für die urologische Versorgung der Patienten standen 960 Betten in den 34 Krankenhäusern zur Verfügung. Davon waren 18 % Belegbetten. Die Auslastung der aufgestellten Betten lag im Jahr 2017 bei 73,2 % und damit unterhalb der Normauslastung von 80,0 %.

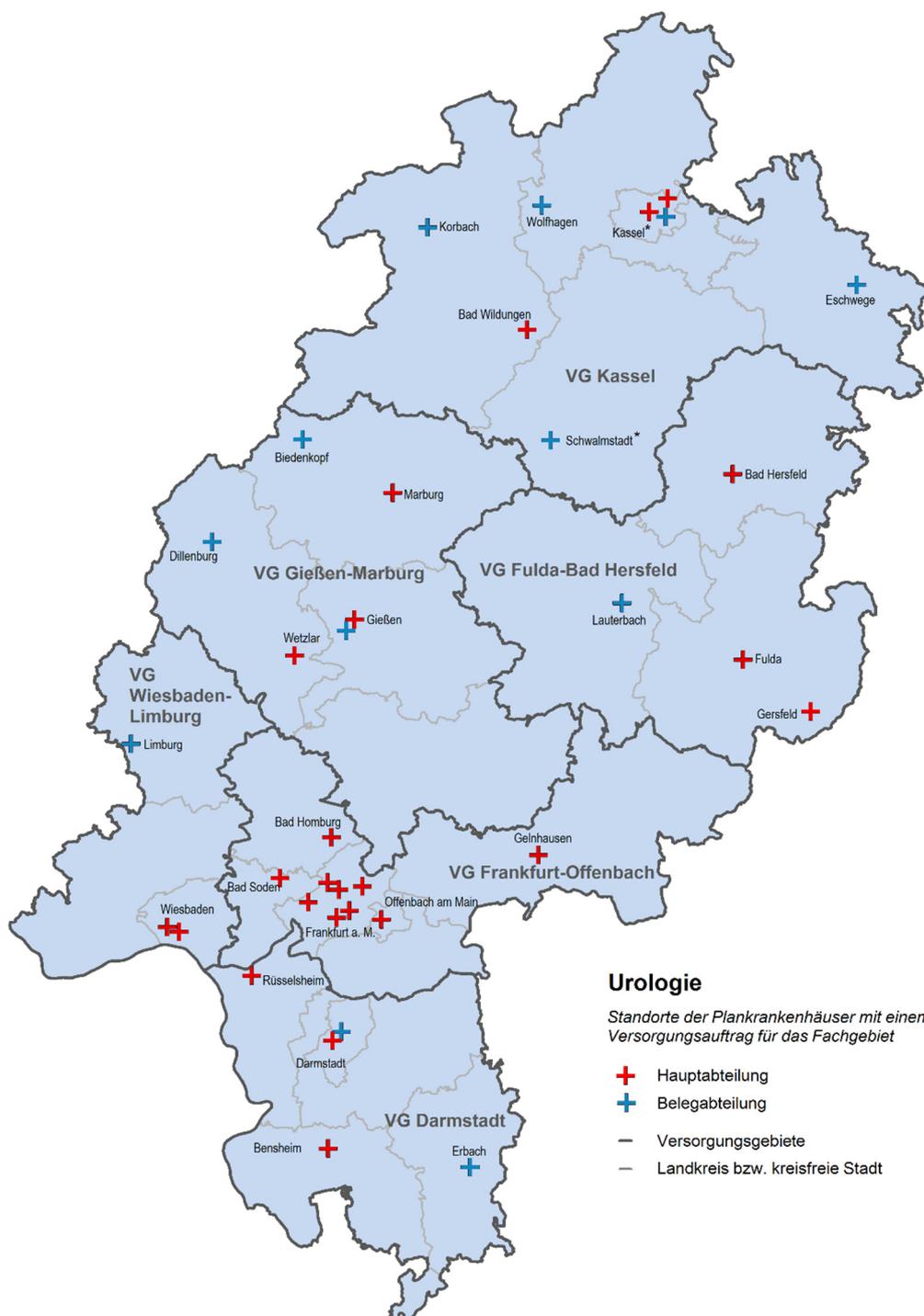
Die Zahl der in Hessen vorgehaltenen Fachgebiete hat sich im Jahr 2017 im Vergleich mit dem Jahr 2007 um eins reduziert. Gleichzeitig hat sich die Zahl der aufgestellten Betten in diesem Zeitraum um 11,0 % verringert. Ebenfalls rückläufig war die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage (-8,9 %). Die Fallzahl hat dagegen kontinuierlich zugenommen. Einzig im Jahr 2013 gab es einen Rückgang der Fallzahl (-4,8 %) im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt wurden im Jahr 2017 rund 8.226 Fälle mehr behandelt als noch im Jahr 2007 (+16,5 %). Die Auslastung der aufgestellten Betten war im Betrachtungszeitraum relativ konstant und bewegte sich im Bereich zwischen 66,4 % und 73,2 %. Die durchschnittliche Verweildauer ist in den Jahren 2007 bis 2017 deutlich von 5,7 Tagen auf 4,4 Tage gesunken.

