

# **Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>5</b>	
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>6</b>	
<b>A</b>	<b>Allgemeiner Teil</b>	
<b>1</b>	<b>Einleitung: Grundlagen, Bedeutung und Gegenstand der Krankenhausplanung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung</b>	<b>8</b>
2.1	Bundesrecht	8
2.2	Landesrecht	10
<b>3</b>	<b>Begriffskonkretisierungen</b>	<b>13</b>
3.1	Krankenhaus und Krankenhausbehandlung	13
3.2	Standort	14
3.3	Versorgungsauftrag	14
3.4	Zentren und Schwerpunkte	15
<b>4</b>	<b>Planungsgrundsätze</b>	<b>17</b>
4.1	Ziele der Krankenhausplanung	17
4.2	Bedarfsanalyse	17
4.3	Krankenhausanalyse	17
4.4	Auswahlentscheidung	17
4.5	Feststellungsbescheid	19
4.6	Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern	19
<b>5</b>	<b>Planungsziele</b>	<b>21</b>
5.1	Allgemeine Ziele	21
5.2	Spezielle Ziele	23
<b>6</b>	<b>Versorgungsstruktur</b>	<b>25</b>
6.1	Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser	25
6.2	Versorgungsstufen	25
6.3	Teilstationäre Einrichtungen	27
6.4	Belegärztliche Versorgung	28
<b>7</b>	<b>Qualitätsvorgaben</b>	<b>30</b>
7.1	Notfallversorgung	31
7.2	Geriatrische Versorgung	31
7.3	Versorgungsstrukturen Geburtshilfe/Neonatologie	32
7.4	Neurochirurgische Versorgung	32
7.5	Neurologische Frührehabilitation (Phase B)	32

<b>8</b>	<b>Besondere Versorgungsschwerpunkte</b>	<b>35</b>
8.1	Perinatal- und Neonatalversorgung	35
8.2	Traumanetzwerk	36
8.3	Geriatrische Versorgung	37
8.4	Palliativmedizinische Versorgung	45
8.5	Schlaganfallversorgung	49
8.6	Onkologische Zentren	50
8.7	Brustzentren	51
<b>9</b>	<b>Psychiatrische Versorgung</b>	<b>53</b>
9.1	Einleitung	53
9.2	Psychiatrie und Psychotherapie	53
9.3	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	55
9.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	57
<b>10</b>	<b>Ermittlung der bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur</b>	<b>59</b>
10.1	Fachgebiete der Krankenhausplanung	59
10.2	Bettennutzung	59
10.3	Bedarfsbestimmende Faktoren	60
10.4	Verfahren zur Bedarfsberechnung	61
10.5	Anhörungsverfahren	69
<b>11</b>	<b>Medizinische Fachplanung</b>	<b>70</b>
11.1	Augenheilkunde	70
11.2	Chirurgie	70
11.3	Orthopädie	71
11.4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	72
11.5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	72
11.6	Haut- und Geschlechtskrankheiten	73
11.7	Herzchirurgie	73
11.8	Innere Medizin	74
11.9	Geriatric	75
11.10	Kinderheilkunde	75
11.11	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	76
11.12	Neurochirurgie	76
11.13	Neurologie	77
11.14	Nuklearmedizin	78
11.15	Strahlentherapie	78
11.16	Urologie	79
11.17	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	79
11.18	Psychiatrie und Psychotherapie	80
11.19	Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik	81

<b>12</b>	<b>Änderungen während der Laufzeit des Planes</b>	<b>82</b>
<b>13</b>	<b>Inhalt des Krankenhausplanungsblattes</b>	<b>83</b>
13.1	Wesentlicher Inhalt	83
13.2	Verbindliche Festlegungen	83
<b>B</b>	<b>Besonderer Teil</b>	
<b>1</b>	<b>Übersicht über die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser</b>	
<b>2</b>	<b>Krankenhausplanungsblätter der Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken</b>	
<b>3</b>	<b>Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag</b>	
<b>C</b>	<b>Anlagen</b>	
<b>1</b>	<b>Entwicklung der Planbetten und Tagesklinik-Plätze nach Fachabteilung 2011 bis 2017</b>	
<b>2</b>	<b>Fachrichtungsbezogene Standortkarten</b>	
<b>3</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht Modellprojekte nach § 64b SGB V	55
Tabelle 2	Vollstationäre Fachabteilungsfälle und Verweildauer 2015	62
Tabelle 3	Bevölkerung 2015 bis 2022 nach Geschlecht und Altersklassen, Variante G1-L1-W2	64
Tabelle 4	Projektion der Fallzahlen bis 2022 basierend auf den Grunddaten der Krankenhäuser 2015	66
Tabelle 5	Bedarf an Planbetten 2017 nach Fachabteilung	68
Tabelle 6	Übersicht über die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser mit Angabe der Planbetten und der tagesklinischen Plätze	84
Tabelle 7	Übersicht Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag	89
Tabelle 8	Planbetten und Tagesklinik-Plätze 2011 bis 2017	90

### Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Standorte der Plankrankenhäuser in Schleswig-Holstein	87
Abb. 2	Geriatric in Schleswig-Holstein	91
Abb. 3	Psychiatrie und Psychosomatik und Modellversuch nach § 64b SGB V (Regionalbudgets) in Schleswig-Holstein	92
Abb. 4	Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein	93
Abb. 5	Palliativstationen und stationäre Hospize in Schleswig-Holstein	94
Abb. 6	Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	95
Abb. 7	Traumazentren in Schleswig-Holstein - Versorgung Schwerverletzter	96
Abb. 8	Stroke Units in Schleswig-Holstein - Schlaganfallversorgung	97

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **1 Einleitung: Grundlagen, Bedeutung und Gegenstand der Krankenhausplanung**

Der Schleswig-Holsteinische Krankenhausplan 2017 legt auf der Basis der geltenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, den Rahmen für das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern fest.

Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung haben sich in vielfältiger Weise in den letzten Jahren verändert. Unabhängig davon tragen die Bundesländer wie bisher die Verantwortung dafür, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Dazu sind zielorientierte Krankenhausplanung und Krankenhausförderung unabdingbar.

Der Krankenhausplan 2017 verfolgt das Ziel, die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein weiterhin auf qualitativ hochwertigem Niveau zu gewährleisten. Ferner soll der Krankenhausplan die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung die Versorgung in der Fläche ausgewogen sicherstellen können.

Ein wichtiger neuer Aspekt der Krankenhausplanung wird die Qualitätssicherung sein. Denn die Entwicklungen auf Bundesebene müssen in den Blick genommen und aktiv mitgestaltet werden.

## **2 Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung**

Die rechtlichen Eckpunkte der Krankenhausplanung finden sich in den krankenhausrrechtlichen Regelungen des Bundes, den Landeskrankengesetzen und der Rechtsprechung zur Krankenhausplanung. Landes-Krankenhausplanung ist einerseits durch die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen geprägt, bietet aber durch die Beschränkung des Bundes auf Aspekte der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser den Planungsbeteiligten einen planerischen Gestaltungsrahmen, der unter Beachtung der Rechtsprechung verantwortungsbewusst auszufüllen ist.

### **2.1 Bundesrecht**

#### **2.1.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) hat den Zweck, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1). Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten (§ 1 Abs. 2). Zur Verwirklichung dieser Ziele stellen die Länder Krankenhauspläne auf (§ 6 Abs. 1) und passen sie der Bedarfsentwicklung an. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (§ 6 Abs. 4).

#### **2.1.2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)**

Das zum 1. Januar 1989 in Kraft getretene SGB V in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) und seitdem durch zahlreiche Änderungen novellierte Gesetz enthält grundlegende Bestimmungen für den Bereich des Krankenhauswesens.

Nach § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen für ihre Versicherten Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen; das sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser wird durch § 109 Abs. 1 SGB V der Versorgungsvertrag kraft Gesetzes begründet. Nach § 110 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen das Recht, auch einen gesetzlich begründeten Versorgungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen zu kündigen.

Im Rahmen des SGB V wird es den Krankenhäusern ermöglicht, vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V) sowie ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe (§ 115 b SGB V) durchzuführen. Zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

(§116b) sowie zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung können Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls zugelassen werden.

### 2.1.3 Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Im November 2015 hat der Bundestag das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) beschlossen, dessen Vorschriften ganz überwiegend am 1. Januar 2016 in Kraft getreten sind. Folgende Änderungen bundesrechtlicher Vorschriften werden in der Krankenhausplanung der kommenden Jahre zu berücksichtigen sein:

Das vom KHG vorgegebene Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozialtragbaren Pflegesätzen wurde um das Ziel einer qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung erweitert (§ 1 Abs. 1 KHG).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Auftrag erhalten, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind (§ 136c Abs. 1 SGB V). Diese planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden Bestandteil des Krankenhausplans, soweit nicht durch Landesrecht die Geltung ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt wurde (§ 6 Abs. 1a KHG). Erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren soll der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 beschließen.<sup>1</sup> Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maße unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden bzw. sind ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Für bereits in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser können auch Qualitätsabschläge nach dem neu gefassten § 5 Abs. 3 KHEntgG eine teilweise Planherausnahme zur Folge haben (§ 8 Abs. 1a, 1b KHG).

Der G-BA sollte ursprünglich bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung beschließen (§ 136c Abs. 4 SGB V). Die Selbstverwaltung sollte bis zum 30. Juni 2017 auf Grundlage der vom G-BA zu beschließenden Vorgaben eine Vereinbarung zur näheren Ausgestaltung und Höhe von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung treffen (§ 9 Abs. 1a Nr. 5. KHEntgG). Die Fristen wurden jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils um ein Jahr verlängert.

Krankenhausvergütungsrechtliche Zuschläge für besondere Aufgaben eines Zentrums (§ 5 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG) sind grundsätzlich davon abhängig, dass die besonderen Aufgaben im Krankenhausplan ausgewiesen oder im Einzelfall durch die zuständige Behörde festgelegt wurden (§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG).

---

<sup>1</sup> Am 31. August 2016 hat das IQTIG dem G-BA seinen Abschlussbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ vorgelegt. Ein Beschluss des G-BA liegt derzeit (Stand Oktober 2016) noch nicht vor.

Die Selbstverwaltung sollte bis zum 31. März 2016 die besonderen Aufgaben konkretisieren.<sup>2</sup> Besondere Aufgaben können sich insbesondere ergeben aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen (§ 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG). Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Zentrumszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden (§ 5 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG).

## **2.2 Landesrecht**

### **2.2.1 Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Die in Schleswig-Holstein geltenden spezifischen landesrechtlichen Regelungen enthält das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) vom 12. Dezember 1986 (GVOBl. Schl.-H. S. 302) zuletzt geändert am 16.07.2015 durch das Gesetz zur Errichtung einer Kammer für die Heilberufe in der Pflege.

Nach § 6 Abs. 1 KHG i.V.m. § 2 Abs. 1 AG-KHG hat das Gesundheitsministerium den Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein aufzustellen und ihn der Entwicklung anzupassen. Der Krankenhausplan ist spätestens nach Ablauf von sechs Jahren fortzuschreiben.

Gemäß § 1 AG-KHG stellen das Land, die Kreise und kreisfreien Städte die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (Krankenhausversorgung) in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sicher. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten.

Das Land sowie die Kreise und kreisfreien Städte gewähren zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel.

In den Krankenhausplan sind die für die bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Krankenhäuser aufzunehmen. Er legt insbesondere den Standort, die Bettenzahl und die Fachrichtungen fest und weist die Ausbildungsstätten aus (§ 3 AG-KHG).

Planungsbeteiligte nach § 19 AG-KHG sind:

1. Krankenhausgesellschaft SH
2. AOK SH (jetzt AOK Nordwest)
3. Verband der Ersatzkassen
4. Verband der Betriebskrankenkassen
5. Verband der Innungskrankenkassen

---

<sup>2</sup> Da die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband keine Einigung hinsichtlich der Konkretisierung bundeseinheitlicher Kriterien erzielt haben, wurde die Bundesschiedsstelle angerufen.

6. Landwirtschaftliche Krankenkasse SH (jetzt Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)
7. Verband der Privatkrankenversicherungen
8. Städtetag SH
9. Landkreistag SH
10. Städtebund SH
11. Gemeindetag SH
12. Landesversicherungsanstalt SH (jetzt Deutsche Rentenversicherung Nord)
13. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - Landesverband Nordwest
14. LAG der freien Wohlfahrtsverbände SH
15. Verband der Privatkliniken
16. Ärztekammer SH
17. Kassenärztliche Vereinigung SH
18. Pflegeberufekammer SH.

Die in Nr. 1 bis 11 Genannten sind zugleich unmittelbar Beteiligte. Die in Nr. 17 Genannte ist bei sektorenübergreifenden Fragestellungen unmittelbare Beteiligte.

Die Planungsbeteiligten bilden die sogenannte „Beteiligtenrunde“; die Leitung erfolgt durch das Gesundheitsministerium.

Gibt es kein Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten, kann das Gesundheitsministerium nach zweimaliger Erörterung der Sache von seinem Letztentscheidungsrecht Gebrauch machen.

Ausgerichtet an der Zielsetzung des § 1 KHG ist der Krankenhausplan ein wichtiges Steuerungsinstrument für eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen.

Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat zwei wichtige Rechtsfolgen:

- Die Krankenhäuser erhalten öffentliche Fördermittel nur, soweit und solange sie in den Krankenhausplan – und gegebenenfalls auch in das Investitionsprogramm – aufgenommen sind, § 8 Abs. 1 KHG.  
Die Höhe der Fördermittel orientiert sich u.a. an dem Versorgungsauftrag und der Versorgungsstufe.
- Die Krankenkassen haben Krankenhausbehandlung für ihre Versicherten in allen in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern zu gewähren, § 108 Nr. 2 SGB V.

### **2.2.2 Landeskrankenhausgesetz**

Innerhalb der Laufzeit dieses Krankenhausplanes ist die Erarbeitung eines Schleswig-Holsteinischen Landeskrankenhausgesetzes geplant, das das aktuelle AG-KHG ersetzt. Da-

rin ist u.a. das Aufgreifen der Qualitätsdiskussion um länderspezifische Qualitäts-Regelungen in Schleswig-Holstein im Krankenhaus geplant.

### 3 Begriffskonkretisierungen

#### 3.1 Krankenhaus und Krankenhausbehandlung

Der Begriff des „Krankenhauses“ wird in § 2 KHG und in § 107 SGB V in unterschiedlicher Weise definiert. Der Krankenhausbegriff des KHG ist sehr weit gefasst. Erst durch weitere Bestimmungen des KHG und der Bundespflegesatzverordnung ergibt sich die Abgrenzung zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Nach § 107 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Krankenhausbehandlung darf nur durch zugelassene Krankenhäuser erbracht werden. Hierbei handelt es sich um

- Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Nach § 39 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht, wobei die Vorschrift den grundsätzlichen Vorrang teilstationärer, vor- und nachstationärer und ambulanten Behandlung zum Ausdruck bringt. Dabei erfordert die teilstationäre Behandlung zwar ebenso eine Aufnahme in das Krankenhaus, beschränkt sich aber im Gegensatz zur vollstationären Behandlung auf bestimmte Abschnitte eines Tages, überwiegend in tages- oder nachtklinischer Form.

Die vor- und nachstationäre Behandlung ist eine Sonderform, die der ambulanten Behandlung ähnelt, da sie ohne Unterkunft und Verpflegung erbracht wird. Die vorstationäre Behandlung hat das Ziel, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (§ 115a Abs. 1 Ziff. 1 SGB V), die nachstationäre im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (§ 115a Abs. 1 Ziff. 2 SGB V).

Häufigste Anwendungsbereiche der ambulanten Krankenhausbehandlung sind die ambulante Notfallversorgung, das ambulante Operieren sowie Behandlungen durch ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V), im Rahmen von Ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (§ 116 b SGB V) oder durch Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) bzw. psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V).

### 3.2 Standort

Die Definition des Begriffes „Standort“ sollte nicht nur für die planungsrelevanten Indikatoren geeignet sein, sondern auch für andere Regelungsbereiche (z.B. Mindestmengen, Qualitätszu- und -abschläge, besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten, Qualitätsberichte, Krankenhausstatistik). Es wäre wenig sinnvoll, wenn die Beantwortung der Frage, ob ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt, für jeden Regelungsbereich nach eigenständigen Kriterien erfolgt. Die Frage, nach welchen Kriterien Leistungen oder Teile davon einem Standort zugeordnet werden, kann dagegen zwischen den Regelungsbereichen variieren.

Dies führt zu folgender Definition:

*Standort ist grundsätzlich das Krankenhaus i.S.v. § 107 Abs. 1 SGB V. Ein Krankenhaus verfügt über mehrere Standorte, wenn in dem Krankenhaus voll- oder teilstationäre Leistungen oder nicht unerhebliche Teile davon durch eine Einheit erbracht werden, die sich nicht auf dem Gelände befindet und diese Einheit eine organisatorische Eigenständigkeit aufweist. Indizien für eine organisatorische Eigenständigkeit sind von dem anderen Standort sich unterscheidende Fachabteilungen, eine eigenständige ärztliche Leitung, eine eigenständige Verwaltung oder eine eigene Infrastruktur.*

In Anlehnung an diese Definition werden im Krankenhausplan 2017 für Schleswig-Holstein und den zu seiner Umsetzung ergangenen Feststellungsbescheiden Aussagen zu einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag getroffen.

Dieser nach Standorten differenzierte Versorgungsauftrag ist sowohl für die Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als auch z.B. für die Ausweisung von Zentren und von Stufen der Notfallversorgung sowie die Anwendung von Mindestmengen verbindlich.

### 3.3 Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ergibt sich nach § 8 Abs. 1 KHEntG

- bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie eventuellen ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V
- bei Hochschulkliniken aus den Aufgaben nach dem Schleswig-Holsteinischen Hochschulgesetz und dem Krankenhausplan sowie ggf. ergänzender Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V

- bei anderen Krankenhäusern aus dem genehmigten Versorgungsvertrag nach §§ 108 Nr. 3, 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V.

Der Versorgungsauftrag, der durch den Krankenhausplan erteilt wird, bezieht sich grundsätzlich auf alle Leistungen der ausgewiesenen Fachabteilung, ggf. modifiziert durch Bemerkungen im Krankenhausplanungsblatt.

Da durch den Krankenhausplan des Landes die Versorgung der Bevölkerung entsprechend den Anforderungen des § 1 KHG sichergestellt werden soll, darf ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V nicht abgeschlossen werden, wenn ein Krankenhaus für die bedarfsgerechte Versorgung nicht erforderlich ist. Ein Versorgungsvertrag kann grundsätzlich nur die Krankenhausplanung in Teilbereichen ergänzen und bedarf der Genehmigung durch die Krankenhausplanungsbehörde (§109 Abs. 3 SGB V).

### **3.4 Zentren und Schwerpunkte**

Der Krankenhausplan weist nur solche Schwerpunkte und Zentren aus, die „besondere Aufgaben“ im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes wahrnehmen.

Bislang waren die Merkmale für Zentren uneinheitlich, verhandelt wurde vor Ort. Um die Zuschlagsfähigkeit besser zu strukturieren, hat der Gesetzgeber in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 und § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG »besondere Aufgaben« definiert.

Eine grundsätzliche Zuschlagsberechtigung für besondere Aufgaben im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes liegt nur dann vor, wenn die besonderen Aufgaben des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid zugewiesen werden.

Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden. Sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

Das Krankenhausstrukturgesetz gibt die Rahmenbedingungen für besondere Aufgaben vor. Danach können sich die besonderen Aufgaben von Einrichtungen ergeben aus

1. einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung (z.B. im Rahmen einer Netzwerkorganisation, bei krankenhausesübergreifender Koordination oder Dokumentation)
2. der Erforderlichkeit von besonderen, zusätzlichen Vorhaltungen eines Krankenhauses, z.B. aufgrund geringer Häufigkeit der Fälle und Erkrankungen (wie in Zentren für Seltene Erkrankungen) oder für die Behandlung von Risiko- und Hochrisikopatienten bei Behandlungen mit einer besonderen krankheitsspezifischen Komplexität
3. der Notwendigkeit, die Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen zu konzentrieren.

Die Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutsche Krankenhausgesellschaft im Hinblick auf eine Vereinbarung zu den besonderen Aufgaben von Zentren gelten derzeit als gescheitert, die Bundesschiedsstelle wurde angerufen.

Bis Ende 2017 gilt für Krankenhäuser, die bereits entsprechende Zuschläge nach altem Recht erhalten haben, Bestandsschutz.

Sobald eine geeinte Definition der besonderen Aufgaben vorliegt, werden im Rahmen einer Zwischenfortschreibung die Aufgabenzuweisungen erfolgen.