Tabelle 39: Struktur- und Leistungsdaten des Fachgebiets Urologie 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	35	1.079	49.775	281.552	5,7	71,5%	80,0%
2008	35	1.083	51.069	281.571	5,5	71,0%	80,0%
2009	35	1.049	51.693	272.320	5,3	71,1%	80,0%
2010	35	1.089	53.217	263.739	5,0	66,4%	80,0%
2011	37	1.048	55.656	264.612	4,8	69,2%	80,0%
2012	37	1.040	57.536	274.518	4,8	72,1%	80,0%
2013	37	1.029	54.777	257.564	4,7	68,6%	80,0%
2014	38	1.009	55.901	262.285	4,7	71,2%	80,0%
2015	36	992	56.202	262.408	4,7	72,5%	80,0%
2016	36	989	56.003	255.968	4,6	70,7%	80,0%
2017	34	960	58.001	256.496	4,4	73,2%	80,0%
2007-2017	-2,9%	-11,0%	16,5%	-8,9%	-21,8%	2,4%	-
2016-2017	-5,6%	-2,9%	3,6%	0,2%	-3,2%	3,5%	-

Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 36: Standorte der Krankenhäuser mit Fachgebiet Urologie



*Die Agaplesion Diakonie-Kliniken Kassen und die Asklepios Klinik Schwalmstadt / Melsungen nehmen den Versorgungsauftrag nicht mehr wahr.

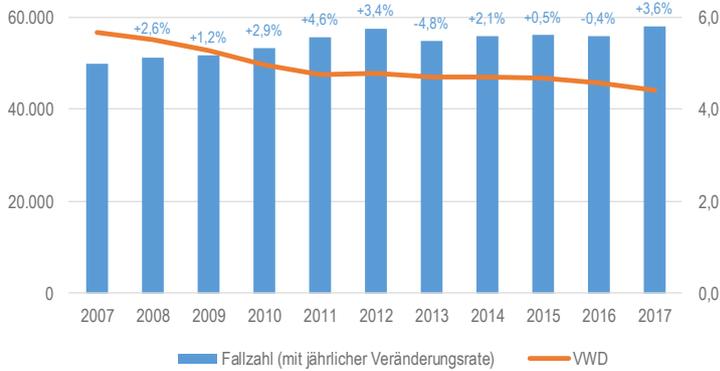
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration
Stand: 31.12.2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 37: Entwicklung des Leistungsgeschehens im Fachgebiet Urologie 2007-2017