### **4 Planungsgrundsätze**

Das Bundesverwaltungsgericht hat für die Aufstellung von Krankenhausplänen nach § 6 KHG und ihre Umsetzung Grundsätze aufgestellt, die in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte allgemein anerkannt sind. Danach müssen die Krankenhauspläne der Länder eine Krankenhauszielplanung, eine Bedarfsanalyse, eine Krankenhausanalyse und eine Versorgungsentscheidung enthalten. Die Umsetzung der Krankenhauspläne der Länder erfolgt durch Bescheide der zuständigen Behörden, die die Aufnahme oder Nichtaufnahme der einzelnen Krankenhäuser feststellen (Feststellungsbescheide).

#### **4.1 Ziele der Krankenhausplanung**

Die Krankenhausplanung legt im Rahmen des durch die Vorschriften des KHG und des AG-KHG begrenzten Gestaltungsspielraums die Ziele fest, welche das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt. Die Planungsbehörde ist verpflichtet, ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter, leistungsfähiger, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser festzulegen; dabei hat sie nach § 1 Abs. 1 AG-KHG die Vielfalt der Krankenträger zu beachten. Mit der Krankenhausplanung soll erreicht werden, „dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden“. (Siehe Kapitel 5 Planungsziele)

#### **4.2 Bedarfsanalyse**

Die Bedarfsanalyse ist eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung mit stationären und teilstationären Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden. Sie umfasst den gegenwärtig zu versorgenden Bedarf sowie eine Bedarfsprognose, also die Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs. Unter Bedarf im Sinne des KHG ist der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen. Örtliche Gegebenheiten und Bedarfsstrukturen sind zu berücksichtigen.

#### **4.3 Krankenhausanalyse**

Die Krankenhausanalyse ist die Beschreibung der tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Krankenhäusern. Diese Krankenhausbeschreibung erfordert die Ermittlung der gegenwärtigen Ausstattungen und Einrichtungen in den betreffenden Krankenhäusern insbesondere nach Standort, Fachrichtungen und Bettenzahl. Gegebenenfalls kann auch eine Versorgungsprognose der zukünftigen Entwicklung der Versorgungsbedingungen in den Krankenhäusern geboten sein.

#### **4.4 Auswahlentscheidung**

Auf der Grundlage der im Krankenhausplan bezeichneten Ziele der Krankenhausplanung des Landes sowie der Bedarfs- und der Krankenhausanalyse ist eine Versorgungsentscheidung zu treffen. Durch sie wird festgelegt, mit welchen Krankenhäusern der festge-

stellte Bedarf versorgt werden soll. Durch diese Festlegungen wird die für den Erlass der Feststellungsbescheide zuständige Behörde angewiesen, entsprechende Feststellungsbescheide zu erlassen. In Schleswig-Holstein ist sowohl für die Aufstellung des Krankenhausplans als auch den Erlass der Feststellungsbescheide das Gesundheitsministerium zuständig. Im Rahmen der Versorgungsentscheidung ist § 4 Abs. 1 AG-KHG zu beachten, wonach kein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht, sondern die Landesbehörde bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern "nach pflichtgemäßen Ermessen" abzuwägen hat, welches der betroffenen Krankenhäuser "den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes" am besten gerecht wird.

Dies führt nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu einer nach zwei Stufen differenzierten Entscheidungsfindung. Auf der ersten Stufe kommt es ausgehend von § 1 Abs. 1 KHG darauf an, welche vorhandenen Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen geeignet sind. Sollte die Zahl der Betten, welche in den geeigneten Krankenhäusern vorhanden sind, die Zahl der für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten nicht übersteigen, so besteht keine Notwendigkeit, zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern auszuwählen. Soweit dagegen die Zahl der in diesen Krankenhäusern vorhandenen Betten höher ist als die Zahl der benötigten Betten, muss auf der zweiten Entscheidungsstufe eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern getroffen werden. Daraus ergibt sich eine Prüfungsfolge.

### **4.4.1 Erste Stufe: Auswahl geeigneter Krankenhäuser**

Ein Krankenhaus ist bedarfsgerecht, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem - mittels der Bedarfsanalyse festgestellten - tatsächlich vorhandenen Bedarf gerecht zu werden. Dies ist nicht nur der Fall, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu decken, sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken.

Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist dann gegeben, wenn sein Leistungsangebot auf Dauer die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind. Das Maß der erforderlichen Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses muss somit stets in Bezug auf die Art der Versorgung, der das Krankenhaus dienen soll, gesehen werden. Die sächliche (räumliche und medizinisch-technische) und personelle Ausstattung eines Krankenhauses muss auf Dauer so angelegt sein, dass die Leistungsfähigkeit konstant erhalten bleibt. Eine momentane Leistungsfähigkeit genügt nicht. Der Nachweis über das Vorliegen dieser Umstände obliegt dem Antrag stellenden Krankenhaus.

### **4.4.2 Zweite Stufe: Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern**

Ist die Zahl der Betten in den geeigneten Krankenhäusern höher als die Zahl der benötigten Betten, kommt es nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG darauf an, welches Krankenhaus "unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger" den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. § 1 Abs. 1 AG-KHG bestimmt zudem, dass die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist. Nach dieser Norm hat die zuständige Behörde innerhalb des jeweiligen Versorgungsgebiets bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern neben den öffentlichen auch freigemeinnützige und private Krankenhausträger angemessen zu berücksichtigen.

### **4.5 Feststellungsbescheid**

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt. Auch wenn ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, lässt sich aus den Vorschriften des AG-KHG kein Anspruch auf Aufnahme aller Krankenhausbetten ableiten. Nur die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten müssen in den Krankenhausplan aufgenommen werden, sodass auch nur für diesen Teil ein Anspruch auf öffentliche Förderung besteht.

Gegen den Feststellungsbescheid ist gemäß § 8 Abs. 1 Satz 4 KHG der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Auf dem Verwaltungsrechtsweg angreifbar ist nicht der Krankenhausplan, der nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nur eine verwaltungsinterne Maßnahme ist, sondern allein der förmliche Feststellungsbescheid über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses.

Das Rechtsverhältnis zwischen dem Land und dem Krankenhausträger wird ausschließlich durch den Feststellungsbescheid bestimmt.

### **4.6 Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern**

§ 6 Abs. 2 KHG sieht vor, dass die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen ist, wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung hat.

Zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg besteht bereits seit 1989 eine einvernehmliche Regelung darüber, dass jedes Bundesland die Regelversorgung seiner Patientinnen und Patienten selbst sicherzustellen hat.

Aufgrund des Wahlrechts der Patienten kommt es aber gerade im Hamburger Umland zu häufigen Inanspruchnahmen von Krankenhausleistungen über die Landesgrenze hinweg.

Schleswig-Holstein und Hamburg haben sich deshalb 1989 darauf verständigt, die Krankenhausversorgung im Norden Hamburgs und für das angrenzende Umland in Schleswig-Holstein gemeinsam sicherzustellen. Dazu wurden 1989 folgende Entscheidungen getroffen:

- Aufnahme von 150 Betten der heutigen Asklepios Klinik Nord (Betriebsteil Heidberg) in den Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein für die Versorgung der angren-

zenden Bevölkerung aus Schleswig-Holstein;

- Aufnahme von je 107 Betten des Krankenhauses Großhansdorf - Zentrum für Pneumologie und Thorax-Chirurgie - in die Krankenhauspläne der Länder Schleswig-Holstein und Hamburg.

Neben dieser vereinbarten Festlegung sind bei drei weiteren Krankenhäusern auf dem Gebiet Schleswig-Holsteins Kapazitäten (teilweise) in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen:

- Psychiatrische Zentrum Rickling auf Basis der historischen Besonderheit für die Akut-Behandlung ehemals in Hamburg lebender psychisch kranker Menschen, die in Rickling im Langzeitbereich leben
- Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus in der Trägerschaft der Ev. Stiftung Alsterdorf
- Fachklinik Bokholt in der Trägerschaft der Therapiehilfe e.V. (Hamburg) mit dem Schwerpunkt der Entzugsbehandlung bei suchtkranken Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen.

Die dafür erforderlichen Abstimmungsgespräche mit den Hamburger Planungsbehörden werden kontinuierlich geführt und ggf. erforderliche gemeinsame Absprachen über Strukturen getroffen. Ziel ist es dabei, den Informations- und Kommunikationsaustausch zwischen den Ländern zu fördern und auch mögliche Doppelstrukturen in unmittelbarer Nachbarschaft zu vermeiden.

Darüber hinaus arbeitet das Gesundheitsministerium im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in den Arbeitsgruppen Krankenhauswesen und Psychiatrie eng mit den anderen 15 Bundesländern zusammen. Hier besteht ein regelmäßiger Austausch z.B. über aktuelle Entwicklungen im Krankenhausbereich und neue gesetzliche Vorhaben bzw. die Umsetzung gesetzlicher Regelungen.

### **5 Planungsziele**

#### **5.1 Allgemeine Ziele**

Ziel des Krankenhausplans ist die Sicherstellung einer umfassenden stationären Versorgung, auch in der Fläche. Um dies zu gewährleisten müssen Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Erreichbarkeit und Trägervielfalt in der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Als neues Planungsziel ist im KHG (§ 6) zusätzlich Qualität (siehe Kapitel 6 Versorgungsstruktur) aufgeführt und damit auch Bestandteil dieses Krankenhausplans.

##### **5.1.1 Bedarfsgerechtigkeit**

Ein Krankenhaus ist als bedarfsgerecht anzusehen, wenn es neben anderen Krankenhäusern unabhängig von einer entsprechenden Nachfrage geeignet ist, den vorhandenen, nach objektiven Kriterien zu ermittelnden Bedarf zu decken (siehe dazu auch Kapitel 4.4.1).

Diese Definition erlaubt es zwar grundsätzlich, einen durchschnittlichen Bedarf zu ermitteln, zwingt aber gleichzeitig dazu, die besonderen Gegebenheiten der jeweiligen Region zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass zutreffende Daten, Bewertungs- und Berechnungsmethoden einen zukünftigen Bedarf prognostizieren können, sie aber keine selbstständigen Tatbestandsmerkmale des tatsächlich festzustellenden Bedarfs sind. Es kommt in diesem Zusammenhang auch darauf an, welchen Planungshorizont eine Prognose umfasst. Je kürzer der Planungshorizont ist, desto weniger Bedeutung kommt der Bedarfsprognose zu.

Die Bedarfsfeststellung hat sich im Rahmen einer gestuften Versorgung auch daran zu orientieren, welche Angebote das Krankenhaus selbst vorhält und welche Versorgungsstrukturen in der Nachbarschaft vorhanden sind.

Zur Beschreibung des Bedarfs ist auf die nach wie vor geltende Rechtsprechung des BVerwG vom 14.11.1985, KHE 85.11.14, und des OVG Niedersachsen vom 15.12.1998 – Az.: 11 L 8620/96 - zu verweisen. Danach werden Krankenhäuser als bedarfsgerecht angesehen, wenn sie unabhängig von einer entsprechenden tatsächlichen oder erwünschten Nachfrage in ihrem Einzugsgebiet geeignet sind, einen nach objektiven Kriterien ermittelten Bedarf zu decken.

Die Rechtslage ermöglicht es auch, einen zukünftigen durchschnittlichen Bedarf aus retrospektiven Daten abzuleiten. Nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 31.5.2000, BVerwG- Az. 3 B 53.99 -, ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Bedarfsprognose auf der Entwicklung der Belegung in der Vergangenheit aufbaut.

##### **5.1.2 Leistungsfähigkeit**

Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses ist grundsätzlich dann gegeben, wenn das Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und dem Auftrag aus dem Feststellungsbescheid an ein Kranken-

haus dieser Art zu stellen sind. Hier bieten die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften Anhaltspunkte, soweit diese Ausführungen und Empfehlungen den Zielen des Krankenhausplanes dienen. Die dazu notwendigen medizinischen und pflegerischen Angebote sind in ausreichender Qualität und Quantität vorzuhalten. Den Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu ermöglichen. Die Zahl und Qualifikation der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die weiteren personellen und räumlichen sowie medizinisch-technischen Ausstattungen sind von Bedeutung. Somit ist im Rahmen der Krankenhausplanung auch auf das Personal und seine Qualifikation abzustellen. Der Krankenhausträger muss in eigener Organisation und Betriebsführung die Versorgung gestalten.

Krankenhausabteilungen stehen unter ständiger ärztlicher Leitung und arbeiten nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Ein Krankenhaus hat eine "Rund-um-die-Uhr-Versorgung" sicherzustellen. Das hat u.a. Konsequenzen für die Führung von Belegabteilungen. Es sollte eine ausreichende ärztliche Personalausstattung auch unter Berücksichtigung von Kooperationen zur Verfügung stehen.

### **5.1.3 Wirtschaftlichkeit**

Das KHG ermöglicht Krankenhausträgern, "eigenverantwortlich [zu] wirtschaften" und verpflichtet sie, "zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen."

Die Wirtschaftlichkeit (bzw. das daraus abgeleitete Merkmal der Kostengünstigkeit) eines Krankenhauses sind ebenso wie die Erfordernisse eines „sozial tragbaren Pflegesatzes“ und die Erreichbarkeit Merkmale, die in der Regel erst dann zum Tragen kommen, wenn auf der zweiten Entscheidungsstufe mehrere bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhäuser in Betracht kommen, die insgesamt ein Überangebot erzeugen würden, so dass für die Aufnahmeentscheidung eine Auswahl getroffen werden muss.

### **5.1.4 Erreichbarkeit**

Die Erreichbarkeit wird im Wesentlichen geprägt durch die Entfernung und die zeitliche Komponente zur Überbrückung dieser Entfernung.

Der Zugang zu Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie der Notfallversorgung muss auch in strukturschwachen bzw. ländlichen Gebieten in angemessener Zeit sichergestellt werden. Bei planbaren, komplizierten Eingriffen mit modernsten Methoden muss es Spezialisierungen geben, da eine hohe Qualität und Erfahrung in diesen Fällen wichtiger ist als Nähe.

In Deutschland gibt es keine bundesweiten Vorgaben bzw. Mindeststandards zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern. Da es keine evidenzbasierten Angaben zu Mindeststandards der Erreichbarkeit gibt, ist die Festlegung solcher Standards eine politische Entscheidung.

Sobald es bundesweit einheitliche Standards gibt, werden diese – unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten – in den Krankenhausplan übernommen.

### 5.1.5 Trägervielfalt

Öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger stellen seit Jahrzehnten in Schleswig-Holstein erfolgreich die stationäre Krankenhausversorgung sicher.

Die gesetzlich gebotene Trägervielfalt ist in Schleswig-Holstein vorhanden und wird von der Landesregierung unterstützt.

### 5.2 Spezielle Ziele

Neben den vorrangigen allgemeinen Zielen verfolgt Schleswig-Holstein aufgrund seiner Besonderheiten in der Fläche und aufgrund von Zweckmäßigkeit noch zusätzliche, spezielle Ziele. In einem Flächenland sind regionale Versorgungsstrukturen und regionale Abstufungen in der Versorgung unabdingbar. Diese müssen klar in Versorgungsstufen definiert werden (siehe Kapitel 6.2).

Leitgedanke dieses Krankenhausplanes ist die qualitativ hochwertige, ortsnahe und wirtschaftliche Krankenhausversorgung. Die Gesundheitspolitik des Landes orientiert sich unter Beachtung der Grundsätze des § 1 KHG – Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit - an den Interessen und Bedürfnissen der Bevölkerung. Die Landesregierung unterstützt ausdrücklich Kooperationslösungen zur gemeinsamen Sicherstellung der regionalen Versorgung und die Bildung von Versorgungsnetzen im Rahmen der bestehenden Versorgungsaufträge, sofern die Qualitätsvoraussetzungen erfüllt sind. Dabei ist der Versorgungsauftrag am Leistungsort maßgeblich. Der Planungsbehörde sind auf Verlangen Kooperationsvereinbarungen vorzulegen.

Telematische und Telemedizinische Strukturen können helfen, die dünner besiedelten Flächen oder Inseln mit hochqualifizierten Leistungen zu versorgen.

Durch die Einbindung auch der ambulanten fachärztlichen Versorgung kann ein Beitrag zur Erhaltung der flächendeckenden fachärztlichen Versorgungsstruktur in den ländlichen Regionen des Landes geleistet werden.

Die Landesregierung begrüßt daher ausdrücklich sektorenübergreifende Kooperationen. Die Landesregierung wird sich weiterhin dafür einsetzen, sektorenübergreifende Kooperationen durch entsprechende Änderungen der bundesgesetzlichen Regelungen zu erleichtern.

Um die sektorenübergreifende medizinische Behandlungskette für die Patientinnen und Patienten effektiv und ohne unnötige Unterbrechungen zu organisieren, ist jedes Krankenhaus gehalten, ein umfassendes Entlassmanagement vorzuhalten. Krankenhäuser sollten hierzu – wie es in § 39 Abs. 1a SGB V vorgesehen ist – entsprechende Kooperationen mit den Leistungserbringern aufbauen.

Durch die bereits mit dem letzten Krankenhausplan begonnene Bildung von Versorgungsschwerpunkten und allgemeinen Vorgaben zur Qualitätssicherung, die weiteren durch das Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen Elemente der Qualitätssicherung sowie die standortbezogene Ausweisung der Notfallversorgung, bedarf das bisherige System der Versorgungsstufen der Neujustierung. Der spezifische Versorgungsauftrag wird neben der Ver-

sorgungsstufe durch die Fachabteilungsstruktur und ggf. zusätzliche Bemerkungen und Hinweise im Krankenhausplanungsblatt definiert.

Die ländliche Struktur des Landes Schleswig-Holstein mit wenigen größeren Städten erfordert eine sorgfältige Allokation der stationären Versorgungsangebote. Zur Sicherung einer flächendeckenden und wirtschaftlichen Versorgung muss in den ländlichen Regionen ein ausreichender Versorgungsumfang erhalten bleiben. Der allgemeinen stationären Versorgung dürfen nicht die für qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlung notwendigen Fälle entzogen werden, indem Angebotsstrukturen nur für elektive Behandlungen etabliert werden, die allgemeinen Leistungsanbieter hingegen zur Sicherstellung der Notfallversorgung enorme Personalvorhaltungen zu leisten haben. Ein ausreichender Versorgungsumfang ist zur Kostendeckung der regionalen Notfallversorgung und zur Schaffung und Sicherstellung von Weiterbildungsangeboten für Ärzte notwendig. Bei Auswahlentscheidungen ist daher bei sonst gleichermaßen geeigneten Angeboten dem Allgemein- und Notfall-versorgendem Krankenhaus der Vorzug zu geben.

### **6 Versorgungstruktur**

#### **6.1 Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser**

Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser sind Einrichtungen, die die Voraussetzungen von § 2 Nr. 1 KHG und § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen.

Während bei Allgemeinkrankenhäusern keine bestimmte Fachrichtung im Vordergrund steht, verfügen Fachkrankenhäuser grundsätzlich nur über Versorgungsangebote eines Fachgebietes (z.B. Fachkrankenhaus für Chirurgie oder Psychiatrie) oder nehmen nur Kranke bestimmter Krankheitsarten auf (z.B. Rheuma, Lungenerkrankungen, Suchterkrankungen).

#### **6.2 Versorgungsstufen**

Der Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein unterscheidet bei Allgemeinkrankenhäusern nach den im Folgenden beschriebenen Versorgungsstufen. Bei Fachkrankenhäusern wird nicht zwischen Versorgungsstufen unterschieden.

Die Versorgungsstufe bezieht sich immer auf den Standort eines Krankenhauses.

##### **6.2.1 Begrenzte Regelversorgung**

Krankenhäuser mit begrenzter Regelversorgung erfüllen nicht alle an ein Krankenhaus der Regelversorgung zu stellenden Anforderungen. Sie halten internistische und chirurgische Angebote vor, stehen während des Tages als erstversorgende Anlaufpunkte in der Region mit einem allgemeinmedizinischen Versorgungsauftrag zur Verfügung, sind jedoch nicht immer hauptamtlich geführt und nicht verpflichtend rund um die Uhr aufnahmebereit. Krankenhäuser der begrenzten Regelversorgung und die in der Region vorhandenen Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sollen durch vertragliche Regelungen Netzwerke bilden, um eine optimale Betreuung der Patienten und ggf. eine zeitnahe Verlegung entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages zu gewährleisten.

Belegkrankenhäuser können – auch wenn die genannten Anforderungen nicht erfüllt sind – Die Versorgungsstufe „Begrenzte Regelversorgung“ erhalten.

##### **6.2.2 Regelversorgung**

Krankenhäuser der Regelversorgung haben je eine hauptamtlich geführte Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie und können weitere hauptamtlich oder belegärztlich geführte Fachabteilungen vorhalten, die nicht der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung vorbehalten sind.

Krankenhäuser der Regelversorgung halten 24 Stunden täglich interdisziplinär und aufnahmebereit Intensivbetten vor; sie haben grundsätzlich eine hauptamtlich geleitete Anästhesie, die ebenfalls 24 Stunden täglich zur Verfügung steht. Für die Versorgung der Patienten stehen eine radiologische Versorgung und eine für die Akutversorgung ausreichende Laborver-

sorgung ggf. auch in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten oder anderen Krankenhäusern zur Verfügung.