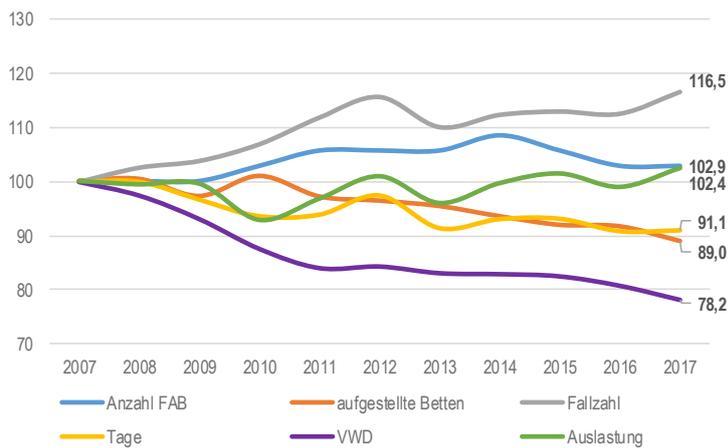
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Im Fachgebiet Urologie kann in Hessen insgesamt bis zum Jahr 2025 ein weiterer Anstieg der Fallzahl um rund 4.900 Fälle (+8,5 %) erwartet werden. Gemäß der Prognose werden die Berechnungs- und Belegungstage etwas stärker steigen (+10,7 %). Daraus resultiert ein zusätzlicher Bettenbedarf in Höhe von 93 Betten. Regional streut der erwartete Fallzahlanstieg zwischen +5,7 % im Versorgungsgebiet Kassel und +10,3 % im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach. Entsprechend berechnet sich für das Versorgungsgebiet Kassel ein zusätzlicher Bettenbedarf von sieben Betten und für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach ein zusätzlicher Bettenbedarf von 42 Betten. Da im Jahr 2017 in allen Versorgungsgebieten die aufgestellten Betten nicht auf Höhe der für das Fachgebiet gültigen Normauslastung von 80 % ausgelastet waren, kann ein Teil der zusätzlichen Betten mehr oder weniger stark durch bestehende Kapazitäten kompensiert werden.

Tabelle 40: Bedarfsprognose für das Fachgebiet Urologie

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017*
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	7.285	+420	+5,7%	30.198	+2.100	+7,0%	129	+7	+5,4%	-26
Fulda-Bad Hersfeld	6.210	+380	+6,2%	29.493	+2.600	+8,9%	129	+9	+7,0%	-28
Gießen-Marburg	10.639	+750	+7,1%	47.515	+4.400	+9,3%	167	+15	+9,0%	-4
Frankfurt-Offenbach	21.506	+2.210	+10,3%	95.901	+12.200	+12,7%	340	+42	+12,4%	-12
Wiesbaden-Limburg	4.250	+330	+7,8%	18.653	+1.600	+8,7%	75	+5	+6,7%	-11
Darmstadt	8.111	+830	+10,2%	34.736	+4.300	+12,4%	120	+15	+12,5%	-1
Hessen	58.001	+4.920	+8,5%	256.496	+27.200	+10,7%	960	+93	+9,7%	-82

*Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten, die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

9.19 Intensivmedizin (nicht geplant)

Aufgrund der besonderen Bedeutung der intensivmedizinischen Kapazitäten für die Versorgung der Bevölkerung wird die Entwicklung der Intensivmedizin in Hessen im Folgenden separat dargestellt. Es ist jedoch zu betonen, dass die Intensivmedizin in Hessen nicht zu den krankenhauplanerischen Fachgebieten gehört. In den krankenhauplanerischen Feststellungsbescheiden werden demnach auch keine Versorgungsaufträge für Intensivmedizin erteilt. Statistisch werden die intensivmedizinischen Fälle standardmäßig bei anderen Fachgebieten mitgemeldet. Die bisher in diesem Kapitel vorgestellten Parameter der anderen Fachgebiete enthalten daher immer auch Intensivfälle. Um einen Überblick über die spezifischen Entwicklungen im intensivmedizinischen Bereich zu erlangen, wurden die Leistungsparameter für den Bereich der Intensivmedizin nochmals extrahiert. Die Ergebnisse sind im Folgenden gesondert dargestellt.

Im Jahr 2017 gab es in Hessen 85 Krankenhäuser, die insgesamt 1.815 Intensivbetten vorhielten. Die Krankenhäuser verteilten sich dabei flächendeckend auf ganz Hessen. Die Zahl der Patienten, die intensivmedizinisch behandelt wurden, lag bei 143.172 Fällen. Die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage belief sich auf 523.663 Tage. Im Mittel verbrachte ein Intensivpatient 3,7 Tage in intensivmedizinischer Behandlung. Die aufgestellten Betten waren zu 79,0 % aufgelastet.