Krankenhäuser der Regelversorgung sollten weder in den hauptamtlich noch in den belegärztlich geführten Disziplinen Teilgebiete betreiben, die einer über das „Standardprogramm für Krankenhäuser in Schleswig-Holstein“ für ein Regelkrankenhaus hinausgehenden baulichen und apparativen sowie einer besonderen personellen Ausstattung bedürfen. Ausnahmen bedürfen der Zustimmung der Beteiligten gem. 2.3.

Krankenhäuser der Regelversorgung und die in der Region vorhandenen Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sollen durch vertragliche Regelungen Netzwerke bilden, um eine optimale Betreuung der Patienten und ggf. eine zeitnahe Verlegung entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages zu gewährleisten.

### 6.2.3 Schwerpunktversorgung

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sollen folgende hauptamtlich geleitete Abteilungen bzw. Versorgungsangebote vorhalten:

- Innere Medizin  
mit qualifizierten Behandlungsmöglichkeiten in den Bereichen Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, Hämatologie/Onkologie und Kardiologie mit vollen Weiterbildungsermächtigungen; darüber hinaus Behandlungsmöglichkeiten in der Nephrologie mit Hämodialyse sowie Pulmologie
- Viszeral- und Gefäßchirurgie  
mit qualifizierter Behandlungsmöglichkeit in der Kinderchirurgie, operative Onkologie und Thoraxchirurgie
- Unfallchirurgie/Orthopädie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
mit Behandlungsmöglichkeiten in den Bereichen spezielle operative Gynäkologie, Onkologie, Endokrinologie und Perinatalogie
- Kinderheilkunde, mit qualifizierter Behandlungsmöglichkeit in der Neugeborenen- und Kinderheilkunde (24 Std. täglich)
- Anästhesie und Intensivmedizin  
im ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Anwesenheitsdienst
- Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Histologie und Labor in eigener Zuständigkeit oder ständiger Verfügbarkeit.

Darüber hinaus können weitere hauptamtlich oder belegärztlich geführte Abteilungen und Schwerpunktversorgungseinrichtungen bestehen, die im Einzelnen im Krankenhausplan festgelegt sind. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung betreiben interdisziplinär/disziplinär Intensivbetten im ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Anwesenheitsdienst.

Die Schwerpunktversorgung kann bei Vorliegen der vorstehenden Voraussetzungen gemeinschaftlich durch mehrere Krankenhäuser in örtlicher Kooperation in einer verbindlich festgelegten Netzwerkstruktur erbracht werden.

Die bisher im Krankenhausplan als solche ausgewiesenen Schwerpunktkrankenhäuser behalten diesen Status für die Laufzeit dieses Krankenhausplanes, auch wenn sie nicht alle hier geforderte Voraussetzungen erfüllen.

Schwerpunktkrankenhäuser haben auf eine Vernetzung sowohl mit den regionalen Krankenhäusern der Regelversorgung als auch mit den überregionalen Einrichtungen und Zentren der Maximalversorgung in Schleswig-Holstein durch vertragliche Regelungen hinzuwirken und die Verlegung von Patienten zu regeln, die nicht dem eigenen Versorgungsauftrag entsprechen.

### **6.2.4 Maximalversorgung und Hochschulmedizin**

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein erfüllt die Aufgabe der Maximalversorgung. Es hält für das Land Schleswig-Holstein hoch spezialisierte Behandlungsangebote vor. Die Behandlungsangebote werden in die Krankenhausplanung einbezogen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die besonderen Belange von Wissenschaft und Forschung sind zu berücksichtigen.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hält neben den bei den Schwerpunkthäusern genannten Fachabteilungen weitere Spezialgebiete vor wie zum Beispiel Transplantationschirurgie, Nephrologie, Thorax- und Herzchirurgie, Humangenetik sowie eigene Fachabteilungen in den Fachgebieten Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Strahlentherapie und Urologie. Im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein werden alle Fachgebiete hauptamtlich geleitet.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hat als Krankenhaus der Maximalversorgung darauf hinzuwirken, dass vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenhäusern niedriger Versorgungsstufen des Landes Schleswig-Holstein über deren Beteiligung, Funktion und Aufgaben in einer Netzwerkstruktur getroffen werden.

Unter Berücksichtigung der Versorgungsbedarfe und der Belange von Forschung und Lehre wurde die Bettenkapazität des Universitätsklinikums an den Standorten Kiel und Lübeck auf insgesamt 2.200 Betten und 150 tagesklinische Plätze festgelegt. Dies entspricht 30 zusätzlichen Betten und 78 zusätzlichen tagesklinischen Plätzen.

Darüber hinausgehende wissenschaftliche Belange der Hochschulmedizin bleiben unberührt.

### **6.3 Teilstationäre Einrichtungen**

Gemäß § 39 Abs. 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), 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.

Somit kann die Erbringung teilstationärer Leistung zum Versorgungsauftrag eines Krankenhauses gehören.

Für die Erbringung teilstationärer Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen werden im Krankenhausplan teilstationäre Behandlungskapazitäten als Tageskliniken ausgewiesen. Die Ausweisung erfolgt standortspezifisch in Form einer Platzzahl je Tagesklinik.

Schwerpunkte dieses Angebotes liegen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik und der Geriatrie.

Die gesonderte Ausweisung eines teilstationären Behandlungsangebotes im Krankenhausplan setzt ein verbindliches Behandlungskonzept voraus, in dem die folgenden Eckpunkte konkretisiert werden:

- Für und während der Behandlung wird die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt. Der Patient wird im Krankenhaus aufgenommen. Die Behandlung steht unter ständiger ärztlicher Leitung und Verantwortung.
- Die zu behandelnden Krankheitsbilder und die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden bestmöglich beschrieben.
- Für jeden Patienten wird ein ärztlicher Behandlungsplan erstellt, der insbesondere Angaben zur voraussichtlichen Aufenthaltsdauer und zu den vorgesehenen Therapieeinheiten beinhaltet.
- Behandlungsinhalte, für die bereits eine Zulassung nach § 116b SGB V besteht, können nicht Bestandteil einer teilstationären Behandlung werden.
- Die Behandlung unter klinischen Bedingungen wird nur während des Tages durchgeführt und die Patientin oder der Patient verbringt die Nacht sowie das Wochenende außerhalb der Tagesklinik (Ausnahme sog. Nachtkliniken).

Eine Änderung des verbindlichen Behandlungskonzeptes ist gegenüber der Planungsbehörde anzeigepflichtig.

### **6.4 Belegärztliche Versorgung**

Das Belegarztsystem hat seine gesetzliche Grundlage in den §§ 115 und 121 SGB V. Belegabteilungen sind Abteilungen eines Krankenhauses und bieten somit Krankenhausbehandlung an. Nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte führen die Abteilungen.

Das Belegarztsystem ist ein Beispiel für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Insbesondere in Fachgebieten mit geringer stationärer Leistungsmenge wie z.B. der Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und überschaubaren Risiken kann

die wohnortnahe stationäre Patientenversorgung gut durch belegärztlich geführte Abteilungen sichergestellt werden.

Ein leistungsfähiges Belegarztsystem setzt voraus, dass mehrere qualifizierte Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte zur Verfügung stehen und jederzeit ärztliche Präsenz innerhalb von 15 Minuten sichergestellt ist. Diese kann auch durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses erfolgen, insbesondere in der Notfallversorgung. Die ständige Verfügbarkeit einer Fachärztin bzw. eines Facharztes mindestens im Sinne eines Rufdienstes und die Bereitschaft zur umfassenden Information und Kooperation werden dabei vorausgesetzt.

Unter Beachtung dieser Voraussetzungen können Krankenhäuser entscheiden, ob sie den ihnen übertragenen Versorgungsauftrag in einer Haupt- oder einer Belegabteilung erbringen. Eine Änderung der Form der Leistungserbringung muss der Planungsbehörde angezeigt werden.

### 7 Qualitätsvorgaben

§ 137 SGB V verpflichtet Krankenhausträger und Krankenkassen überwiegend eigenverantwortlich zu Maßnahmen der Qualitätssicherung. Hinzu kommt, dass die zugelassenen Krankenhäuser nach § 135a SGB V verpflichtet sind, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, in den strukturierten Qualitätsberichten Aspekte ihrer Qualität darzulegen und sich anhand bestimmter Qualitätsindikatoren einem externen Qualitätsvergleich zu stellen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde Qualität als zusätzliches Zielkriterium für krankenhauserplanerische Entscheidungen eingeführt.

Der G-BA wurde mit § 136 c Absatz 1 SGB V beauftragt, erstmals bis zum 31. Dezember 2016 sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Die planungsrelevanten Indikatoren sollen als rechtssichere Kriterien und als Grundlage für krankenhauserplanerische Entscheidungen der Länder dienen.

Die Empfehlungen des G-BA zu den Qualitätsindikatoren sind nach § 6 Absatz 1a KHG grundsätzlich Bestandteil des Krankenhausplanes. Plankrankenhäuser, die nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß eine unzureichende Qualität bei den planungsrelevanten Indikatoren aufweisen oder für die höchstens drei Jahre in Folge Qualitätsabschläge erhoben wurden, sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Absatz 1b KHG). Zugleich darf das Land Krankenhäuser nicht in den Plan aufnehmen, die dementsprechend ein unzureichendes Qualitätsniveau aufweisen (§ 8 Absatz 1 a KHG).

Die angestrebte nachhaltige Stärkung der Bedeutung der Qualität für die Krankenhausplanung wird dadurch unterstrichen, dass die Trägervielfalt nach § 8 Absatz 2 KHG bei krankenhauserplanerischen Entscheidungen zukünftig nur dann ausschlaggebend ist, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

Der G-BA hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Empfehlung von Qualitätsindikatoren, die gemäß § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind, sowie mit der Entwicklung eines Verfahrens zur Übermittlung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse an die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden - einschließlich Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse - beauftragt. Bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollte das IQTIG zunächst auf vorhandene, gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) erhobene Qualitätsindikatoren zurückgreifen.

Das IQTIG hat seinen Abschlussbericht zur Auswahl und zur Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren am 31.08.2016 vorgelegt. Sobald der G-BA hierüber einen Beschluss gefasst hat, wird die Planungsbehörde überprüfen, ob diese planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unverändert in den Krankenhausplan übernommen werden oder ob landesrechtlich gesonderte Qualitätsvorgaben gemacht werden oder durch Landesrecht die

Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA eingeschränkt oder ausgeschlossen wird (§ 6 Absatz 1a Satz 2 KHG).

### **7.1 Notfallversorgung**

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist eine zentrale Aufgabe der Krankenhausplanung. Die Anforderungen der Notfallversorgung müssen daher bei der Festlegung von Krankenhausstandorten, medizinischen Fachgebieten und Kapazitäten beachtet werden. Ziel ist es, die Notfallbehandlung in den Krankenhäusern für die Patienten auf einem möglichst einheitlichen qualitativ hochwertigen Standard zu gewährleisten. Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen.

Die medizinischen und organisatorischen Anforderungen an die Notaufnahmen steigen; das möglichst frühzeitige Erkennen und Behandeln zeitkritischer Erkrankungen (z. B. des Schlaganfalls) und die Akutversorgung nicht-traumatologischer Erkrankungen treten immer mehr in den Vordergrund und die Versorgung geriatrischer und häufig multimorbider Patienten nimmt zu.

Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, sind Anpassungen und Konkretisierungen der Qualitätsanforderungen an die stationäre Notfallversorgung erforderlich.

Darüber hinaus soll der unterschiedlichen Einbindung von Krankenhäusern in die stationäre Notfallversorgung und den damit verbundenen unterschiedlichen Vorhaltekosten zukünftig durch differenzierte Zuschläge besser Rechnung getragen werden.

Der G-BA sollte bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, festlegen (§ 136 c Absatz 4 SGB V). Für jede Stufe der Notfallversorgung sollen insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleistungen festgelegt werden.

Auf der Grundlage dieses Stufensystems sollten bis zum Juni 2017 die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe von Zu- bzw. Abschlägen für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 a Nr. 5 KHEntgG).

Die Fristen wurden vom Bundesministerium für Gesundheit mittlerweile jeweils um ein Jahr verschoben.

Sobald die Kriterien für die Stufen der Notfallversorgung vom G-BA festgelegt worden sind, wird im Krankenhausplan eine Zuordnung der Krankenhäuser zu den einzelnen Stufen bzw. die Feststellung der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung erfolgen.

### **7.2 Geriatrische Versorgung**

Die geriatrische Versorgung sieht ein abgestuftes Versorgungssystem vor, in dem der geriatrische Versorgungsverbund die ambulante, die teilstationäre und die vollstationäre Versor-

gung sicherstellt. Dadurch ist zu jedem Zeitpunkt die richtige und ausreichende geriatrische Behandlung gewährleistet.

Es werden nur Krankenhäuser mit der Fachrichtung Geriatrie in den Krankenhausplan aufgenommen, die die verbindlichen Qualitätskriterien für den geriatrischen Versorgungsverbund vollständig erfüllen. Genauer zum Versorgungskonzept und den damit verbundenen Qualitätskriterien sind dem Kapitel 8.3.2 Geriatrisches Versorgungskonzept zu entnehmen.

### **7.3 Versorgungsstrukturen Geburtshilfe/Neonatologie**

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene / QFR-RL und das hierzu definierte Stufenkonzept der perinatologischen Versorgung sind nicht nur Bestandteil des neonatologischen Versorgungskonzeptes in Schleswig-Holstein, es gibt außerdem vor, welche Qualitätskriterien von den Krankenhäusern im Krankenhausplan erwartet wird, um mit einer der vier Versorgungsstufen gemäß G-BA-Richtlinie ausgewiesen zu werden. Weiteres zum Thema „Versorgungsstrukturen Geburtshilfe/Neonatologie“ und zur Qualität findet sich im Kapitel 8.1. Perinatal- und Neonatalversorgung.

### **7.4 Neurochirurgische Versorgung**

Der Qualität der neurochirurgischen Behandlung kommt wegen der Herausforderung durch die Schwere der Krankheitsbilder bei Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die gleichzeitig zu erbringenden neurointensivmedizinischen Leistungen und die Notwendigkeit der Integration und Vernetzung der einzelnen beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen eine besondere Bedeutung zu. Patienten mit Krankheitsbildern bei Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems müssen sich in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins auf eine neurochirurgisch gebotene, hohe Versorgungsqualität verlassen können.

Vor diesem Hintergrund halten die Krankenhausplanungsbeteiligten, ausgehend von den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI), der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) die Erarbeitung von Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität im Rahmen von Versorgungskonzepten hauptamtlich geführter neurochirurgischer Abteilungen für notwendig. Die Aufnahme verbindlicher Richtlinien in die Krankenhausplanung Schleswig-Holsteins kann jedoch nicht ohne verantwortungsbewusste Vorbereitung und Anhörung der betroffenen Kliniken erfolgen. Sie wird daher erst im laufenden Planungszeitraum umgesetzt werden können.

### **7.5 Neurologische Frührehabilitation (Phase B)**

Die neurologische Frührehabilitation der Phase B ist ein wichtiger und kostenintensiver Therapiebaustein in der Behandlung von Hirnschädigungen, der eine klare Abgrenzung zu den folgenden, der Rehabilitationsphase zugehörigen Therapieabschnitten erfordert.

Zur Vermeidung dauerhafter Pflegebedürftigkeit benötigen Patienten mit Hirnschädigungen in der Regel eine umfassende, langfristig angelegte, intensive medizinische Rehabilitation. In Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf sollte die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen frühzeitig und parallel zu den kurativen Maßnahmen erfolgen, um Rehabilitationschancen zu verbessern und den Rehabilitationsprozess nicht zu verzögern. Daher ist es für die Patienten wichtig, die entsprechende Rehabilitationsstufe zu dem frühestmöglichen Zeitpunkt zu beginnen.

Bei der neurologischen Rehabilitation unterscheidet man die Phasen A bis F, wobei nicht jede Patientin bzw. jeder Patient alle Phasen nacheinander durchläuft. Es richtet sich nach dem Genesungszustand und den wiedererlangten Fähigkeiten des Betroffenen, welche Phase angesteuert und welche übersprungen wird. Die Phasen A bis C erfordern eine stationäre Behandlung: Phase A ist die Akutbehandlung im Krankenhaus, die Phasen B und C umfassen die neurologische Frührehabilitation. In Phase B ist die Kooperationsfähigkeit des Patienten stark eingeschränkt und sie sind daher vollständig oder zumindest überwiegend auf Pflege angewiesen sind. Intensivmedizinische Kapazitäten müssen noch vorgehalten werden. Die Phase C erfordert bereits größere Mitwirkungsmöglichkeiten des Patienten, sie müssen aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden. Die Phase D beschreibt die Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation, also die medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne. Die Phase E umfasst nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation und die Phase F die ggf. erforderliche Langzeitpflege.

Zwischen der Akutbehandlung (Phase A) und der Behandlung in Rehabilitationskliniken (Phase C und D) kombiniert die neurologische Frührehabilitation Phase B die akutmedizinische und rehabilitative Behandlung. Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 und der Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V ist die neurologische Frührehabilitation leistungrechtlich der Krankenhausbehandlung zugeordnet (verschlüsselt unter OPS 8-552; neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) und unterliegt damit der Krankenhausplanung des Landes. Die Versorgungsbereiche der Phasen C und D werden nach § 40 SGB V vereinbart und vergütet.

Die leistungrechtliche und damit die planerische Zuordnung stützen sich auf die „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).<sup>3</sup>

Die Abgrenzung der Betten und der Behandlungspfade erfolgt auf der Grundlage des Versorgungsvertrages nach § 40 SGB V. Die Planungsbeteiligten gehen davon aus, dass an den Kliniken, die aufgrund der Krankenhausplanung Planbetten für Frührehabilitation nach Phase B vorhalten, auch weiterführend Versorgungsverträge nach § 40 SGB V abgeschlos-

---

<sup>3</sup> [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung\\_neurologische\\_Reha\\_Phasen\\_B\\_und\\_C.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf)

sen werden oder Kooperationsverträge mit entsprechenden Rehabilitationskliniken (§ 111 SGB V) bestehen.

Aufgrund der medizinisch sehr hohen Anforderungen an die neurologische Frührehabilitation Phase B muss sichergestellt werden, dass die Versorgung durch entsprechend leistungsfähige Einrichtungen erbracht wird. Daher werden im Krankenhausplan 2017 Qualitätsanforderungen im Sinne von Mindestanforderungen an Struktur und Prozesse zur Versorgung von Patienten in der neurologischen Frührehabilitation Phase B formuliert.

Um Leistungen im Rahmen der neurologischen Frührehabilitation Phase B erbringen zu können, müssen Krankenhäuser ihre Leistungsfähigkeit und Kompetenz in der neurologischen Frührehabilitation darlegen und aufzeigen, auf welchem Weg die Anforderungen umgesetzt werden sollen. Dies wird zu einer Konzentration der Angebote und zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Schleswig-Holstein beitragen.

Auf Basis des Nachweises der Erfüllung der nachfolgend genannten Mindestanforderungen erfolgt der Ausweis im Planungs-Einzelblatt (innerhalb der Fachabteilung Neurologie).

Die Anforderungen an die neurologische Frührehabilitation Phase B ergeben sich aus dem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf der Patienten. Es müssen die kurativen Maßnahmen der Phase A fortgesetzt und gleichzeitig frührehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden. Die Mindestanforderungen an die neurologische Frührehabilitation basieren auf den Empfehlungen der BAR sowie den Mindestanforderungen zur Durchführung der Prozedur neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552).

Einzelne Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation haben sich spezialisiert, z.B. auf die Frührehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. Die Übertragung der BAR-Kriterien auf Kinder und Jugendliche ist nur eingeschränkt möglich. Die Versorgung dieser Patientengruppen erfordert das Vorhandensein zusätzlicher spezifischer Ausstattungs- und Leistungsmerkmale.

### 8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

#### 8.1 Perinatal- und Neonatalversorgung

**Ziel:** Durch die Übernahme der Qualitätsvorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die peri- und neonatologische Versorgung in Schleswig-Holstein soll bei Erhalt einer hohen Flächendeckung größtmögliche Qualitätssicherung erreicht werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die ursprüngliche „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“, die am 1. Januar 2006 in Kraft getreten und damit verbindlicher Maßstab für alle Einrichtungen in Deutschland geworden ist, im Jahr 2013 in eine „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL)“ geändert.

Die Ziele der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene / QFR-RL und das hierzu definierte Stufenkonzept der perinatologischen Versorgung sind Bestandteil des neonatologischen Versorgungskonzeptes in Schleswig-Holstein.

Die Ziele bestehen in

- der Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen
- der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt allerorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen.

Das neonatologische Versorgungskonzept der G-BA-Richtlinie umfasst vier Versorgungsstufen:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1 (uneingeschränkte Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2 (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.250 Gramm)
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.500 Gramm)
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik (Entbindung reifer Neugeborener ohne vorhersehbare Komplikationen).

Die Vereinbarung regelt verbindlich die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Zuweisungs- bzw. Aufnahmekriterien für die jeweilige Versorgungsstufe. Für die Versorgungsstufen I bis III gibt es hierzu detaillierte Vorgaben. Für Geburtskliniken findet sich nur der Hinweis, dass sie die Kriterien für eine Zuweisung in die höheren Versorgungsstufen im Rahmen ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal erfüllen sollen. Weitergehende Regelungen existieren nicht.

Bei Geburtskliniken wird daher auf die jeweils aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin) verwiesen.

Am 20. August 2009 hat der G-BA beschlossen, in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen jährliche Mindestmengen pro Krankenhaus einzuführen. Derzeit gilt die Mindestmenge von 14 Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm. Das Land hat bisher hinsichtlich der Mindestmengenregelung von der Möglichkeit einer Ausnahmeregelung von der Mindestfallzahl Gebrauch gemacht. Dies betraf die Krankenhäuser in Flensburg, Heide und Itzehoe. Diese Ausnahmeregelung wird mit Inkrafttreten des Krankenhausplanes 2017 aufgehoben.

Der Nachweis der entsprechenden Voraussetzungen sowie der gemeldeten Behandlungsfälle aus dem Leistungsbereich Geburtshilfe der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sind unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen.

Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis dieses Nachweises.

### 8.2 Traumanetzwerk

**Ziel:** Durch einen strukturierten flächendeckenden Verbund von qualifizierten Kliniken (Traumanetzwerk) soll jedem Schwerverletzten in Schleswig-Holstein rund um die Uhr die bestmögliche Versorgung nach einheitlichen Versorgungs- und Qualitätsstandards ermöglicht werden.

Das von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im Jahr 2008 initiierte Projekt TraumaNetzwerk DGU® dient der Optimierung der Prozess- und Strukturqualität durch eine zertifizierte Vernetzung geprüfter Krankenhäuser einer Region, die regelhaft an der Versorgung Schwerverletzter teilnehmen. Grundlage des Projektes sind die im "Weißbuch Schwerverletztenversorgung" (revidierte Version 2012) festgehaltenen flächendeckend gültigen und überprüfbaren Versorgungs- und Qualitätsstandards. Die Umsetzung der Standards in den Kliniken wird von unabhängigen Zertifizierungsunternehmen regelmäßig geprüft und bescheinigt. Erfolgreich auditierte Traumazentren einer Region schließen sich zu regionalen Traumanetzwerken zusammen und kooperieren bei der Patientenversorgung und Ausbildung.

Für die Struktur der Kliniken wurden im Weißbuch drei Versorgungsstufen definiert, die mit speziellen Struktur- und Prozessmerkmalen sowie Kennzahlen hinterlegt wurden:

- lokale Traumazentren
- regionale Traumazentren
- überregionale Traumazentren.

Um sich zu einem TraumaNetzwerk DGU® zusammenzuschließen, sind mindestens fünf Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen notwendig, die unter mindestens einem überregionalen Traumazentrum regional vernetzt zusammenarbeiten. Neben der Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität in der Versorgung von Schwerverletzten jeder einzelnen Klinik

wird eine enge organisatorische und fachliche Kooperation der Kliniken gefordert (z.B. Regelung der Zu- und Rückverlegung von Schwerverletzten, gemeinsame Qualitätszirkel, definierte Kommunikation mit Rettungsdiensten und teilnehmenden Kliniken), die in einem Kooperationsvertrag festgelegt wird.

Zum TraumaNetzwerk Schleswig-Holstein gehören derzeit insgesamt 13 Krankenhäuser an 15 Standorten, die regelmäßig an der Versorgung von schwerverletzten Patienten beteiligt sind. Wichtiger Bestandteil dieses Netzwerkes ist die verbesserte Kommunikation zwischen den Versorgungseinrichtungen, die notwendige Verlegungen im Ablauf deutlich erleichtert.

Innerhalb des Netzwerkes verteilen sich die angeschlossenen Traumazentren auf die Versorgungsstufen gemäß Weißbuch wie folgt:

- Überregionale Zentren: 4
- Regionale Zentren: 5
- Lokale Zentren: 5.

Die Zuordnung wird bestimmt durch die Ausstattungsmerkmale der Standorte, wie einen Hubschrauberlandeplatz, einen Schockraum, einen Computertomographen und einen Notfall-OP sowie eine Blutbank.

Für die Leitstellen und Rettungsdienste wird durch die Festlegung der Traumazentren nach Versorgungsstufe festgestellt, welches das „für die weitere Versorgung geeignete Krankenhaus“ nach § 1 des RDG SH ist, das anzufahren oder anzufliegen ist. Bei Verlegungen ist das nächstgelegene geeignete Traumazentrum zu wählen. Der Nachweis über die Zulassung als lokales, regionales und überregionales Traumazentrum ist durch die fortlaufende Teilnahme an der Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. zu führen. Der Nachweis ist unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen. Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis der Zertifizierung.

### **8.3 Geriatrische Versorgung**

**Ziel:** Durch ein dreistufiges Angebot (akutstationär, teilstationäre, ambulant) soll eine umfassende fallabschließende Versorgung der älteren schleswig-holsteinischen Menschen sichergestellt werden.

#### **8.3.1 Einleitung**

Bereits im Jahr 1995 wurde ein umfassendes Geriatrie-Gutachten erstellt, welches u.a. die Kapazität künftiger geriatrischer Systeme flächendeckend für Schleswig-Holstein berechnete und schon damals die herausragende Rolle der Vernetzung der stationären mit der teilstationären und ambulanten Versorgung betonte.

Eine wesentliche Grundlage für die geriatrische Versorgung in Schleswig-Holstein stellt die Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2010 dar. Diese beinhaltet u.a., dass die Behandlung geriatrischer Patienten im Hinblick auf Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und Rehabilitationsindikation an den je-

weiligen Standorten fallabschließend erfolgt. Mit der LRV wurden zudem die Abgrenzungskriterien für die ambulant(-rehabilitativen), teil- und vollstationären Pfade der geriatrischen Behandlung mit allen Beteiligten geeint.

Das Geriatriekonzept für Schleswig-Holstein wurde am 21. Mai 2014 von der Beteiligtenrunde beschlossen und damit Bestandteil des Krankenhausplanes 2010.

Der Krankenhausplan 2017 greift dieses Geriatriekonzept auf, präzisiert an einigen notwendigen Stellen die strukturellen Voraussetzungen an die geriatrischen Versorgungsstrukturen und passt die Bedarfsermittlung auf der Grundlage der Ist- Situation an.

### **8.3.2 Geriatrisches Versorgungskonzept**

Das Gesundheitsministerium hat die Geriatrie in Schleswig-Holstein ins Zentrum der täglichen medizinischen Versorgung der Akutkrankenhäuser gestellt. In einer Struktur von Fachabteilungen für Geriatrie wird mit einem dreistufigen Angebot, das die akutstationäre, die teilstationäre und die ambulante rehabilitative Versorgung geriatrischer Patienten umfasst, die Versorgung der älteren schleswig-holsteinischen Menschen sichergestellt. Die Integration der geriatrisch-rehabilitativen Behandlung der Patienten in den Versorgungsauftrag beziehungsweise das Versorgungsangebot der geriatrischen Fachabteilungen ermöglicht eine umfassende fallabschließende Versorgung der geriatrischen Patienten.

Die geriatrischen Kliniken und die angeschlossenen Tageskliniken bieten für die geriatrischen Patienten eine umfassende Diagnostik, Therapie und Frührehabilitation an. Neben der medizinischen und psychosozialen Behandlung steht dabei die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung einer möglichst selbständigen Lebensführung im Vordergrund des Handelns. Die Tagesklinik dient der Verkürzung oder Vermeidung eines vollstationären Behandlungsaufenthaltes und macht in vielen Fällen eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung erst möglich. Mit der ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Versorgung (AGRV), die am 01.04.2010 in die Regelversorgung übergegangen ist, wurde ein zusätzliches Angebot geschaffen, das das bereits auf qualitativ hochwertigem Niveau bestehende Versorgungsangebot im vollstationären und tagesklinischen Bereich ergänzt und das dreiphasige altersmedizinische Angebot vervollständigt. Das derzeitige antragsgestützte Anmeldeverfahren ist im klinischen Alltag jedoch wenig praktikabel und führt daher zu niedrigen Fallzahlen. Es sollte von allen Beteiligten nach Wegen gesucht werden, um die ambulante Versorgung bedarfsgerecht sicherzustellen.

Den Kern des Versorgungskonzeptes stellt der Geriatrische Versorgungsverbund<sup>4</sup> dar, welcher die fachliche Kompetenz für die geriatrische Versorgung der jeweiligen Region bündelt und eine abgestufte geriatrische Versorgung aus ambulanten, teil- und vollstationären Bausteinen umfasst. Erst durch das Vorhandensein dieses abgestuften Versorgungssystems

---

<sup>4</sup> Der Bundesverband Geriatrie hat das Konzept des „geriatrischen Versorgungsverbundes“ als sektorübergreifendes geriatrisches Netzwerk entwickelt. Zu den Aufgaben gehört u.a. ein schnittstellenfreies Care- und Casemanagement sowie die frühzeitige Identifikation (Screening) des geriatrischen Patienten bzw. ein weiterführendes Assessment und geriatrische Konsile in anderen Akutabteilungen.

wird sichergestellt, dass der Patient zu jedem Zeitpunkt in der richtigen Versorgungsstufe geriatrisch ausreichend behandelt wird.

Aufgrund dieses abgestimmten Versorgungskonzeptes ist die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) an im Krankenhausplan Schleswig-Holstein ausgewiesenen geriatrischen Fachabteilungen zu erbringen.

Der geriatrische Versorgungsverbund zeichnet sich dadurch aus, dass neben dem stationären und teilstationären (tagesklinischen) Bereich regelhaft ein ambulantes Angebot, möglichst unter Einschluss der ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Versorgung (AGRV), sowie ein Konzept zur Steuerung geriatrischer Patienten und zusätzlich grundsätzliche Strukturvoraussetzungen vorliegen.

Die folgenden Bausteine stellen die Grundlage für einen geriatrischen Versorgungsverbund dar:

1. Stationäre Betten: Mindestkapazität von 20 Betten als eigenständige Fachabteilung Geriatrie innerhalb eines Standortes einer Klinik mit weiteren somatischen Fachabteilungen an diesem Standort oder Mindestkapazität von 60 Betten als selbstständiger geriatrischer Standort einer Klinik ohne weitere Fachabteilungen an diesem Standort.
2. Teilstationäre Behandlungsplätze: Diese Plätze sollen im Verhältnis von etwa 1:3 zu den vorgehaltenen stationären Kapazitäten berechnet werden.
3. Ambulante Behandlungsangebote: Diese Angebote umfassen u.a. geriatrische Heilmittelangebote, geriatrische Institutsambulanzen (GIAs), die ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung (AGRV). Aus dem jeweiligen ambulanten Behandlungsangebot eines geriatrischen Versorgungsverbunds muss ein geriatrisch umfassendes ambulantes Versorgungsnetzwerk in Kooperation mit Haus- und Fachärzten ersichtlich sein.
4. Vorliegen eines Aufnahmekonzepts zur Überleitung aus der Akutphase mit den wichtigsten Zuweisungsabteilungen sowie zur direkten Aufnahme aus dem ambulanten Bereich (das Aufnahmekonzept beinhaltet z.B. die Beschreibung des richtigen Zeitpunkts der Übernahme, die Nennung der unmittelbaren Ansprechpartner sowie die Beschreibung der Prozesskette)
5. Vorliegen eines Überleitungskonzepts (strukturiertes Entlassungsmanagement)
6. Die inhaltlichen Voraussetzungen für die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung müssen erfüllt sein.
7. Eine Kooperationsvereinbarung zur Versorgung geriatrischer Patienten soll mindestens die folgenden Inhalte regeln:
  - Zur Identifikation geriatrischer Patienten in nicht geriatrischen Abteilungen / Notaufnahme regelhafte Durchführung eines geriatrischen Screening zu Beginn des stationären Aufenthaltes (z.B. ISAR = Identification of Seniors at Risk nach Warburton, Six Item Screener nach Callahan, hausintern abgestimmtes individuelles Screening)

- Schriftliche Ausgestaltung der Überleitungsschnittstelle zwischen der zuweisenden nicht geriatrischen Abteilung und der Geriatrie
- Durchführung geriatrischer Konsile in den zuweisenden nicht Geriatrie tragenden Klinikabteilungen
- Fachspezifische Konsile innerhalb der Geriatrie (z.B. Unfallchirurgie, Gerontopsychiatrie)

Die Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen ist vor der Neuausweisung einer geriatrischen Fachabteilung durch das zuständige Ministerium zu überprüfen.

### **8.3.2.1 Stationäre Geriatrie**

Die stationäre Geriatrie stellt das Kernstück des geriatrischen Versorgungsverbunds dar. Der schwellenfreie Übergang aus anderen akutmedizinischen Krankenhausabteilungen sowie die Direktaufnahme von Patienten nach Einweisung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kennzeichnen diesen Bereich. Die Indikation für die Übernahme in eine stationäre Geriatrie besteht dann, wenn

- der Patient / die Patientin in der Regel 70 Jahre oder älter ist und
- der Patient / die Patientin die typische geriatrische Multimorbidität aufweist und
- das Krankheitsbild nicht mit ambulanten oder teilstationären Mitteln ausreichend zu behandeln ist (stationäre Aufnahme indiziert).

Die stationäre Geriatrie ist in der Regel der größte Einzelbaustein des geriatrischen Versorgungsverbundes. Zu den Kernaufgaben gehören akutgeriatrische Behandlungen mit und ohne frührehabilitative Behandlungsleistungen. Erst durch das Vorhandensein des abgestuften Versorgungssystems aus ambulanter, teil- und vollstationärer Geriatrie wird sichergestellt, dass der Patient zu jedem Zeitpunkt in der richtigen Versorgungsstufe geriatrisch ausreichend behandelt wird.

Für die stationäre Geriatrie ist die Vorhaltung des vollständigen geriatrischen Teams mit allen Berufsgruppen, welche im OPS 8-550 in der jeweils aktuellen Fassung genannt sind, zwingende Voraussetzung.

### **8.3.2.2 Geriatrische Tagesklinik**

Die geriatrischen Tageskliniken sind mit dem Aufbau der Geriatrie in Schleswig-Holstein ein fester Bestandteil der geriatrischen Versorgung geworden. Die Indikation für die Aufnahme in einer geriatrischen Tagesklinik (GTK) besteht dann, wenn

- der Patient / die Patientin in der Regel 70 Jahre oder älter ist und
- die typische geriatrische Multimorbidität aufweist und
- das Krankheitsbild mit ambulanten Mitteln nicht ausreichend zu behandeln ist und
- die medizinische Versorgung außerhalb der Tagesklinikzeiten gesichert ist (keine stationäre Aufnahme indiziert).

Die GTK stellt wie die stationäre Geriatrie einen wesentlichen Baustein des geriatrischen Versorgungsverbunds dar. Sie ermöglicht in vielen Fällen erst eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung und kann so zu einer Verkürzung oder Vermeidung eines vollstationären Behandlungsaufenthaltes führen.

Die tagesklinische Versorgung findet an allen geriatrischen Standorten im Verbund mit stationären und ambulanten geriatrischen Bausteinen statt. Dies ist notwendig und sinnvoll, um den zeitnahen schwellenfreien Abstrom aus dem stationären Bereich sowie die Direktübernahme aus benachbarten Akutabteilungen sicherzustellen. So kann nach einem geriatrischen Konsil aus der Hauptabteilung Geriatrie der Übergang aus benachbarten Akutabteilungen auch direkt in die geriatrische Tagesklinik erfolgen. Umgekehrt kann beispielsweise bei auftretenden Komplikationen, welche einen stationären geriatrischen Aufenthalt medizinisch begründen, auf kurzem Wege die Übernahme aus der GTK in die stationäre Geriatrie (und nach Abklingen des aktuellen Krankheitsgeschehens ggf. die Rückübernahme) durchgeführt werden.

Für die teilstationäre Geriatrie ist die Vorhaltung des vollständigen geriatrischen Teams mit allen Berufsgruppen, welche im OPS 8-98a in der jeweils aktuellen Fassung genannt sind, zwingende Voraussetzung.

### **8.3.2.3 Ambulante Geriatrie**

Zur ambulanten Geriatrie zählen u.a. folgende Leistungen:

- Geriatrische Heilmittelerbringung
- Geriatrische Institutsambulanzen (GIAs)
- Ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung (AGRV).

Aus dem jeweiligen ambulanten Behandlungsangebot eines geriatrischen Versorgungsverbundes muss ein geriatrisch umfassendes ambulantes Versorgungsnetzwerk in Kooperation mit Haus- und Fachärzten ersichtlich sein.

#### **Ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung (AGRV)**

Dieser Versorgungsbaustein wurde 2010 als dritte Säule der geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein eingeführt<sup>5</sup> und vervollständigt das Konzept der abgestuften geriatrischen Versorgung innerhalb des Geriatrischen Versorgungsverbundes.

Mit der AGRV wurde ein zusätzliches Angebot geschaffen, das das bereits auf qualitativ hohem Niveau bestehende Versorgungsangebot im vollstationären und tagesklinischen Bereich ergänzt und das dreiphasige altersmedizinische Angebot vervollständigt. Auf Grund des im klinische Alltag wenig praktikablen jetzigen antragsgestützten Anmeldeverfahrens mit resultierend deutlich sinkenden Fallzahlen muss zeitnah von allen Beteiligten nach Wegen gesucht werden, die ambulante Versorgung bedarfsgerecht sicherzustellen.

---

<sup>5</sup> Bereits seit 2007 wurde die AGRV zunächst im Rahmen eines Modellversuchs erprobt.

Die Indikation für die Behandlung in der Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation besteht dann, wenn

- der Patient / die Patientin in der Regel 70 Jahre oder älter ist und
- die typische geriatrische Multimorbidität aufweist
- eine medizinische Indikation gemäß Rehabilitationsrichtlinie des G-BA besteht und
- das Krankheitsbild nicht ausreichend mit den örtlich vorhandenen ambulanten Mitteln im Sinne der vertragsärztlichen Heilmittelversorgung zu behandeln ist und
- der Patient / die Patientin in der Lage ist, eine kompakte interdisziplinäre Behandlung mit Pausen von maximal 30 min zu erhalten und
- das aktuelle Krankheitsbild ausreichend gesichert ist (aktuelle medizinische Diagnostik zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns weitgehend abgeschlossen) und
- die medizinische Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten der AGRV gesichert ist (keine stationäre Aufnahme indiziert).

### **Ambulante mobile geriatrisch-rehabilitative Versorgung (MGRV)**

Die ambulante mobile geriatrische-rehabilitative Versorgung kommt für geriatrische Patienten in Betracht, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Es handelt sich hierbei um eine kleine, gut abgrenzbare Gruppe von Patienten, überwiegend mit Schädigungen kognitiver Funktionen bzw. schweren visuellen Einschränkungen, die in ihrem räumlichen Umfeld unter Einbeziehung ihrer sozialen Kontextfaktoren behandelt werden. Für diese Patienten kann die ambulante mobile geriatrische Rehabilitation geeignet sein. Die MGRV erfordert sowohl für die Planung als auch für die Durchführung eine auch für die Qualitätssicherung gut erfassbare Transparenz.

### **8.3.2.4 Geriatrische Kompetenz außerhalb geriatrischer Fachabteilungen**

Innerhalb des geriatrischen Versorgungsverbundes kommt der geriatrischen Kompetenz auch außerhalb von geriatrischen Fachabteilungen eine besondere Rolle, u.a. zur frühzeitigen Identifizierung (Screening) geriatrischer Patienten zu.

### **Konsiliarvisiten in anderen Fachabteilungen**

Durch geriatrische Konsiliarleistungen in nicht geriatrischen Fachabteilungen wird die fachgeriatrische Expertise auch in Fachabteilungen ohne primär geriatrischen Auftrag wirksam. Die geriatrische Konsiliarvisite dient außerdem der korrekten Allokation potenziell geriatrischer Patienten, um diese zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort (weiter) zu behandeln. Umgekehrt ist auch das Einbringen chirurgischer, psychiatrisch-neurologischer und internistischer Kompetenz aus den Zuweisungskliniken in die Geriatrie ein wichtiger Bestandteil der Konsiliartätigkeit und zeigt die enge Verzahnung der Geriatrie mit den übrigen medizinischen Fachabteilungen. Die gemeinsame Organisation der

Patientenaufnahme vom ersten Tag an spielt für die schwellenfreie geriatrische Versorgung eine herausragende Rolle.