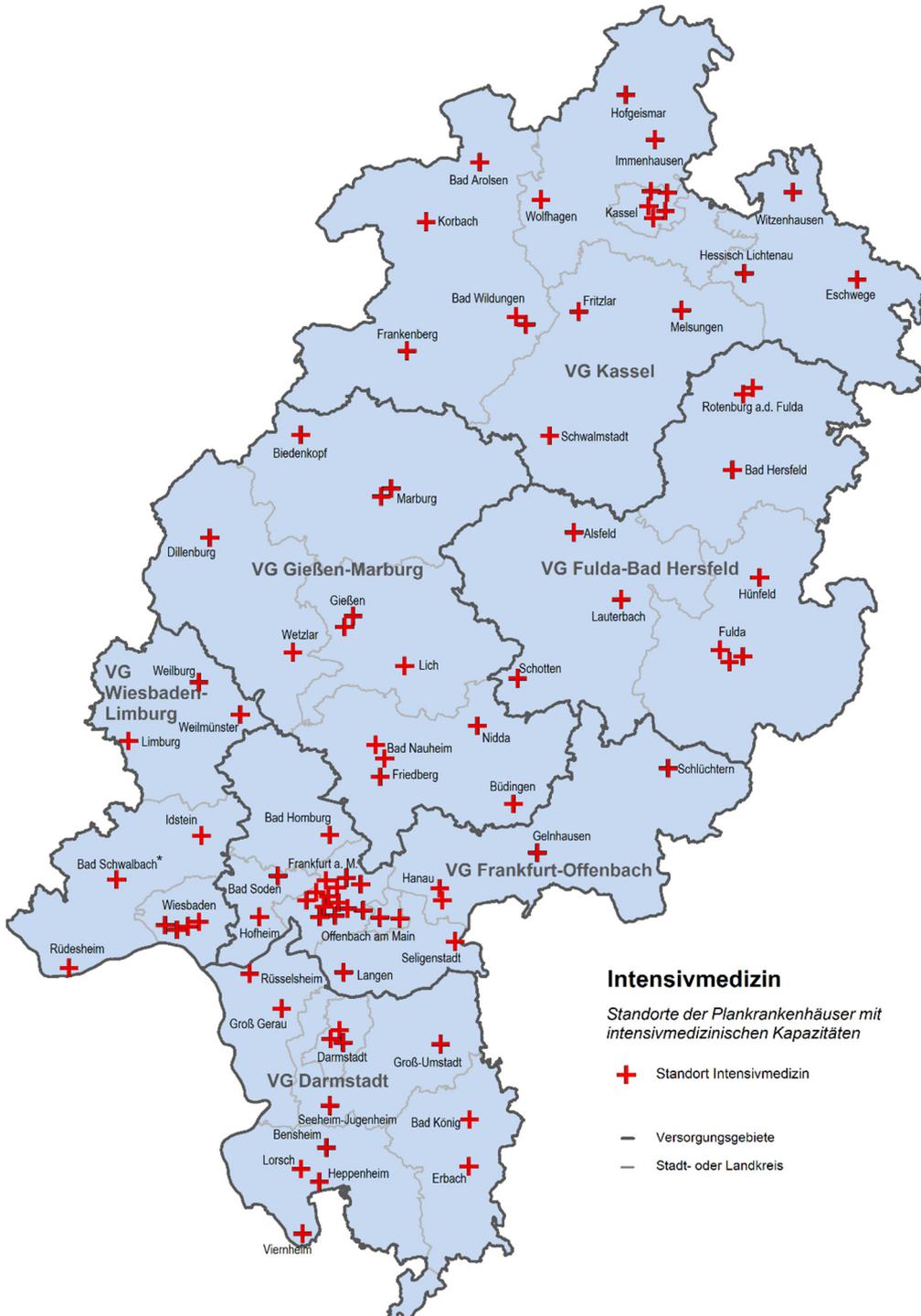
Seit 2007 wurden die intensivmedizinischen Kapazitäten erheblich aufgestockt. Die Zahl der aufgestellten Betten ist im Zeitraum von 2007 bis 2017 von 1.410 auf 1.815 um 28,7 % gestiegen. Die Zahl der Berechnungs- und Belegungstage ist mit +24,2 % im gleichen Maße angestiegen. Die Fallzahl hat sich ebenfalls um 10,0 % erhöht. Im Jahr 2017 wurden 13.012 Intensivpatienten mehr behandelt als noch im Jahr 2007. Auch die durchschnittliche Verweildauer der Intensivpatienten ist im Gegensatz zum allgemeinen Trend von der Tendenz her ansteigend. Während im Jahr 2007 die Verweildauer noch 3,2 Tage betrug, ist sie bis zum Jahr 2017 auf 3,7 Tage angestiegen. Die Auslastung der Intensivbetten im betrachteten Zeitraum lag relativ konstant im Bereich zwischen 77 % und 83 %.