### **8.3.2.5 Steuerung geriatrischer Patienten**

#### **Identifikation geriatrischer Patienten**

Eine wichtige Komponente des geriatrischen Versorgungskonzeptes stellt die Identifikation von potenziellen Patienten für die jeweilige geriatrische Versorgungsform dar. Als Zustrom sind zu nennen:

- Übernahme stationärer Patienten aus einer anderen Fachabteilung in die anschließende stationäre oder teilstationäre geriatrische Behandlung
- Direktaufnahme aus der (zentralen) Notaufnahme oder Liegendaufnahme von Patienten, bei denen eine stationäre geriatrische Behandlung indiziert ist
- Direktaufnahme von Patienten, die vom Haus- oder Facharzt in einen der geriatrischen Versorgungsbausteine überwiesen bzw. eingewiesen werden.

Zu Identifikation geriatrischer Patienten soll regelhaft ein geriatrisches Screening zu Beginn des stationären Aufenthaltes durchgeführt werden (z.B. ISAR = Identification of Seniors at Risk nach Warburton, Six Item Screener nach Callahan, hausintern abgestimmtes individuelles Screening).

#### **Überleitung in den ambulanten Bereich**

Das Entlassungsmanagement stellt in der Geriatrie eine der wesentlichen Grundlagen dar. Die erfolgreiche Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung unterstreicht den Erfolg des geriatrischen Konzepts. Die frühe Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung sorgt für einen schwellenfreien Übergang u.a. in der Fortführung der medikamentösen und therapeutischen Maßnahmen. Sektorenübergreifend ist seit vielen Jahren die geriatrische Tagesklinik angelegt. Dort bleibt der Vertragsarzt außerhalb der Behandlungszeiten in der GTK hausärztlich zuständig, wird jedoch durch ein intensives medizinisch-therapeutisches Konzept im ambulanten Bereich entlastet.

### **8.3.2.6 Behandlungsschwerpunkte in der Geriatrie**

Die geriatrischen Kliniken in Schleswig-Holstein sind fachübergreifende Spezialeinheiten. Fachspezifische Geriatrien (z.B. „Neuro-Geriatrie“, „Kardio-Geriatrie“) sind aufgrund der Multimorbidität geriatrischer Patienten nicht geeignet, den Versorgungsauftrag für geriatrische Patienten zu erfüllen.

Innerhalb der Geriatrien können sich unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte herausbilden. Dazu gehören u.a. alterstraumatologische Schwerpunkte, Stationen innerhalb der Geriatrie für kognitiv Eingeschränkte, integrierte Palliativeinheiten innerhalb des geriatrischen Versorgungsverbundes bzw. extra ausgewiesene Palliativstationen in enger Angliederung an die Geriatrie. Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt stellt die Abklärung kognitiver Defizite im ambulanten bzw. teilstationären Setting dar (Memory-Klinik,

Gedächtnissprechstunde etc.). Grundsätzlich besitzt die Geriatrie durch ihre breite fachliche Aufstellung ein Leistungsmerkmal, welches für den älteren, multimorbiden Patienten die fachliche Expertise der Geriatrie schafft, um unabhängig von einer einzigen Subdisziplin mit einem breit angesiedelten Fachwissen der Aufgabe gerecht zu werden.

### **8.3.2.7 Weitere Bausteine des geriatrischen Versorgungsverbundes**

Der geriatrische Versorgungsverbund stellt die regionale Anlaufstelle für alle geriatrischen Fragen dar. Dazu gehören neben der Patientenversorgung in den verschiedenen Versorgungsstufen u.a. – z.T. optional - die Einhaltung der Qualitätskriterien des Bundesverbandes Geriatrie e.V., die Fort- und Weiterbildung aller am therapeutischen Team beteiligten Berufsgruppen (z.B. im Rahmen von ZERCUR<sup>®</sup>) oder die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (z.B. GEMIDAS PRO<sup>®</sup>). Außerdem zählen patienten- und angehörigeng-zentrierte Fortbildungen zu diesen Aufgaben.

### **8.3.3 Bedarfsermittlung**

Im Geriatriekonzept für Schleswig-Holstein (2014), das während der Laufzeit des Krankenhausplans 2010 erstellt wurde, erfolgte die Berechnung des geriatrischen Bedarfs nach zwei unterschiedlichen methodischen Ansätzen, die zu verschiedenen Ergebnissen hinsichtlich der prognostizierten Fallzahlen bzw. des Bedarfs an Betten und tagesklinischen Plätzen kamen.

Im Jahr 2014 wurden 19.119 Fälle in geriatrischen Fachabteilungen behandelt – eine Fallzahl, die zwischen den in den beiden Ansätzen prognostizierten Fallzahlen liegt.

Im Jahr 2015 wurden 20.685 Patienten in 16 geriatrische Krankenhausfachabteilungen an 20 Standorten behandelt. Die Zahl der geriatrischen Planbetten betrug 1.078 (aktuell: 1.096). Hinzu kommen 351 (aktuell: 356) tagesklinische Plätze.

Da die Berechnung nach den Ansätzen des Geriatriekonzeptes die Versorgungssituation nicht hinreichend genau beschreibt und mittlerweile ausreichen Daten zur Verfügung stehen, erfolgte für den Krankenhausplan 2017 die Bedarfsermittlung für das Fachgebiet Geriatrie nach dem im Kapitel 10 beschriebenen Verfahren auf der Grundlage der Ist-Situation und der demografischen Entwicklung.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Entwicklung im stationären Bereich sowie dem weit vorangeschrittenen und bundesweit führenden Ausbau der geriatrischen Tageskliniken wurde für das Jahr 2017 eine Fallzahl in Höhe von 21.615 ermittelt. Bei einer landesweiten mittleren Verweildauer von 17,5 Tagen und einer Normauslastung von 90 Prozent ergibt sich ein Bedarf von 1.152 Planbetten.

Für 2019 errechnen sich 22.780 Fälle bzw. 1.214 Planbetten und für 2022 24.418 Fälle bzw. 1.301 Betten.

Für 2019 und für den Planungshorizont 2022 ist zu prüfen, ob die o.g. Zahlen aufgrund einer Änderung der geriatrischen Versorgungsstrukturen (bspw. Aufbau geriatrischer Institutsambulanzen nach § 118a SGB V) angepasst werden müssen.

### 8.4 Palliativmedizinische Versorgung

**Ziel:** Kranken Menschen und ihren Angehörigen, die einer Palliativversorgung bedürfen, soll ein hohes Maß an Versorgungskontinuität gewährleistet werden, um dem unaufhaltsamen Fortschreiten der Erkrankung, den zunehmenden Beschwerden sowie psychosozialen und spirituellen Belastungen und dem fortschreitenden körperlichen Verfall begegnen zu können.

Obwohl Schleswig-Holstein im Bundesländervergleich die zweitniedrigste Sterbequote im Krankenhaus hat, sterben immer noch über 40 Prozent der älteren Menschen in Schleswig-Holstein in einem Krankenhaus. Nur sehr wenige Menschen sterben tatsächlich ihren Wünschen entsprechend zuhause in ihrer vertrauten Umgebung und begleitet von vertrauten Menschen. [Quelle: Faktencheck]

Schleswig-Holstein verfügt bereits über ein dichtes ambulantes und stationäres palliativmedizinisches Versorgungsnetz (stationäre Palliativstationen und Hospize, spezialisierte ambulante Palliativversorgung = SAPV, ambulante Hospiz- und Pflegedienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin liegt in Schleswig-Holstein mit 7,8 Ärzten pro 100.000 Einwohner deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 4,8 und belegt damit den zweiten Platz im Ländervergleich. Schleswig-Holstein verfügt über eine hohe Dichte an ambulanten Hospizdiensten (19,5 ambulante Hospizdienste pro eine Million Einwohner) und belegt damit den dritten Platz unter allen Bundesländern. Mit einer Zahl von 4,6 Teams für die SAPV pro eine Million Einwohner belegt Schleswig-Holstein den fünften Platz im Ländervergleich.

In Schleswig-Holstein gibt es acht SAPV Vertragsregionen, die eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen sollen. Vertragsregion 1 umfasst Flensburg, Nordfriesland und Schleswig, Vertragsregion 2 Rendsburg-Eckernförde, Vertragsregion 3 Steinburg, Pinneberg und Dithmarschen, Vertragsregion 4 Neumünster, Vertragsregion 5 Geesthacht und Ratzeburg, Vertragsregion 6 Lübeck und Segeberg, Vertragsregion 7 das östliche Holstein und Vertragsregion 8 Kiel.

Im stationären Bereich gibt es in Schleswig-Holstein derzeit sieben Palliativstationen mit insgesamt 62 Betten. Hinzu kommen sechs stationäre Hospize mit insgesamt 66 Betten. Palliativstationen und Hospize verfolgen gemeinsame Ziele, sie haben jedoch unterschiedliche Versorgungsaufträge. Eine Aufnahme auf einer Palliativstation ist nur möglich, wenn eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erforderlich ist. In Hospizen werden hingegen Patienten betreut, bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist.

Die verschiedenen Sektoren ergänzen sich gegenseitig und kooperieren miteinander, um Menschen zu begleiten, die nicht mehr kurativ behandelt werden können, sondern bei denen eine spezialisierte Schmerztherapie, Symptomlinderung und soziale Unterstützung im Vordergrund stehen. Abhängig vom jeweiligen Bedarf werden diese Menschen in

wechselnden Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung betreut. Ein kritischer Moment ist dabei immer der Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen, der besonders dann problematisch werden kann, wenn er aufgrund nicht vorhersehbarer Notfallsituationen plötzlich und ungeplant erfolgt. Der Dreh- und Angelpunkt einer guten Palliativversorgung ist daher die Qualität des zugrunde liegenden strukturübergreifenden Netzwerks, das solche Versorgungsübergänge vorbereiten und begleiten kann. Dieses Netzwerk sollte idealerweise sowohl die Angebote der ambulanten und stationären als auch die der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung einer Region miteinander verbinden. Zusätzlich soll es auch die hospizlichen Angebote integrieren, wie die ambulanten Hospizdienste, die Kinder- und Jugendhospizdienste, die stationären Hospize und die Angebote der Trauerbegleitung.

Eine solche Koordination kann am ehesten gelingen, wenn die regionalen Palliativnetzwerke jeweils eine palliativmedizinische Schwerpunkt-Einheit in Form einer Palliativstation als Bezugspunkt haben. Diese ist für übergeordnete Aufgaben zuständig, knüpft Netzwerkverbindungen in alle relevante Versorgungsbereiche und pflegt gleichzeitig im Rahmen der Patientenversorgung die im Netzwerk betreuten Palliativpatienten im Sinn eines längerfristigen Case Managements. Sie begleitet die Überleitung in die jeweils passenden Versorgungsstrukturen. Damit keine Parallelstrukturen entstehen und die regional organisierten Versorgungsnetzwerke zusammenarbeiten und sich unterstützen, hat der Landtag Schleswig-Holstein eine Koordinierungsstelle beschlossen, die für die vielen unterschiedlichen Träger und Organisationen eine Anlaufstelle sein soll. Sie wird beim Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein angesiedelt.

Auf Palliativstationen wird nur ein Teil der Schwerkranken und Sterbenden versorgt. Weitaus mehr schwer kranke und sterbende Menschen werden auf nicht-palliativen Stationen in den Krankenhäusern im Rahmen von Notfällen und lebensbedrohlichen Komplikationen, unter intensivmedizinischer Therapie oder ohne vorhersehbare schwerwiegende Prognose, zum großen Teil aber auch mit einer chronischen lebensbeendenden Erkrankung versorgt. Daher ist in allen Krankenhäusern eine palliativmedizinische Basisversorgung z.B. durch Palliativ Care Teams erforderlich. Die im Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen durch geeignete Qualifizierung befähigt werden, palliativmedizinischen Versorgungsbedarf zu erkennen und unter den unterschiedlichen Rahmenbedingungen ein Sterben und Abschiednehmen in Würde zu ermöglichen. Im Bedarfsfall müssen Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung (Palliativstationen oder Palliativdienste) erreichbar sein, um Unterstützung und Beratung zu leisten.

Seit 2005 kann die palliativmedizinische Komplexbehandlung mit dem OPS 8-982 als spezialisierte Leistung im Krankenhaus abgebildet werden. Die Prozedur beschreibt die aktive ganzheitliche Behandlung bei unheilbaren Erkrankungen zur Symptomlinderung und psychosozialen Stabilisierung und formuliert umfangreiche Anforderungen zu Personaleinsatz und Personalqualifikation sowie speziellen Therapiebereichen. 2012 wurde korrespondierend zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) mit dem OPS 8-98e die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung in den Prozedurenkatalog aufgenommen. Somit kann nun auch im stationären Bereich ein

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

Die krankenhauplanerische Ausweisung von palliativmedizinischen Schwerpunkt-Einheiten an geeigneten Krankenhaus-Standorten betont deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Rahmen der regionalen Palliativnetzwerke.

Die palliativmedizinischen Schwerpunkt-Einheiten verfügen über eine gut ausgebaute Palliativstation, erfüllen alle Mindestmerkmale, die nach OPS 8-98e für eine spezialisierte stationäre Komplexbehandlung gefordert werden und haben darüber hinaus weitere Aufgaben und Verantwortlichkeiten wie z.B.

- Ausbau und Organisation des regionalen Palliativnetzwerks unter Einbeziehung aller Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung
- Unterstützung der anderen Krankenhäuser der eigenen Versorgungsregion und ggf. benachbarter Versorgungsregionen ohne palliative Schwerpunkt-Einheit im Aufbau palliativer Konsildienste oder klinikinterner Palliative Care Teams bzw. Bereitstellung eines Konsildienstes für diese Krankenhäuser
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für die Region
- Ausbau und Pflege des Palliativnetzwerks: koordinierte strukturübergreifende lokale und regionale Vernetzung aller Protagonisten der Palliativversorgung
- Entwicklung eines regional einheitlichen Qualitätsmanagements
- Erarbeitung regionaler Versorgungsstandards

Koordinierende Funktionen innerhalb des regionalen Palliativnetzwerkes sind nicht zwingend an eine Palliativstation gekoppelt, sondern können auch von einem Team SAPV erfüllt werden.

Mit Blick auf die bereits vorhandenen Strukturen der Palliativversorgung ist es sinnvoll, beim Aufbau und Ausbau von palliativen Schwerpunkt-Einheiten sensibel vorzugehen und die regionalen Protagonisten der Palliativversorgung bereits im Vorfeld eng und offen in die Diskussion mit einzubinden, um vorhandene regionale Strukturen zu stärken und Doppelstrukturen zu vermeiden.

*Exkurs:*

*Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Palliativversorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zur Stärkung der Palliativversorgung in Krankenhäusern können für eigenständige Palliativstationen krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Auch in Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt:*

Der Bedarf an Palliativbetten ist schwer zu bestimmen und hängt entscheidend davon ab, wie die in der allgemeinen und spezialisierten Palliativbetreuung vorhandenen Versorgungsangebote sektorenübergreifend miteinander verknüpft werden und ihre Aufgaben wahrnehmen. Die Zahl der Hospizbetten und der ambulanten Hospizdienste sowie die unterschiedlichen familiären Strukturen in Stadtgebieten und im ländlichen Raum spielen ebenfalls eine Rolle bei der Bedarfsbestimmung. Der geschätzte Bedarf liegt je nach Annahmen zwischen 30 und 50 Palliativbetten pro eine Million Einwohner für die Versorgung Schwerkranker und Sterbender. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages nennt in ihrem Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ (BT-Drs. 15/5858) einen Bedarf von 27,7 bis 35,9 Palliativbetten pro eine Million Einwohner.<sup>6</sup>

Palliativmedizinische Schwerpunkt-Einheiten sollen – basierend auf den bereits bestehenden Palliativstationen - an folgenden Standorten ausgewiesen werden:

- Flensburg: Katharinen Hospiz am Park
- Kiel: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein / Städtisches Krankenhaus (im Aufbau)
- Neumünster: Friedrich-Ebert-Krankenhaus
- Eutin: St. Elisabeth Krankenhaus
- Lübeck: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein / Sana-Kliniken
- Heide: Westküstenklinikum
- Wedel: Sana Regio Kliniken (im Aufbau)
- Itzehoe: Klinikum Itzehoe (im Aufbau)
- Großhansdorf: LungenClinic.

Soweit sich dies aus bereits vorhandenen Netzwerkstrukturen ergibt, könnten die koordinierenden Aufgaben innerhalb des Palliativnetzes von den jeweiligen Anbietern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung übernommen werden. Diese Anbieter sollten jeweils von einer benachbarten palliativmedizinischen Schwerpunkt-Einheit unterstützt werden, um auf diesem Weg auch eine überregionale Vernetzung zu bahnen.

Die meisten Menschen wünschen sich, möglichst bis zum Lebensende selbstbestimmt zuhause in ihrer vertrauten Umgebung und begleitet von vertrauten Menschen bleiben zu können. An diesem Bedarf orientiert sich die Planung mit so viel aufsuchender häuslicher Versorgung wie möglich und so viel stationärer unterstützender Versorgung wie nötig in einem sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsnetzwerk.

Ausführliche Informationen zum Thema „Hospize und palliativmedizinische Versorgung in Schleswig-Holstein“ finden sich auch im Bericht der Landesregierung (Drucksache 18/2481).

---

<sup>6</sup> Dies bedeutet für Schleswig-Holstein einen Bedarf von 78 bis 102 Palliativbetten.

### 8.5 Schlaganfallversorgung

**Ziel:** Der Behandlungserfolg eines Schlaganfalls hängt entscheidend von der Zeitspanne zwischen Symptom- und Therapiebeginn ab. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall(verdacht) zu gewährleisten ist die Behandlung in Krankenhäusern, die spezialisierte interdisziplinäre Behandlungseinheiten (sogenannte „Stroke Units“) aufweisen, erforderlich.

Die Schlaganfallerkrankung stellt eine der häufigsten Todesursachen sowie die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter in Deutschland dar. Allein in Schleswig-Holstein verzeichnet die Statistik jährlich fast 8.000 Schlaganfälle.

Die Behandlung des Schlaganfalls ist in erster Linie ein Zeitproblem: Bereits wenige Minuten nach einem Gefäßverschluss setzt durch die Unterversorgung mit Sauerstoff die Schädigung des Gehirns ein, was zu dauerhaften, schwersten Behinderungen führen kann. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass durch die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall in Krankenhäusern mit Stroke Units die Sterblichkeit und der Schweregrad von Behinderung erheblich vermindert werden können. Stroke Units sind interdisziplinäre Behandlungseinheiten, die die apparativen und personellen Voraussetzungen sowie die Laborausstattung für die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen rund um die Uhr gewährleisten.

Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist, dass dies Patientinnen und Patienten grundsätzlich in ein für die Schlaganfallversorgung geeignetes Krankenhaus gebracht werden. Als geeignet gilt ein Krankenhaus, wenn es folgende Kriterien erfüllt:

- Das Krankenhaus hat eine im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Neurologie.
- Das Krankenhaus verfügt über eine zertifizierte oder eine im Zertifizierungsverfahren befindende Stroke Unit (Zertifizierungsverfahren entsprechend der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe)
- Das Krankenhaus hält alle infrastrukturellen und prozessualen Voraussetzungen für reibungslose intrahospitale Abläufe in der Schlaganfallversorgung vor.
- Darüber hinaus nimmt das Krankenhaus verpflichtend am Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung teil.

Krankenhäuser, die die oben aufgeführten Kriterien erfüllen, werden im Krankenhausplan 2017 als an der Schlaganfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser (Stroke Unit) ausgewiesen. Krankenhäuser, die eine Zertifizierung beabsichtigen oder sich im Zertifizierungsverfahren befinden, werden im Feststellungsbescheid erst bei Nachweis der Zertifizierung als geeignet ausgewiesen.

Bei den Stroke Units wird zwischen regionalen und überregionalen Versorgungseinheiten unterschieden. In Schleswig-Holstein gibt es derzeit 12 zertifizierte Stroke Units, davon neun regionale Stroke Units und drei überregionale Stroke Units.

Wenn eine Patientin bzw. ein Patient mit Schlaganfall in einem nicht für die Schlaganfallversorgung ausgewiesenen Krankenhaus erstversorgt wird, muss in der Regel umgehend zur Weiterbehandlung eine Verlegung in ein ausgewiesenes Notfallkrankenhaus veranlasst werden, es sei denn, dies ist ausdrücklich vom Patienten bzw. seinen Angehörigen nicht gewünscht.

### 8.6 Onkologische Zentren

**Ziel:** Durch die Benennung konkreter Anforderungsprofile für onkologische Zentren wird die Kooperation und der Informationsfluss zwischen den onkologischen Einrichtungen der Maximalversorgung mit der onkologischen Versorgung in der Fläche zwingend vorgegeben, um einen landesweit hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten.

Bösartige Neubildungen sind eine der häufigsten Todesursachen und deshalb von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Behandlung onkologischer Erkrankungen bindet einen erheblichen Anteil der finanziellen Mittel der Krankenversicherungen und die medizinische Forschung steht unter einem hohen Erwartungsdruck.