Tabelle 41: Struktur- und Leistungsdaten der Intensivmedizin 2007-2017

Jahr	Anzahl KH	aufgestellte Betten	Fallzahl	Tage	VWD	Auslastung	Normauslastung
2007	88	1.410	130.160	421.753	3,2	81,9%	-
2008	90	1.453	125.802	430.603	3,4	81,0%	-
2009	90	1.449	123.211	421.556	3,4	79,7%	-
2010	90	1.547	125.075	435.222	3,5	77,1%	-
2011	84	1.601	132.565	460.822	3,5	78,9%	-
2012	83	1.674	136.782	490.660	3,6	80,1%	-
2013	84	1.646	131.808	492.634	3,7	82,0%	-
2014	84	1.749	140.309	528.405	3,8	82,8%	-
2015	82	1.815	142.192	533.005	3,7	80,5%	-
2016	82	1.764	145.439	518.412	3,6	80,3%	-
2017	85	1.815	143.172	523.663	3,7	79,0%	-
2007-2017	-3,4%	28,7%	10,0%	24,2%	12,9%	-3,5%	-
2016-2017	3,7%	2,9%	-1,6%	1,0%	2,6%	-1,6%	-

Quelle: Krankenhausstatistik Hessisches Statistisches Landesamt 2007-2017, Berechnung der Hessen Agentur.

Abbildung 38: Standorte der Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Versorgung

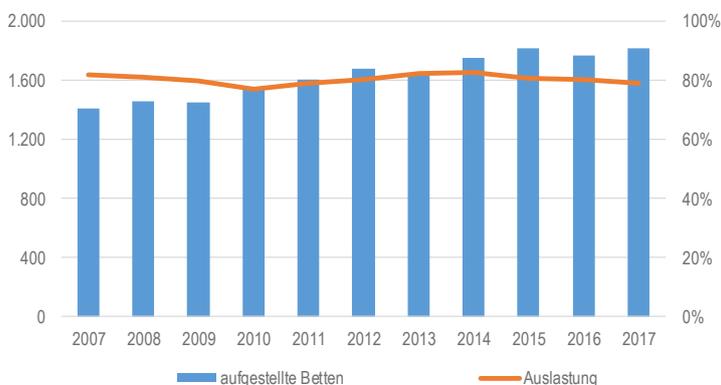


*Das Krankenhaus in Bad Schwalbach (Helios) wurde mittlerweile geschlossen.

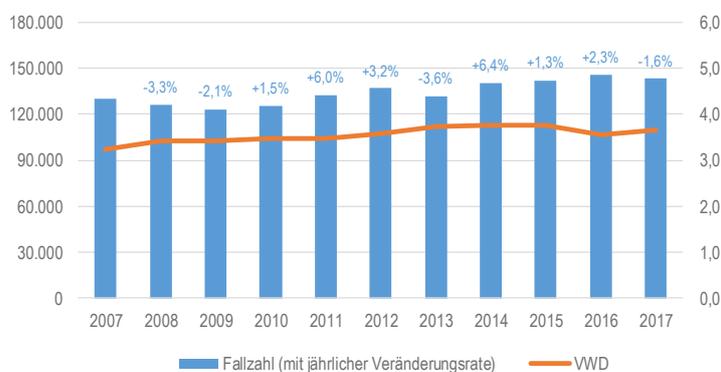
Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Auswertung Krankenhausstatistik Hessisches Statistisches Landesamt 2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Abbildung 39: Entwicklung des Leistungsgeschehens in der Intensivmedizin 2007-2017