Die Behandlung von Krebserkrankungen muss interdisziplinär erfolgen, da - meistens kombiniert - chirurgische, medikamentöse und strahlentherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen. Die meist zuerst erfolgende operative Behandlung sollte in ein qualifiziertes internistisch-onkologisches, strahlen-, physio- und psychotherapeutisches Versorgungsangebot eingebettet sein. Auch palliativmedizinische Hilfe ist bei Bedarf bereitzuhalten. Krankenhäuser mit einem hohen Versorgungsanteil in der operativen Krebstherapie sollten über diese Therapiemöglichkeiten verfügen bzw. sie sich durch Kooperationen erschließen.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ist im Rahmen der onkologischen Maximalversorgung – gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Kiel und Lübeck – Träger des akademischen Krebszentrums Nord. Durch die Verbindung von Patientenversorgung und wissenschaftlicher Forschung fließen neuartige Entwicklungen und Erkenntnisse in die Optimierung von Therapien ein, so dass den Krebspatienten zeitnah neue, effektivere und nebenwirkungsärmere Therapien angeboten werden können.

Onkologische Zentren sind in der Regel an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung angesiedelt, die

- die Anforderungen eines Onkologischen Zentrums der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) an eine kontinuierliche, umfassende ambulante und stationäre Versorgung von onkologischen Patienten in der jeweils gültigen Fassung erfüllen, oder über mindestens zwei Tumorzentren (z.B. Brusttumorzentrum, Darmtumorzentrum, Prostatatumorzentrum, Lungentumorzentrum, Hauttumorzentrum, Lymphomzentrum, Hirntumorzentrum) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft verfügen
- mit einem Zentrum der onkologischen Maximalversorgung eine Vereinbarung zur Kooperation abgeschlossen haben.

- die von dem G-BA formulierten strukturellen Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter onkologischer Behandlungen nach § 116 b SGBV erfüllen.

Um die onkologisch anerkannt besten Behandlungsverfahren auch der Breite der Bevölkerung zugänglich zu machen, haben sich die einzelnen onkologischen Zentren in Schleswig-Holstein im Wege von Kooperationsverträgen in der Fläche vernetzt.

Alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan als Onkologische Zentren ausgewiesen sind, bilden für Schleswig-Holstein vier Zentren im Sinne von Netzwerken:

- Zentrum Nord (St. Franziskus-Hospital Flensburg mit angeschlossenen Krankenhäusern)
- Zentrum West (Westküstenklinikum Heide mit angeschlossenen Krankenhäusern)
- Zentrum Ost (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel mit angeschlossenen Krankenhäusern)
- Zentrum Süd (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck mit angeschlossenen Krankenhäusern)

Der Nachweis der vorgegebenen Qualitätskriterien ist unaufgefordert dem Gesundheitsministerium vorzulegen. Die Kooperationsvereinbarungen sind der Planungsbehörde vorzulegen. Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis dieser Nachweise.

### 8.7 Brustzentren

**Ziel:** Die von Brustzentren zu erfüllenden Kriterien dienen der abgestimmten und vertraglich geregelten Zusammenarbeit der in der gynäkologischen Onkologie tätigen Medizinischen Einrichtungen.

Die Landesregierung hat dazu beigetragen, dass ein flächendeckendes Angebot an Brustzentren auf hohem Niveau entstanden ist, das den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts darstellt. Jede an Brustkrebs erkrankte Patientin und jeder Patient sollen eine zeitgemäße Versorgung erhalten können, die die bestmöglichen Heilungschancen gewährleistet und mit den geringstmöglichen Beeinträchtigungen verbunden ist.

Ein im Krankenhausplan ausgewiesenes Brustzentrum erfüllt – entweder als einzelnes Krankenhaus (= Brustzentrum mit einem Standort) oder in vertraglich geregelter Kooperation mehrerer Krankenhäuser (= Brustzentrum mit mehreren Standorten) – die aktuellen in der Vereinbarung nach § 137 g SGB V i.V.m. § 140 b SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm DMP – Brustkrebs festgelegten „Qualitätsanforderungen“ sowie die Qualitätskriterien für die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Darüber hinaus muss die vertragliche Einbindung an ein onkologisches Zentrum nachgewiesen werden.

Zurzeit sind in Schleswig-Holstein 13 regionale Brustzentren vorhanden, von denen 12 durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert wurden. Generell wird die Erfüllung der DMP-Kriterien als Nachweis für die regelhafte Vorhaltung der Qualitätskriterien seitens des Gesundheitsministeriums gefordert.

Der Nachweis ist unaufgefordert der Planungsbehörde vorzulegen. Der Ausweis im Planungs-Einzelblatt erfolgt auf Basis des Nachweises.

### **9 Psychiatrische Versorgung**

Die Psychiatrische Versorgung beinhaltet die Versorgung in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.

#### **9.1 Einleitung**

Die Zielvorstellung, die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stärker in den Mittelpunkt zu rücken, indem die Behandlung psychisch kranker Menschen in dezentralen, gestuften Versorgungseinheiten flexibel am individuellen Bedarf ermöglicht wird, bleibt das Leitmotiv der Versorgungsplanung.

In den letzten Jahren ist die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein insbesondere durch den Aufbau von teilstationären Kapazitäten weit fortgeschritten. In der psychosomatischen Versorgung erfolgt seit 2014 die Erprobung einer wohnortnahen gestuften Versorgung durch die schrittweise Einrichtung von psychosomatischen Tageskliniken im Rahmen eines Modellversuches. Der Ausbau der teilstationären und ambulanten Versorgung führt allerdings zu einem höherem Aufwand für die stationär verbleibenden Patientinnen und Patienten, da der Schweregrad der Erkrankung dieser Patientengruppe höher ist.

#### **9.2 Psychiatrie und Psychotherapie**

Schleswig-Holstein verfügt über ein enges Netz stationärer und teilstationärer psychiatrischer Kliniken. In jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es für die betroffenen Menschen Angebote in diesen Versorgungssektoren. Damit ist die Dezentralisation der psychiatrischen Versorgung erfolgreich in Schleswig-Holstein umgesetzt worden.

Stationäre Versorgung und tagesklinische Versorgung sind in der Regel mit einer psychiatrischen Institutsambulanz kombiniert.

##### **9.2.1 Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie**

In Schleswig-Holstein gibt es 19 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie für die Versorgung von Erwachsenen. Zwölf dieser Fachabteilungen befinden sich an Fachkrankenhäusern; drei davon behandeln ausschließlich Abhängigkeitserkrankungen. Die anderen sieben Fachabteilungen befinden sich an Allgemeinkrankenhäusern.

Im Jahr 2015 standen 1.962 Planbetten für rund 34.234 Patienten jährlich zur Verfügung. In 2015 betrug die durchschnittliche landesweite Verweildauer 18,4 Tage.

Da der bestehende Bedarf derzeit gedeckt ist, sind in der Krankenhausplanung keine neuen Standorte für vollstationäre psychiatrische Kliniken vorgesehen. Standortbezogen ist eine bedarfsgerechte Kapazitätsanpassung möglich.

An einigen Fachkliniken werden überregionale Spezialangebote vorgehalten. In diesen Fällen ermöglicht die Größe der Einrichtung neben der Regelversorgung eine Vorhaltung für besondere Patientengruppen, die nicht überall versorgt werden können und ein spezialisiertes Angebot benötigen.

### **9.2.2 Psychiatrische Tageskliniken**

Die 19 psychiatrischen Fachabteilungen betreiben an 29 Standorten psychiatrische Tageskliniken. Zusätzlich gibt es sieben solitäre Tageskliniken in eigener Trägerschaft.

2015 wurden insgesamt 700 Plätze im teilstationären Setting ausgewiesen. Die Zahl der Standorte für die teilstationäre psychiatrische Versorgung hat – unter Berücksichtigung der noch in Bau befindlichen Tageskliniken - eine bedarfsgerechte Versorgungsdichte erreicht.

Patientinnen und Patienten aus Schleswig-Holstein nutzen neben den Einrichtungen in Schleswig-Holstein auch die Krankenhäuser in Hamburg und umgekehrt. Damit ist auch die Psychiatrie Teil der länderübergreifenden Zusammenarbeit in der Krankenhausplanung.

Grundsätzlich strebt das Gesundheitsministerium an, dass 30 Prozent der stationären Kapazitäten ergänzend als tagesklinische Plätze zur Verfügung gestellt werden. Dieses Ziel wird derzeit bereits annähernd erreicht.

### **9.2.3 Regionales Psychiatrie-Budget bzw. Modellprojekte nach § 64b SGB V**

Schleswig-Holstein war das erste Bundesland, in dem 2003 im Kreis Steinburg mit einem Regionalbudget ein modernes Versorgungskonzept ermöglicht wurde, indem die Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter<sup>7</sup> Versorgung aufgehoben wurden.

In aktuell fünf Versorgungsregionen Schleswig-Holsteins erfolgt die Versorgung im Rahmen eines Regionalbudgets, inzwischen basierend auf den Regelungen des § 64b SGB V. Die Laufzeit beträgt acht Jahre, bis Ende 2020.

Das wesentliche Prinzip besteht darin, dass für alle Menschen mit einer psychischen Störung (mit der Ausnahme von psychisch erkrankten Straftätern) ein jährliches Budget vereinbart wird, das sowohl stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen umfasst, als auch ambulante und aufsuchende Leistungen, soweit sie durch das Krankenhaus erbracht werden. Die Entscheidung, welche Behandlung und in welchem Behandlungssetting diese Behandlung jeweils erbracht wird, wird vor Ort nach der medizinisch-psychiatrischen Notwendigkeit getroffen.

Die Modellprojekte haben durchgehend zu einer deutlichen Verlagerung von Behandlungsleistungen aus dem stationären in den teilstationären und auch ambulanten Bereich geführt. Die durchschnittliche patientenbezogene Verweildauer ist (je nach Laufzeit und Ausgangssituation) auf etwa die Hälfte des Ausgangswertes zurückgegangen. In allen

---

<sup>7</sup> Mit ambulant ist hier die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser nach den jeweiligen Regelungen des SGB V gemeint und nicht die vertragsärztliche Versorgung.

Regionen liegt die Dauer der stationären Behandlung weit unter dem Durchschnitt zu dem Vergleichswert der Regelversorgung im Land Schleswig-Holstein.

Die Zielvorstellung einer bedarfsgerechten, flexiblen Versorgungskette unter Einbeziehung einer am Krankenhaus angesiedelten ambulanten Versorgung wurde in den fünf Regionalbudgets für Psychiatrie und Psychosomatik umgesetzt.

Tabelle 1 Übersicht Modellprojekte nach § 64b SGB V

<b>Region</b>	<b>Einrichtungen</b>	<b>Einwohner der Region (2015)</b>	<b>Beginn des Modellprojektes</b>
Kreis Steinburg	Klinikum Itzehoe	130.000	2003
Kreis Rendsburg-Eckernförde	imland-Kliniken Rendsburg	268.000	2006
Kreis Dithmarschen	Westküstenklinikum Heide Psychiatrische Tagesklinik Heide	132.000	2008
Kreis Herzogtum Lauenburg	Johanniter-Krankenhaus Geesthacht	187.000	2008
Kreis Nordfriesland	Diako Nordfriesland	164.000	2009

Ende der aktuellen Laufzeit der Modellprojekte ist am 31.12.2020.

Mit dem Krankenhausplan 2017 werden für die Regionalbudgets erstmalig Betten und tagesklinische Plätze nach den tatsächlich gemeldeten Daten zur stationären und teilstationären Versorgung berechnet. In den fünf Modellregionen kommt es damit rechnerisch zu einer Abnahme der vollstationären Kapazitäten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie um 180 Planbetten und zu einer Ausweitung der tagesklinischen Kapazitäten um 92 Plätze.

Scheidet ein Krankenhaus aus dem Modellversuch aus oder wird nach Beendigung des Modellversuches zum 31.12.2020 diese Versorgung nicht in die Regelversorgung überführt, erfolgt eine Anpassung der Bettenkapazitäten und der tagesklinischen Kapazitäten an den jeweiligen Stand vor Eintritt in das Regionalbudget.

### **9.3 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Psychosomatik wird im Krankenhausplan Schleswig Holstein als eigenes Fachgebiet ausgewiesen.

Im Jahr 2015 standen in Schleswig-Holstein an 14 Standorten 448 Planbetten für 4.109 psychosomatische Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die mittlere Verweildauer betrug 37,6 Tage.

Zwei Fachkliniken und ein Allgemeinkrankenhaus bieten im stationären Bereich ausschließlich eine psychosomatische und keine psychiatrische Versorgung an; diese sind:

1. Schön Klinik Bad Bramstedt
2. Segeberger Kliniken
3. Curtius-Klinik in Bad Malente.

Mit diesen überregionalen Versorgungsangeboten wird u.a. die Versorgung von Patientengruppen sichergestellt, die ein spezialisiertes Behandlungsangebot benötigen.

In den Regionalbudgets ist die stationäre psychosomatische Versorgung regelhaft Bestandteil der fünf Regionalbudgets in Schleswig-Holstein, nicht jedoch die tagesklinische psychosomatische Versorgung.

### **Modellprojekt: regionale Psychosomatische Versorgung in Schleswig-Holstein**

Die Unterschiede in der Struktur der Krankenhausversorgung und der Krankenhausplanung für die Fachgebiete Psychiatrie einerseits und Psychosomatische Medizin andererseits haben bei ähnlichen und zum Teil gleichen Krankheitsbildern zu einer teilweise unterschiedlichen Versorgungssituation geführt.

Die in der Psychiatrie bereits realisierten gestuften Versorgungskonzepte wurden bis 2014 in der Psychosomatik aufgrund der Rahmenbedingungen nicht umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund hat die Landesregierung Schleswig-Holstein mit Erlass vom 30. Juli 2013 ein Konzept für die psychosomatische Versorgung in der Region vorgelegt. Zur Verbesserung einer flächendeckenden Versorgung und als Ergänzung der bestehenden spezialisierten stationären Versorgung wurden tagesklinische Versorgungsangebote vorrangig an Kliniken angesiedelt, die möglichst beide Behandlungsbereiche (Psychiatrie und Psychosomatik) vorhalten und zugleich für die somatische Versorgung der Bevölkerung verantwortlich sind.

Auf der Basis dieses Konzeptes sind inzwischen Tageskliniken für Psychosomatik:

- am Klinikum Itzehoe, Steinburg, Juni 2014
- an den Segeberger Kliniken, Segeberg, Oktober 2014
- am Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP), Campus Lübeck, Oktober 2014
- an der Diakonissenanstalt Flensburg, Flensburg, Februar 2015
- am Westküstenklinikum Heide, Dithmarschen, Juli 2015

entstanden.

Insgesamt wurden im Rahmen des Modellprojektes 75 neue Plätze geschaffen. Zusätzlich wurden 20 Plätze der psychiatrischen Tagesklinik der ZIP gGmbH am Standort Kiel in eine psychosomatische Tagesklinik mit 20 Plätzen umgewandelt.

Die einzige bis dahin bestehende psychosomatische Tagesklinik in Geesthacht mit 12 Plätzen (Regionalbudget Herzogtum-Lauenburg) wurde in das Modellprojekt einbezogen.

Es stehen somit 107 Plätze an sieben Standorten für eine psychosomatische tagesklinische Behandlung zur Verfügung.

Das Modellprojekt soll im Jahr 2017 evaluiert werden.

Für die Kapazitäten im tagesklinischen Bereich erfolgt eine Bedarfsanalyse erst nach Abschluss der Evaluation des Modellversuches zu den psychosomatischen Tageskliniken.

### **9.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie**

In Schleswig-Holstein gibt es für die stationäre und tagesklinische Versorgung vier Kliniken mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weitere vier Kliniken bieten nur eine tagesklinische Versorgung an.

Den besonderen Anforderungen in der Behandlung von Kindern und zunehmend auch der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird im besonderen Rechnung getragen. So ist u.a. eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe unabdingbar und sollte durch Kooperationsprojekte wie z.B. das Kooperationsprojekt „Grenzgänger“ (seit 2014 im Kreis Steinburg und Pinneberg mit Landesfördermitteln finanziert) gestärkt werden.

Bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, der sich regional sehr unterschiedlich auswirkt.

#### **9.4.1 Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Im Jahr 2015 standen 239 Planbetten an fünf Standorten für 2.573 betroffene Kinder- und Jugendliche zur Verfügung. Die durchschnittliche landesweite Verweildauer betrug 31,9 Tage.

Trotz des Aufbaus der dezentralen tagesklinischen Versorgung, der die regionale Patientenversorgung erkennbar verbessert hat, ist eine angemessene Ausstattung mit vollstationären Betten für schwere Krisensituationen und die Notfallversorgung 24/7 unerlässlich.

Selbst wenn eine Mitversorgung durch die Hamburger Kliniken berücksichtigt wird, zeigen die hohe Auslastung am Standort Elmshorn sowie die Wartezeiten und die immer wieder wohnortferne Versorgung in Schleswig oder Kiel insbesondere einen regionalen Versorgungsbedarf im Hamburger Rand deutlich auf. [Vergleiche hierzu Kapitel 10.3 Bedarfsbestimmende Faktoren]

In der Laufzeit dieses Krankenhausplans soll es daher sowohl zu einer Erweiterung der stationären als auch der tagesklinischen Kapazitäten kommen. Die Erweiterung der

stationären Kapazitäten in einer Größenordnung von 20 Betten soll am Standort Elmshorn erfolgen.

### **9.4.2 Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Acht Kliniken betreiben an 12 Standorten psychiatrische Tageskliniken für Kinder und Jugendliche mit 150 Plätzen (Stand 2015) und in der Regel jeweils einer psychiatrischen Institutsambulanz. Vier Kliniken haben keine stationäre Versorgung, sondern ausschließlich eine Tagesklinik.

Damit beträgt das tagesklinische Angebot 40 Prozent des gesamten Versorgungsangebotes. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 25 Prozent. Damit ist zwar rechnerisch ein gutes Verhältnis der tagesklinischen zur stationären Versorgung erreicht, das Land sieht allerdings noch strukturelle Defizite; insbesondere bei den Versorgungsangeboten für ältere Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre besteht noch Bedarf für eine tagesklinische Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Analysen der Altersstruktur in der tagesklinischen Versorgung zeigen, dass die Gruppe der älteren Kinder nur stark unterdurchschnittlich von den tagesklinischen Angeboten profitieren. Ziel ist ein flächendeckendes Angebot für diese Altersgruppen.

Das Land wird in der Laufzeit dieses Krankenhausplanes mit den Krankenhausträgern klären, für welche Erkrankungen eine tagesklinisches Angebot für ältere Kinder und Jugendliche angeboten werden sollte und wie dieses schrittweise realisiert werden kann. Dabei wird für die Jugendlichen eine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie für wichtig erachtet, um bei entsprechendem Bedarf eine möglichst kontinuierliche Behandlung und Betreuung in den Strukturen der Erwachsenenpsychiatrie sicher zu stellen.

Darüber hinaus wird in der Laufzeit dieses Krankenhausplanes geprüft, wie den besonderen Behandlungsbedürfnissen von psychisch Erkrankten in der Altersgruppe der 18 bis 25 Jährigen Rechnung getragen werden kann. Auch hier ist bei bestimmten Krankheitsbildern eine enge Kooperation der Erwachsenenpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig.

### 10 Ermittlung der bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur

#### 10.1 Fachgebiete der Krankenhausplanung

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein (WBO) in der Fassung vom 22. Juni 2016. Die WBO gliedert sich fachlich in Gebiete, die in der Krankenhausplanung den Fachabteilungen entsprechen. Die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin differenzieren sich in der WBO jeweils in mehrere Facharztkompetenzen, die in der Krankenhausplanung nicht ausgewiesen werden. Eine Ausnahme bildet eine Facharztkompetenz der Chirurgie, die Herzchirurgie, die im Krankenhausplan als eigenständige Fachabteilungen ausgewiesen werden.

Die bisher gesondert ausgewiesene Fachabteilung Orthopädie wird der Fachabteilung Chirurgie zugerechnet und nicht mehr gesondert ausgewiesen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen zunehmenden Bedeutung der geriatrischen Versorgung wird abweichend von der WBO die Geriatrie krankenhauplanerisch als eigenständige Fachabteilung ausgewiesen (in der WBO ist Geriatrie eine Zusatz-Weiterbildung).

Abweichend von der Weiterbildungsordnung werden darüber hinaus eigenständige Palliativstationen krankenhauplanerisch ausgewiesen (in der WBO ist Palliativmedizin eine Zusatz-Weiterbildung).

In die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2017 sind nur Betten führende Abteilungen aufgenommen. Intensivbetten werden nicht den einzelnen Disziplinen zugeordnet, sondern als "Davon-Betten" der Gesamtbetten des Krankenhauses ausgewiesen. Dabei wird unterschieden zwischen Intensivbetten für Erwachsene, Intensivbetten für Kinder und Intensivbetten für Neugeborene.

#### 10.2 Bettennutzung

Verschiedene Faktoren wie die Tendenz zu immer kürzeren Verweildauern und das Problem der Bettensperrungen in Folge von Krankenhausinfektionen waren der Anlass zu einer Anpassung der im Krankenhausplan 2017 festgelegten Richtwerte für die Bettenauslastung

Bei sehr kurzen Verweildauern im Krankenhaus ist es schwierig, insbesondere am Wochenende, höhere Auslastungen zu erreichen.

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

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

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

- Innere Medizin 80 Prozent
- Kinderheilkunde 75 Prozent
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie 85 Prozent
- Neurologie 82 Prozent
- Psychosomatik 95 Prozent

Aufgrund der Besonderheiten des Fachgebietes wurde für die Abteilungen für Palliativmedizin kein Richtwert für die Bettenauslastung festgelegt.

Für Belegabteilungen – nicht jedoch für Belegbetten innerhalb einer Hauptabteilung - beträgt der Richtwert für die Bettenauslastung grundsätzlich 70 Prozent.

Im tagesklinischen Bereich wird der gleiche Richtwert für die Auslastung zugrunde gelegt wie im entsprechenden vollstationären Bereich, bezogen auf 250 Tage pro Jahr.

In den psychiatrischen Fachbereichen ist es möglich, dass zur Förderung von Behandlungsangeboten für spezielle Erkrankungen oder Bevölkerungsgruppen eine Kapazitätsaufstockung an einzelnen Standorten unabhängig von der rechnerischen Auslastung erfolgen kann, um eine sinnvolle Gruppen- oder Stationsgröße zu ermöglichen.

### 10.3 Bedarfsbestimmende Faktoren

Die Bedarfsermittlung für die einzelnen Fachabteilungen erfolgte als Projektion der vollstationären Krankenhausfälle in Schleswig-Holstein für die Jahre 2017 bis 2022.<sup>8</sup> Die Projektionen erfolgten - unter sonst gleichen Bedingungen - mit der Bevölkerung als einziger Variablen. Veränderungen in den Erkrankungsraten, medizinisch-technischer Fortschritt, Verschiebungen von stationär zu ambulant (oder umgekehrt), Änderungen in der Verweildauer, sowie die Veränderung institutioneller Rahmenbedingungen etc. blieben unberücksichtigt, da es hinsichtlich dieser und anderer Determinanten kaum valide Aussagen zu Trends gibt und die Determinanten teilweise in gegenläufige Richtung wirken.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wird ausnahmsweise von dieser Berechnungsmethode abgewichen, da in diesem Fall die demografisch bedingte leichte Abnahme der zukünftigen Fallzahlen deutlich überkompensiert wird durch die wachsende Inanspruchnahme der entsprechenden Fachabteilungen. Darüber hinaus soll das bestehende Angebot an stationärer und teilstationärer Versorgung zukünftig weiter ausgebaut werden, da es derzeit teilweise zu erheblichen Wartezeiten bei der Aufnahme

---

<sup>8</sup> Die Bedarfsermittlung erfolgte durch Prof. Dr. Katalinic und Diplom-Gesundheitswirtin Elke Peters (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) sowie durch Diplom-Geograph Dr. Ron Pritzkeleit (Institut für Krebs epidemiologie, Krebsregister Schleswig-Holstein).

kommt. Dies betrifft insbesondere die bevölkerungsreichen Regionen im Hamburger Randgebiet.

### **10.4 Verfahren zur Bedarfsberechnung**

Die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Planbetten erfolgte nach dem im Folgenden beschriebenen Verfahren:

1. Festlegung der Datenbasis zur Hochrechnung des Planbettenbedarfs im Jahr 2017 (Laufzeitbeginn des Krankenhausplans) und (unter Angabe der projizierten Entwicklungsfaktoren) in den Jahren 2019 (Zwischenfortschreibung) und 2022 (Laufzeitende des Krankenhausplans)
2. Festlegung der Daten für die Geschlechts- und Altersklassendifferenzierung der unter 1. bestimmten Datenbasis
3. Festlegung der der Hochrechnung zugrunde gelegten Bevölkerungsvorausschätzung
4. Festlegung des Berechnungsverfahrens
5. Durchführung der rechnerischen Ermittlung des Bedarfs an Planbetten in den Jahren 2017, 2019 und 2022 auf Fachgebietsebene
6. Umrechnung der für die Fachgebiete festgelegten Planbetten auf die Fachabteilungen der einzelnen Krankenhäuser für 2017. Für 2019 und 2022 erfolgt die Ermittlung lediglich auf Fachgebietsebene.

#### **Zu 1. Festlegung der Datenbasis zur Hochrechnung des Planbettenbedarfs**

Die Datenbasis zur Hochrechnung des Planbettenbedarfs ist die in den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein erbrachte Leistungsmenge im Jahr 2015 gemäß der Angaben der Krankenhäuser zu den Grunddaten nach der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV). Für die Krankenhausplanung wird die fachabteilungsbezogene Fallzahl einschließlich interner Verlegungen herangezogen.

Tabelle 2 zeigt die Fachabteilungsfälle sowie die Fachabteilungsverweildauer im Jahr 2015.

Tabelle 2 Vollstationäre Fachabteilungsfälle und Verweildauer 2015

Fachabteilung	Fallzahl	Verweildauer
120 Augenheilkunde	15.008	2,4
150 Chirurgie	134.435	5,9
190 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	49.954	3,5
220 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12.134	3,3
250 Haut- und Geschlechtskrankheiten	6.724	5,9
260 Herzchirurgie	4.414	12,8
310 Innere Medizin	231.155	5,5
330 Geriatrie	20.685	17,5
360 Kinderheilkunde	26.089	4,4
510 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3.611	4,6
540 Neurochirurgie	9.729	7,5
570 Neurologie	33.618	7,7
630 Nuklearmedizin	1.328	3,8
690 Orthopädie	29.046	5,9
870 Strahlentherapie	1.000	12,3
900 Urologie	20.805	4,3
390 Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	2.573	31,9
820 Psychiatrie und Psychotherapie	33.293	18,2
830 Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	4.051	37,6
930 Sonstige	3.637	10,0
990 Fachabteilungen gesamt	643.289	6,9

## Zu 2. Festlegung der Daten für die Altersklassendifferenzierung

Für die Hochrechnungen sind alters- und geschlechtsspezifische Angaben erforderlich. Da die als Datenbasis für die Hochrechnung verwendeten Grunddaten der Krankenhäuser keine Differenzierung nach Alter und Geschlecht aufweisen, wurden hilfsweise die Daten nach der Krankenhausdiagnosestatistik gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung herangezogen

(Berichtsjahr 2014<sup>9</sup>). Hier werden die Fälle in der Fachabteilung erfasst, in der sie die längste Zeit des Krankenhausaufenthaltes verbracht haben. Interne Verlegungen werden also nicht berücksichtigt.

Der hilfsweisen Verwendung dieser Daten liegt die Annahme zugrunde, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung der Krankenhausdiagnosestatistik der Alters- und Geschlechtsverteilung in der Grunddatenstatistik entspricht.

### **zu 3. Festlegung der der Hochrechnung zugrunde gelegten Bevölkerungsvorausschätzung**

Für die demografischen Veränderungen wurden die Daten der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Schleswig-Holstein unterschieden nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersklassen bis 2022 verwendet. Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung<sup>10</sup> beruht auf Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung und zum Saldo der Zuzüge nach und der Fortzüge aus Deutschland

Die zwei Varianten G1-L1-W1 (Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung) und G1-L1-W2 (Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung) markieren die Grenzen eines Korridors, in dem sich die Bevölkerungsgröße und der Altersaufbau bei Fortsetzung des langfristigen demografischen Trends entwickeln werden. Sie beschreiben die Entwicklung unter den Annahmen einer annähernd konstanten jährlichen Geburtenhäufigkeit (1,4 Kinder je Frau), eines Anstiegs der Lebenserwartung um sieben (Männer) beziehungsweise sechs Jahre (Frauen) und unter zwei unterschiedlichen Wanderungsannahmen. Die erste Variante geht von einem langfristigen Außenwanderungssaldo von 100.000 Personen jährlich aus. In der zweiten Variante wird angenommen, dass der langfristige Außenwanderungssaldo bei 200.000 Personen pro Jahr liegt.

Für die weiteren Schritte zur rechnerischen Ermittlung des Bedarfs an Planbetten in den Fachabteilungen wurde die Variante 2 der Bevölkerungsvorausschätzung zugrunde gelegt, da angesichts der Flüchtlingssituation von einem höheren Außenwanderungssaldo auszugehen ist.

---

<sup>9</sup> Die Daten des Berichtsjahres 2015 konnten nicht für die Hochrechnung verwendet werden, da sie aufgrund der erforderlichen Zeit zur Datenaufbereitung und Plausibilitätsprüfung durch das Statistikamt Nord erst nach Erstellung des Krankenhausplans vorliegen werden

<sup>10</sup> Basis Bevölkerung 31.12.2013

# Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein

Tabelle 3 Bevölkerung 2015 bis 2022 nach Geschlecht und Altersklassen, Variante G1-L1-W2

Altersklasse	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Männer	Frauen														
0 bis < 1	11.300	10.700	11.400	10.800	11.400	10.800	11.500	10.900	11.500	10.900	11.500	10.900	11.400	10.900	11.400	10.800
1 bis < 5	46.700	44.400	47.100	44.700	47.000	44.700	47.000	44.600	47.300	44.900	47.500	45.000	47.500	45.200	47.500	45.100
5 bis < 10	62.200	58.800	61.800	58.700	61.700	58.800	61.700	58.500	61.600	58.700	61.500	58.400	61.900	58.800	61.800	58.600
10 - < 15	67.000	63.900	65.700	62.500	65.100	61.800	64.600	61.300	64.000	60.500	64.100	60.700	63.600	60.400	63.500	60.400
15 bis < 20	78.500	74.400	77.200	73.200	74.900	71.500	73.100	69.700	71.200	67.900	69.100	65.700	67.800	64.200	67.100	63.400
20 bis < 25	79.300	74.200	79.400	74.300	80.100	74.400	79.500	74.100	79.100	73.800	78.700	73.500	77.000	72.100	74.500	70.300
25 bis < 30	81.700	77.300	82.900	77.900	82.800	77.800	82.200	77.000	81.700	76.300	79.700	74.300	79.200	73.800	79.200	73.300
30 bis < 35	76.300	76.900	77.500	76.900	79.000	77.200	81.300	78.300	83.000	79.500	85.000	80.800	85.300	80.900	84.300	80.000
35 bis < 40	77.600	80.500	78.900	81.500	80.500	82.600	81.200	83.200	82.000	83.200	82.000	82.500	82.800	82.100	84.000	82.300
40 bis < 45	84.400	86.900	81.100	83.600	80.000	82.000	80.400	82.100	81.000	82.800	82.600	84.600	83.600	85.500	85.000	86.500
45 bis < 50	121.000	121.700	115.300	116.300	107.500	109.100	99.400	101.300	92.400	94.200	87.400	89.500	84.000	86.000	82.600	84.600
50 bis < 55	123.600	124.800	126.400	127.700	128.400	129.500	128.200	129.500	125.800	127.400	121.600	122.900	115.900	117.500	108.200	110.500
55 bis < 60	101.300	104.400	105.800	109.000	110.100	112.900	114.700	117.800	119.100	121.900	122.200	125.300	124.900	127.800	126.900	129.600
60 bis < 65	85.500	90.600	86.500	91.700	88.400	94.100	91.300	96.800	94.700	100.100	98.500	103.800	102.900	108.400	107.100	112.200
65 bis < 70	78.900	84.800	80.600	86.800	81.100	87.700	80.900	87.600	80.700	88.100	81.000	88.600	82.000	89.800	84.000	92.300
70 bis < 75	74.000	82.900	68.800	77.600	68.000	76.600	67.500	76.300	68.000	76.800	72.100	81.100	73.600	83.300	74.100	84.300
75 bis < 80	74.200	88.000	76.500	90.500	75.100	89.200	73.000	87.000	69.700	83.300	62.800	76.000	58.600	71.300	57.900	70.400
80 bis < 85	36.100	51.600	40.100	55.900	44.600	61.000	49.500	66.800	52.800	71.100	55.800	74.200	57.600	76.300	56.600	75.100
85 bis < 90	17.200	32.700	17.600	32.400	17.900	32.000	18.000	31.500	19.900	33.600	22.200	36.600	24.800	39.900	27.500	43.400
90 bis < 95	5.400	16.200	5.700	15.900	6.000	15.900	6.500	15.900	7.100	16.100	7.300	16.000	7.600	16.100	7.600	15.900
95 und älter	900	3.900	1.000	4.400	1.100	4.800	1.300	4.900	1.400	5.100	1.400	5.300	1.600	5.400	1.800	5.400
Gesamt	1.383.100	1.449.600	1.387.300	1.452.300	1.390.700	1.454.400	1.392.800	1.455.100	1.394.000	1.456.200	1.394.000	1.455.700	1.393.600	1.455.700	1.392.600	1.454.400

### Zu 4. Festlegung des Berechnungsverfahrens

Die rechnerische Ermittlung des Planbettenbedarfs erfolgt differenziert nach Fachabteilungen in folgenden Schritten:

- Zunächst wurden die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik je Fachgebiet auf die Bevölkerungsstruktur im Jahr 2015 normiert. Dies war erforderlich, da für 2015 noch keine Diagnosestatistik vorlag. Anschließend wurde für jedes Fachgebiet nach Geschlecht stratifiziert die Verteilung der Fälle auf die Altersklassen (Fallzahl-Rate) ermittelt.
- Die geschlechts- und altersklassenspezifischen Fallzahl-Raten wurden dann auf die Daten der Grunddatenstatistik (Satzart 2) übertragen. Damit konnten für das Ausgangsjahr 2015 für die Fachgebiete der Grunddatenstatistik die Fallzahl nach Geschlecht und Altersklasse ermittelt werden.
- Die geschlechts- und altersklassenspezifischen Fallzahlen für die Jahre 2017 bis 2022 wurden durch Multiplikation der geschlechts- und altersgruppenspezifischen Fallzahl-Rate mit der geschlechtsspezifischen Bevölkerungszahl des jeweiligen Jahres in der entsprechenden Altersklasse berechnet. Es wurde eine „Status quo“-Projektion vorgenommen, die die Veränderung des Bevölkerungsaufbaus berücksichtigt. Die geschlechts- und altersklassenspezifische Fallzahl-Rate wurde als konstant angenommen.
- Die Berechnung der Gesamtfallzahl je Fachgebiet erfolgte durch Addition der geschlechts- und altersklassenspezifischen Fallzahlen für 2017 bis 2022. Anschließend wurden jährliche Veränderungsraten sowie die Veränderungsrate 2017, 2019 und 2022 gegenüber 2015 für jede Fachabteilung berechnet.

**Tabelle 4 Projektion der Fallzahlen bis 2022 basierend auf den Grunddaten der Krankenhäuser 2015**

Fachabteilung	Basis 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Diff. zu 2015
Augenheilkunde	15.008	15.209	15.406	15.596	15.788	15.932	16.094	16.238	1.230
		1,34%	1,30%	1,23%	1,23%	0,91%	1,02%	0,89%	8,19%
Chirurgie	134.435	135.234	136.146	136.962	137.998	138.935	139.871	140.596	6.161
		0,59%	0,67%	0,60%	0,76%	0,68%	0,67%	0,52%	4,58%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	49.954	50.104	50.122	50.240	50.234	50.119	49.921	49.656	-298
		0,30%	0,04%	0,24%	-0,01%	-0,23%	-0,40%	-0,53%	-0,60%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	12.134	12.140	12.148	12.144	12.144	12.138	12.130	12.117	-17
		0,05%	0,07%	-0,03%	-0,01%	-0,04%	-0,07%	-0,11%	-0,14%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6.724	6.774	6.828	6.876	6.934	6.983	7.035	7.082	358
		0,75%	0,79%	0,71%	0,84%	0,71%	0,74%	0,67%	5,32%
Herzchirurgie	4.414	4.454	4.500	4.543	4.581	4.614	4.648	4.687	273
		0,91%	1,03%	0,95%	0,83%	0,74%	0,73%	0,84%	6,19%
Innere Medizin	231.155	233.762	236.567	239.260	242.555	245.407	248.382	250.694	19.539
		1,13%	1,20%	1,14%	1,38%	1,18%	1,21%	0,93%	8,45%
Geriatrie	20.685	21.150	21.615	22.088	22.780	23.351	23.976	24.418	3.733
		2,25%	2,20%	2,19%	3,13%	2,51%	2,68%	1,84%	18,05%
Kinderheilkunde	26.089	26.017	25.854	25.763	25.651	25.546	25.439	25.344	-745
		-0,28%	-0,63%	-0,35%	-0,44%	-0,41%	-0,42%	-0,38%	-2,86%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3.611	3.630	3.649	3.665	3.682	3.693	3.705	3.711	100
		0,52%	0,54%	0,43%	0,46%	0,31%	0,31%	0,17%	2,76%
Neurochirurgie	9.729	9.768	9.814	9.853	9.883	9.910	9.935	9.960	231
		0,40%	0,47%	0,40%	0,31%	0,28%	0,25%	0,26%	2,38%
Neurologie	33.618	33.880	34.163	34.424	34.753	35.039	35.337	35.581	1.963
		0,78%	0,84%	0,76%	0,96%	0,82%	0,85%	0,69%	5,84%
Nuklearmedizin	1.328	1.336	1.343	1.348	1.351	1.353	1.354	1.357	29
		0,57%	0,53%	0,41%	0,22%	0,11%	0,12%	0,17%	2,16%
Orthopädie	29.046	29.127	29.254	29.359	29.441	29.550	29.642	29.737	691
		0,28%	0,43%	0,36%	0,28%	0,37%	0,31%	0,32%	2,38%
Strahlentherapie	1.000	1.003	1.010	1.016	1.022	1.031	1.039	1.049	49
		0,35%	0,68%	0,56%	0,59%	0,89%	0,81%	0,96%	4,95%
Urologie	20.805	20.967	21.165	21.354	21.555	21.753	21.938	22.098	1.293
		0,78%	0,94%	0,89%	0,94%	0,92%	0,85%	0,73%	6,22%
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	2.573	2.529	2.480	2.436	2.388	2.343	2.308	2.290	-283
		-1,69%	-1,94%	-1,80%	-1,97%	-1,87%	-1,49%	-0,78%	-10,99%
Psychiatrie und Psychotherapie	33.293	33.313	33.323	33.333	33.266	33.213	33.127	33.003	-290
		0,06%	0,03%	-0,08%	-0,09%	-0,16%	-0,26%	-0,37%	-0,87%
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	4.051	4.045	4.033	4.016	3.996	3.970	3.937	3.902	-149
		-0,16%	-0,28%	-0,41%	-0,52%	-0,66%	-0,82%	-0,90%	-3,69%
Sonstige	3.637	3.659	3.682	3.702	3.724	3.742	3.760	3.774	137
		0,60%	0,64%	0,54%	0,58%	0,50%	0,49%	0,37%	3,78%
<b>Fachabteilungen gesamt</b>	<b>643.289</b>	<b>648.101</b>	<b>653.102</b>	<b>657.978</b>	<b>663.726</b>	<b>668.622</b>	<b>673.578</b>	<b>677.294</b>	<b>34.005</b>
jährliche Veränderung		0,75%	0,77%	0,74%	0,88%	0,74%	0,74%	0,55%	5,28%

**Zu 5. Rechnerische Ermittlung des Bedarfs an Planbetten für 2017, 2019 und 2022**

Die rechnerische Ermittlung des Bedarfs an Planbetten in den Jahren 2017, 2019 und 2022 auf Fachgebietsebene erfolgte auf Basis der jeweils für diese Jahre berechneten Fallzahlen unter Zugrundelegung der landesweiten durchschnittlichen Fachgebietsverweildauer und der Normauslastung der jeweiligen Fachabteilung.