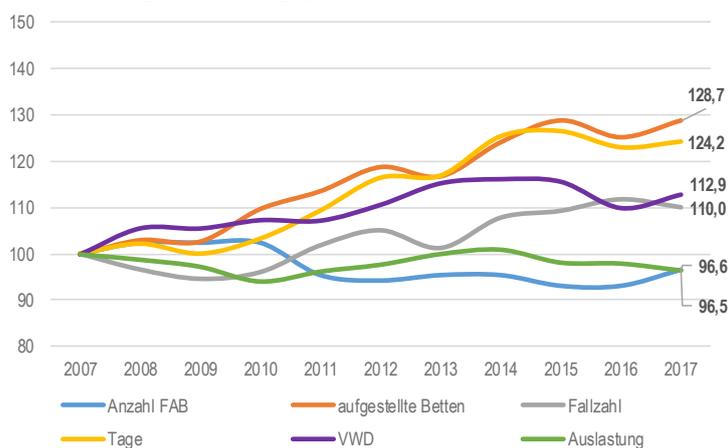
A: Anzahl und Auslastung aufgestellte Betten sowie Normauslastung



B: Fallzahl und durchschnittliche Verweildauer



C: Entwicklung der Leistungsparameter (2007=100)



Quelle: Krankenhausstatistik Hessisches Statistisches Landesamt 2007-2017, Darstellung der Hessen Agentur.

Die Bedarfsprognose für das Jahr 2025 zeigt für den Bereich der Intensivmedizin hessenweit eine weiterhin ansteigende Tendenz bei der Fallzahl um 10,2 %. Da bei der Bedarfsprognose die durchschnittliche Verweildauer von Intensivpatienten konstant gehalten wurde, errechnet sich ebenfalls bei den Behandlungstagen ein Anstieg von 10,2 %. Besonders betroffen ist das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach mit einem demografiebedingten Anstieg der Intensivpatienten in Höhe von 10,3 % bis zum Jahr 2025. In den Versorgungsgebieten Wiesbaden-Limburg und Darmstadt berechnet sich ein Anstieg der Fallzahl in Höhe von 8,1 % bzw. 8,9 %. Am geringsten fällt der Fallzahlanstieg im Versorgungsgebiet Kassel mit einem Anstieg in Höhe von 4,2 % aus. Die Versorgungsgebiete Fulda-Bad Hersfeld und Gießen-Marburg kommen auf Veränderungsraten von 5,6 % bzw. 7,1 %. Die Intensivmedizin stellt kein eigenständiges krankenhauplanerisches Fachgebiet dar, weshalb keine festgelegte Normauslastung zugewiesen ist. Da die Bettenauslastung der Intensivbetten im Zeitraum von 2007 bis 2017 relativ konstant bei ca. 80 % lag, wird diese Auslastungsrate hilfsweise als Normauslastung herangezogen. Anhand dieser Auslastungsrate kann für Hessen insgesamt ein zusätzlicher Bettenbedarf bis 2025 in Höhe von 143 Betten bzw. 7,9 % berechnet werden.

Tabelle 42: Bedarfsprognose für die Intensivmedizin

Versorgungsgebiet	Fallzahl			Tage			Betten			nachrichtl.: Über-/ Unter- kapazitäten 2017**
	Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025		Ist 2017	Veränderung 2025*		
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.	
Kassel	24.965	+1.050	+4,2%	87.270	+3.700	+4,2%	267	+13	+4,9%	+32
Fulda-Bad Hersfeld	11.531	+650	+5,6%	40.706	+2.300	+5,6%	117	+8	+6,8%	+22
Gießen-Marburg	29.299	+2.080	+7,1%	112.390	+8.400	+7,1%	414	+29	+7,0%	-29
Frankfurt-Offenbach	43.483	+4.460	+10,3%	169.274	+17.400	+10,3%	610	+60	+9,8%	-30
Wiesbaden-Limburg	13.675	+1.100	+8,1%	44.004	+3.500	+8,1%	152	+12	+7,9%	-1
Darmstadt	20.219	+1.790	+8,9%	70.019	+6.200	+8,9%	255	+21	+8,2%	-15
Hessen	143.172	+11.130	+10,2%	523.663	+41.500	+10,2%	1.815	+143	+7,9%	-21

*Bei einer angenommenen Normauslastung von 80 %.

**Bei den Über- bzw. Unterkapazitäten handelt es sich um die Zahl der Betten (bei einer angenommenen Normauslastung von 80 %), die im Jahr 2017 bezogen auf die Normauslastung zu viel (negatives Vorzeichen) oder zu wenig (positives Vorzeichen) aufgestellt waren. In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

10 Stationärer Versorgungsatlas

Der Versorgungsatlas für Hessen besteht aus zwei Teilen. Neben dem jährlich veröffentlichten Leistungsreport ist auch die Studie zu den demografischen Auswirkungen auf das vollstationäre Leistungsgeschehen Bestandteil.

10.1 Leistungsreport der Hessischen Plankrankenhäuser

Der umfassende und jährlich erscheinende Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser wird in seiner jeweils aktuell gültigen Fassung auf der Homepage des HMSI veröffentlicht. In diesem werden die Leistungsdaten für alle hessischen Plankrankenhäuser, die Versorgungsgebiete und Hessen insgesamt auf Ebene der Fachgebiete im Zeitverlauf dargestellt.

10.2 Auswirkungen des demografischen Wandels auf das vollstationäre Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Hessen bis zum Jahr 2030

Die Studie zur Entwicklung des vollstationären Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Hessen bis zum Jahr 2030 untersucht die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die hessische Krankenhauslandschaft. Dabei werden die zukünftigen Veränderungen der Fallzahlen nach ICD-Kapiteln, den häufigsten Diagnosen und sowie ausgewählten Prozeduren aufgezeigt. Die Studie wird auf der Homepage des HMSI veröffentlicht.

Die zukünftige demografische Entwicklung stellt Land und Kommunen vor erhebliche Herausforderungen. Durch geringe Geburtenziffern weit unter dem Reproduktionsniveau, dem „Durchaltern“ der geburtenstarken Jahrgänge und einer verlängerten Lebenserwartung ist in den kommenden Jahren von einer starken Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung auszugehen. Bevölkerungsprognosen zeigen, dass der Anteil älterer Menschen immer weiter zunehmen und der Anteil jüngerer Menschen abnehmen wird.

Der stationäre Sektor ist vom Faktum der alternden Gesellschaft in besonderer Weise betroffen, da ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Menschen häufiger im Krankenhaus behandelt werden sowie die Multimorbidität zunimmt. Zudem weisen ältere Patienten im Durchschnitt höhere Verweildauern auf. Nimmt die absolute Zahl und der Anteil der älteren Menschen in den kommenden Jahren zu, dann ist voraussichtlich von steigenden Fallzahlen in den Krankenhäusern auszugehen, selbst dann, wenn die Bevölkerung insgesamt rückläufig ist. Um die entsprechenden Versorgungskapazitäten bereitzustellen, ist eine Betrachtung des demografischen Wandels aus dem Blickwinkel der Krankenhausplanung von besonderer Bedeutung.

Daher wird in der Studie der Schwerpunkt auf die zukünftige Entwicklung krankenhausspezifischer Leistungsparameter und auf ausgewählte Diagnosen sowie Prozeduren gelegt.

Dabei wird nicht nur die hessische Perspektive insgesamt betrachtet, sondern die Ergebnisse differenziert nach den Versorgungsgebieten und Landkreisen bzw. kreisfreien Städten dargestellt und somit eine regionale Steuerung der Krankenhausplanung in Hessen ermöglicht. Die für die Regionen ermittelten Werte der krankenhausspezifischen Leistungsparameter sind weniger als exakte Zielwerte zu verstehen, sondern viel mehr als Richtwerte bzw. als Entwicklungstendenzen, die aufgrund der sicher eintretenden demografischen Veränderung zu erwarten sind.

Impressum

Herausgeber

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden
www.soziales.hessen.de

Verfasser / Redaktion

Jörg Gruno, Dr. Ben Michael Risch: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Heiko Müller, Simon Schiefer: HA Hessen Agentur GmbH

V.i.S.d.P.: Alice Engel: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Stand

Juni 2020

Anmerkung zur Verwendung

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Hessischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlkampfveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung von Funktions- bzw. personenbezogenen Bezeichnungen, wie zum Beispiel Teilnehmer / Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Bildnachweis

pixpa – stock.adobe.com (Titel oben), sudok1 – stock.adobe.com (Titelbild unten)

Druck

Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden

Auflage

200

Bestellung

Download im Internet unter: www.soziales.hessen.de

HESSEN



Herausgeber:

**Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration**

Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden

www.soziales.hessen.de