Tabelle 5 Bedarf an Planbetten 2017 nach Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	<b>Fallzahl 2017</b>	<b>Verweildauer (Tage)</b>	<b>Normauslastung (%)*</b>	<b>Planbetten</b>
Augenheilkunde	15.406	2,4	80	131
Chirurgie	136.146	5,9	85	2.610
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	50.122	3,5	80	612
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12.148	3,3	80	149
Haut- und Geschlechtskrankheiten	6.828	5,9	85	130
Herzchirurgie	4.500	12,8	85	186
Innere Medizin	236.567	5,5	80	4.456
Geriatric	21.615	17,5	90	1.151
Kinderheilkunde	25.854	4,4	75	416
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3.649	4,6	80	59
Neurochirurgie	9.814	7,5	85	242
Neurologie	34.163	7,7	82	879
Nuklearmedizin	1.343	3,8	80	17
Orthopädie	29.254	5,9	85	566
Strahlentherapie	1.010	12,3	90	38
Urologie	21.165	4,3	80	316
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	2.480	31,9	85	255
Psychiatrie und Psychotherapie	33.323	18,2	90	1.846
Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	4.033	37,6	95	437
Sonstige	3.682	10,0	85	119
Fachabteilungen gesamt	653.102	6,9		14.615

\* Belegabteilungen Normauslastung 70%

### **Zu 6. Umrechnung der für die Fachgebiete festgelegten Planbetten auf die Fachabteilungen der einzelnen Krankenhäuser**

Für die Umrechnung der für die Fachgebiete festgelegten Planbetten auf die Fachabteilungen der einzelnen Krankenhäuser für das Jahr 2017 wurde zunächst die ermittelte Steigerungsrate von 2017 gegenüber 2015 auf die Fachabteilungs-Fallzahl 2015 des Hauses angewendet. Aus dieser hochgerechneten Fallzahl wurde dann unter Zugrundelegung der krankenhausspezifischen durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer und der Normauslastung der jeweiligen Fachabteilung die für 2017 erforderliche Planbettenzahl errechnet.

### **10.5 Anhörungsverfahren**

Mit Datum vom 10. August 2016 sind alle Krankenhäuser vom Gesundheitsministerium angeschrieben worden und über die im Krankenhausplan 2017 vorgesehenen Änderungen und Anpassungen informiert worden. Dem Schreiben beigefügt war das Planungsblatt des jeweiligen Krankenhauses, aus dem Berechnung der Planbettenzahlen nach Standort und Fachabteilung ersichtlich ist.

Die Krankenhäuser hatten die Möglichkeit der Stellungnahme bis zum 9. September 2016. Nahezu alle Krankenhäuser haben davon Gebrauch gemacht.

Ergänzend hat es nach Bedarf mit einigen Krankenhäusern Gespräche gegeben.

Mit Schreiben vom 18.11.2016 wurden den Krankenhäusern die für sie vorgesehenen Krankenhaus-Einzelblätter – jetzt unter Berücksichtigung der Anhörungsergebnisse – erneut zur Anhörung übersandt. Berechtigte Einwände und Korrekturwünsche wurden bei der abschließenden Beschlussfassung der Planungsbeteiligten bzw. der Planungsbehörde berücksichtigt.

### **11 Medizinische Fachplanung**

Für jedes der in Kapitel 10.1 genannten Fachgebiete der Krankenhausplanung erfolgt eine kurze Darstellung des Angebotes 2015 sowie der Bedarfsprognose für 2017 und des Versorgungsziels 2019 (Zwischenfortschreibung) und 2022 (Laufzeitende Krankenhausplan) gemäß dem in Kapitel 10.4 beschriebenen Verfahren zur Berechnung des Planbettenbedarfs.

Für 2017 erfolgt eine Umrechnung der für die Fachgebiete ermittelten Planbetten auf die Fachabteilungen der einzelnen Krankenhäuser. Das Versorgungsziel 2020 und 2022 für die einzelnen Fachgebiete wird nicht auf die Fachabteilungen der Krankenhäuser umgerechnet, sondern es erfolgt eine bedarfsgerechte Kapazitätsanpassungen während der Laufzeit des Krankenhausplans im Rahmen einer Zwischenfortschreibung.

#### **11.1 Augenheilkunde**

##### **11.1.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Augenheilkunde 152 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 8 Abteilungen.

Insgesamt wurden 15.008 Patienten in Fachabteilungen für Augenheilkunde behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 2,4 Tagen.

Aktuell stehen 151 Planbetten zur Verfügung.

##### **11.1.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Augenheilkunde um 2,65 Prozent auf 15.406 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 131 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 133 Betten als realistisch angesehen.

##### **11.1.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 15.788 Fälle bzw. 135 Betten und bis 2022 eine Erhöhung der Fallzahl auf 16.238 Fälle bzw. 139 Betten.

#### **11.2 Chirurgie**

##### **11.2.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Chirurgie 2.943 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 36 Abteilungen.

Insgesamt wurden 134.435 Patienten in Fachabteilungen für Chirurgie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 5,9 Tagen.

Aktuell stehen 2.932 Planbetten zur Verfügung.

### **11.2.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Chirurgie um 1,27 Prozent auf 136.146 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 2.610 Betten.

Die bisher gesondert ausgewiesene Fachabteilung Orthopädie wird der Fachabteilung Chirurgie zugerechnet und nicht mehr gesondert ausgewiesen. Der für das einzelne Krankenhaus ermittelte Bettenbedarf für das Fachgebiet Orthopädie wird dem ermittelten Bettenbedarf der Fachabteilung Chirurgie zugerechnet.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 3.319 Betten (einschließlich Orthopädie 583 Betten) als realistisch angesehen.

### **11.2.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 137.998 Fälle bzw. 2.656 Betten und bis 2022 eine Erhöhung der Fallzahl auf 140.596 Fälle bzw. 2.706 Betten.

## **11.3 Orthopädie**

### **11.3.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Orthopädie 778 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 13 Abteilungen.

Insgesamt wurden 29.046 Patienten in Fachabteilungen für Orthopädie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 5,9 Tagen.

Aktuell stehen 760 Planbetten zur Verfügung.

### **11.3.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Orthopädie um 0,72 Prozent auf 29.254 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 566 Betten.

Die bisher gesondert ausgewiesene Fachabteilung Orthopädie wird der Fachabteilung Chirurgie zugerechnet und nicht mehr gesondert ausgewiesen. Der für das einzelne Krankenhaus ermittelte Bettenbedarf für das Fachgebiet Orthopädie wird dem ermittelten Bettenbedarf der Fachabteilung Chirurgie zugerechnet.

### **11.4 Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

#### **11.4.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe 771 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 25 Abteilungen.

Insgesamt wurden 49.954 Patienten in Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 3,5 Tagen.

Aktuell stehen 756 Planbetten zur Verfügung.

#### **11.4.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe um 0,34 Prozent auf 50.122 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 612 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 650 Betten als realistisch angesehen.

#### **11.4.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 50.234 Fälle bzw. 610 Betten und bis 2022 dann eine Abnahme der Fallzahl auf 49.656 Fälle bzw. 603 Betten.

### **11.5 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

#### **11.5.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 157 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 18 Abteilungen.

Insgesamt wurden 12.134 Patienten in Fachabteilungen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 3,3 Tagen.

Aktuell stehen 165 Planbetten und neun tagesklinische Plätze zur Verfügung.

#### **11.5.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde um 0,12 Prozent auf 12.148 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 149 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 158 Betten als realistisch angesehen.

Der Bedarf für tagesklinische Plätze liegt bei acht Plätzen.

### **11.5.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 wieder eine Abnahme der Fallzahlen auf 12.144 Fälle bzw. 148 Betten und bis 2022 eine Abnahme der Fallzahl auf 12.117 Fälle bzw. 148 Betten.

## **11.6 Haut- und Geschlechtskrankheiten**

### **11.6.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Haut- und Geschlechtskrankheiten 138 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf vier Abteilungen.

Insgesamt wurden 6.724 Patienten in Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 5,9 Tagen.

Neben 138 Planbetten stehen aktuell 55 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

### **11.6.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Haut- und Geschlechtskrankheiten um 1,54 Prozent auf 6.828 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 130 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 131 Betten als realistisch angesehen.

Der Bedarf für tagesklinische Plätze liegt bei 80 Plätzen.

### **11.6.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 6.934 Fälle bzw. 135 Betten und bis 2022 eine Erhöhung der Fallzahl auf 7.082 Fälle bzw. 139 Betten.

## **11.7 Herzchirurgie**

### **11.7.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Herzchirurgie 156 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf drei Abteilungen.

Insgesamt wurden 4.414 Patienten in Fachabteilungen für Herzchirurgie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 12,8 Tagen.

### **11.7.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Herzchirurgie um 1,95 Prozent auf 4.500 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 186 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 180 Betten als realistisch angesehen.

### **11.7.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 4.581 Fälle bzw. 189 Betten und bis 2022 eine Erhöhung der Fallzahl auf 4.687 Fälle bzw. 193 Betten.

## **11.8 Innere Medizin**

### **11.8.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Innere Medizin 4.193 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 34 Abteilungen.

Insgesamt wurden 231.155 Patienten in Fachabteilungen für Innere Medizin behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 5,5 Tagen.

Aktuell stehen 4.216 Planbetten zur Verfügung.

### **11.8.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Innere Medizin um 2,34 Prozent auf 236.567 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 4.456 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 4.496 Betten als realistisch angesehen.

Für die Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen werden am UKSH 30 tagesklinische Plätze eingerichtet, jeweils 15 Plätze am Campus Kiel und am Campus Lübeck.

### **11.8.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 242.555 Fälle bzw. 4.569 Betten und bis 2022 eine Erhöhung der Fallzahl auf 250.694 Fälle bzw. 4.722 Betten.

### **11.9 Geriatrie**

#### **11.9.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Geriatrie 1.078 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 16 Abteilungen.

Insgesamt wurden 20.685 Patienten in Fachabteilungen für Geriatrie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 17,5 Tagen.

Aktuell stehen 1.096 Planbetten sowie 361 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

#### **11.9.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Geriatrie um 4,50 Prozent auf 21.615 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 1.151 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 1.179 Betten als realistisch angesehen.

Der Bedarf für tagesklinische Plätze liegt bei 356 Plätzen.

#### **11.9.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 22.780 Fälle bzw. 1.214 Betten und bis 2022 eine Erhöhung der Fallzahl auf 24.418 Fälle bzw. 1.301 Betten.

### **11.10 Kinderheilkunde**

#### **11.10.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Kinderheilkunde 436 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 12 Abteilungen.

Insgesamt wurden 26.089 Patienten in Fachabteilungen für Kinderheilkunde behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 4,4 Tagen.

Aktuell stehen 425 Planbetten sowie 10 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

#### **11.10.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Abnahme der Fallzahlen im Bereich Kinderheilkunde um 0,90 Prozent auf 25.854 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 416 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 421 Betten als realistisch angesehen.

Der Bedarf für tagesklinische Plätze liegt bei 12 Plätzen.

### **11.10.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Abnahme der Fallzahlen auf 25.561 Fälle bzw. 412 Betten und bis 2022 eine Abnahme der Fallzahl auf 25.344 Fälle bzw. 407 Betten.

## **11.11 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

### **11.11.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie 68 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 12 Abteilungen.

Insgesamt wurden 3.611 Patienten in Fachabteilungen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 4,6 Tagen.

Aktuell stehen 74 Planbetten zur Verfügung.

### **11.11.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie um 1,06 Prozent auf 3.649 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 59 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 62 Betten als realistisch angesehen.

### **11.11.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 3.682 Fälle bzw. 59 Betten und bis 2022 eine Zunahme der Fallzahl auf 3.711 Fälle bzw. 60 Betten.

## **11.12 Neurochirurgie**

### **11.12.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Neurochirurgie 260 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf acht Abteilungen.

Insgesamt wurden 9.729 Patienten in Fachabteilungen für Neurochirurgie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 7,5 Tagen.

Aktuell stehen 272 Planbetten zur Verfügung.

### **11.12.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Neurochirurgie um 0,87 Prozent auf 9.814 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 242 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 250 Betten als realistisch angesehen.

### **11.12.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 9.883 Fälle bzw. 242 Betten und bis 2022 eine Zunahme der Fallzahl auf 9.960 Fälle bzw. 244 Betten.

## **11.13 Neurologie**

### **11.13.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Neurologie 825 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 20 Abteilungen.

Insgesamt wurden 33.618 Patienten in Fachabteilungen für Neurologie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 7,7 Tagen.

Aktuell stehen 856 Planbetten zur Verfügung.

### **11.13.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Neurologie um 1,62 Prozent auf 34.163 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 879 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 923 Betten als realistisch angesehen.

Für die Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose werden am UKSH acht tagesklinische Plätze eingerichtet, jeweils vier Plätze am Campus Kiel und am Campus Lübeck.

Darüber hinaus werden am UKSH 16 tagesklinische Plätze zur Schmerztherapie eingerichtet, jeweils acht am Campus Kiel und am Campus Lübeck.

### **11.13.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 34.753 Fälle bzw. 894 Betten und bis 2022 eine Zunahme der Fallzahl auf 35.581 Fälle bzw. 915 Betten.

### **11.14 Nuklearmedizin**

#### **11.14.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Nuklearmedizin 19 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf vier Abteilungen.

Insgesamt wurden 1.328 Patienten in Fachabteilungen für Nuklearmedizin behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 3,8 Tagen.

Aktuell stehen 18 Planbetten zur Verfügung.

#### **11.14.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Nuklearmedizin um 1,11 Prozent auf 1.343 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 17 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 18 Betten als realistisch angesehen.

#### **11.14.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 1.351 Fälle bzw. 18 Betten und bis 2022 eine Zunahme der Fallzahl auf 1.357 Fälle bzw. 18 Betten.

### **11.15 Strahlentherapie**

#### **11.15.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Strahlentherapie 37 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf zwei Abteilungen.

Insgesamt wurden 1.000 Patienten in Fachabteilungen für Strahlentherapie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 12,3 Tagen.

#### **11.15.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Strahlentherapie um 1,03 Prozent auf 1.010 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 38 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 38 Betten als realistisch angesehen.

### **11.15.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 1.022 Fälle bzw. 38 Betten und bis 2022 eine Zunahme der Fallzahl auf 1.049 Fälle bzw. 39 Betten.

### **11.16 Urologie**

#### **11.16.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Urologie 327 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 24 Abteilungen.

Insgesamt wurden 20.805 Patienten in Fachabteilungen für Urologie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 4,3 Tagen.

Aktuell stehen 331 Planbetten zur Verfügung.

#### **11.16.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Strahlentherapie um 1,73 Prozent auf 21.165 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 316 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 322 Betten als realistisch angesehen.

#### **11.16.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Zunahme der Fallzahlen auf 21.555 Fälle bzw. 321 Betten und bis 2022 eine Zunahme der Fallzahl auf 22.098 Fälle bzw. 330 Betten.

### **11.17 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

#### **11.17.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie 239 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf fünf Abteilungen.

Insgesamt wurden 2.573 Patienten in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 31,9 Tagen.

Aktuell stehen 244 Planbetten und 167 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

### **11.17.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Abnahme der Fallzahlen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie um 3,61 Prozent auf 2.480 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 255 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 259 Betten als realistisch angesehen. Hinzu kommt die geplante Erweiterung der stationären Kapazitäten am Standort Elmshorn in einer Größenordnung von 20 Betten.

Der Bedarf für tagesklinische Plätze liegt bei 175 Plätzen.

### **11.17.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine weitere Abnahme der Fallzahlen auf 2.388 Fälle bzw. 246 Betten und bis 2022 eine Abnahme der Fallzahl auf 2.290 Fälle bzw. 235 Betten.

## **11.18 Psychiatrie und Psychotherapie**

Die Abnahme der vollstationären Kapazitäten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie die entsprechende Ausweitung der tagesklinischen Kapazitäten in diesem Bereich ist zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass mit dem Krankenhausplan 2017 für die Regionalbudgets erstmalig Betten und tagesklinische Plätze nach den tatsächlich gemeldeten Daten zur stationären und teilstationären Versorgung berechnet wurden.

### **11.18.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie 1.962 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 19 Abteilungen.

Insgesamt wurden 33.293 Patienten in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 18,2 Tagen.

Aktuell stehen 1.981 Planbetten und 746 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

### **11.18.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Zunahme der Fallzahlen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie um 0,09 Prozent auf 33.323 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 1.846 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 1.860 Betten als realistisch angesehen.

Der Bedarf für tagesklinische Plätze liegt bei 894 Plätzen.

### **11.18.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine Abnahme der Fallzahlen auf 33.266 Fälle bzw. 1.843 Betten und bis 2022 eine Abnahme der Fallzahl auf 33.003 Fälle bzw. 1.828 Betten.

### **11.19 Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik**

#### **11.19.1 Angebot 2015**

Im Jahr 2015 standen für die stationäre Versorgung im Bereich Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik 448 Planbetten zur Verfügung. Diese verteilten sich auf 14 Abteilungen.

Insgesamt wurden 4.051 Patienten in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik behandelt. Die landesweite durchschnittliche Fachabteilungsverweildauer lag bei 37,6 Tagen.

Aktuell stehen 450 Planbetten und 107 tagesklinische Plätze zur Verfügung.

#### **11.19.2 Bedarfsprognose 2017**

Für 2017 ergibt sich gegenüber 2015 eine rechnerische Abnahme der Fallzahlen im Bereich Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik um 0,44 Prozent auf 4.033 Fälle. Der rechnerische Bettenbedarf für 2017 beträgt damit 437 Betten.

Nach Anhörung der Krankenhäuser und Berücksichtigung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 443 Betten als realistisch angesehen.

#### **11.19.3 Versorgungsziel 2019 und 2022**

Die Projektion ergibt bis 2019 eine Abnahme der Fallzahlen auf 3.996 Fälle bzw. 433 Betten und bis 2022 eine Abnahme der Fallzahl auf 3.902 Fälle bzw. 423 Betten.

### 12 Änderungen während der Laufzeit des Planes

Jede Planung ist ein kontinuierlicher Prozess. Mit der Vorlage dieses Planes geht die Verpflichtung zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Anpassung an geänderte Voraussetzungen einher.

Es ist vorgesehen, den besonderen Teil des Krankenhausplanes 2017 im Rahmen einer Zwischenfortschreibung im Jahr 2019 auf seine Übereinstimmung mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf hin zu überprüfen. Dazu werden die Grunddaten sowie das Versorgungsspektrum der Krankenhäuser vom Gesundheitsministerium unter Mitwirkung der Planungsbeteiligten gemäß § 20 AG-KHG überprüft und gegebenenfalls an den aktuellen Bedarf angepasst.

In Ausnahmefällen kann auch vor der Zwischenfortschreibung ein Änderungsantrag von Krankenhausträgern bezüglich der Festlegungen im Krankenhausplanungsblatt gestellt werden. Über diese Anträge entscheidet das Gesundheitsministerium unter Mitwirkung der Planungsbeteiligten gemäß § 20 AG-KHG.

### 13 Inhalt des Krankenhausplanungsblattes

#### 13.1 Wesentlicher Inhalt

Der „Besondere Teil“ (Teil B) des Krankenhausplanes enthält für jeden vollstationären Standort eines Plankrankenhauses ein Krankenhaus-Planungsblatt. Dieses besteht aus zwei Seiten, die im Amtsblatt für Schleswig-Holstein veröffentlicht werden:

Seite 1 enthält die nach § 6 KHG / § 3 AG-KHG sowie für die pauschale Förderung erforderlichen Festlegungen, insbesondere

- den Namen des Krankenhauses einschließlich der jeweiligen Krankenhausnummer sowie den Träger des Krankenhauses
- die Gesamtzahl der vollstationären Planbetten und der darin enthaltenen Intensivbetten (getrennt nach Intensivbetten für Erwachsene, Kinder und Neugeborene)
- die mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten
- die Anzahl der Tagesklinik-Plätze.

Darüber hinaus enthält Seite 1 Angaben über besondere Ausweisungen, z.B. über Schwerpunkte und Zentrumsfunktionen des Krankenhauses sowie ggf. Bemerkungen und Planungsempfehlungen.

Seite 2 bildet den stationären und tagesklinischen Kapazitäts- und Leistungsrahmen des Krankenhauses ab.

Für Krankenhäuser mit mehreren Standorten gibt es darüber hinaus ein Deckblatt, aus dem die zugehörigen Standorte sowie die Aufteilung des Versorgungsauftrages auf die Standorte des Krankenhauses unter Angabe der Bettenzahl ersichtlich sind.

Das gesamte Krankenhausplanungsblatt wird dem Feststellungsbescheid beigelegt.

#### 13.2 Verbindliche Festlegungen

Die vorgehaltenen Fachbereiche, die Zahl der Planbetten je Fachabteilung, die Gesamtzahl der Planbetten, der Betten für Intensivmedizin (getrennt nach Intensivbetten für Erwachsene, Kinder und Neugeborene) und der Tageskliniken werden einschließlich der Aufteilung auf die Standorte im Feststellungsbescheid verbindlich festgelegt; sie können nur nach § 20 AG-KHG durch einen neuen Feststellungsbescheid verändert werden.

Ohne Antrag an die Planungsbeteiligten können bis zur Zwischenfortschreibung des Krankenhausplanes einmalig bis zu zehn Betten der Gesamtplanbettenzahl eines Krankenhausstandortes zwischen den bestehenden Fachabteilungen dauerhaft umgewidmet werden. Dies darf nicht zum Wegfall einer Fachabteilung führen, und die Umwidmung kann nur innerhalb der somatischen bzw. innerhalb der psychiatrischen Fachgebiete erfolgen. Die Änderung ist der Planungsbehörde mitzuteilen.