



Krankenhausplan 2025



Krankenhausplan 2025

Wiesbaden 2025

Impressum

Herausgeber

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden
<https://gesundheit.hessen.de>
V.i.S.d.P.: Esther Walter

Verfasser / Redaktion

Dr. Ben Michael Risch, Jessica Werle, Dr. Simone Morvilius, Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
Heiko Müller, Simon Schiefer, Dominic Reuter, HA Hessen Agentur GmbH

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AG zur Erarbeitung eines neuen Krankenhausplans

Stand

09.12.2025

Bildnachweise

Artgrid (Titelbild)

Hinweise zur Verwendung

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

Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Quellenangabe gestattet. Belegexemplar erbeten.

Bestellung

Download unter <https://gesundheit.hessen.de>

Inhalt

Vorwort	8
A Zusammenfassung	10
B Allgemeiner Teil.....	12
B.1 Rechtliche Grundlagen der Krankenhausplanung	12
B.1.1 Europarechtlicher Rahmen	12
B.1.2 Verfassungsrechtlicher Rahmen.....	14
B.1.3 Bundesrechtlicher Rahmen	14
B.1.4 Landesrechtlicher Rahmen.....	15
B.2 Strategische Versorgungsziele für Hessen	17
B.2.1 Qualitativ hochwertige Versorgung.....	17
B.2.2 Die patientengerechte Versorgung	18
B.2.3 Die bedarfsgerechte Versorgung.....	18
B.2.4 Die verlässliche Versorgung	21
B.2.5 Die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen.....	22
B.3 Operative Versorgungsziele für Hessen	23
B.3.1 Versorgungsziele in der Notfallversorgung.....	23
B.3.2 Versorgungsziele in der elektiven Versorgung	26
B.3.3 Versorgungsziele in der Geburtshilfe.....	26
B.3.4 Versorgungsziele in der Kinder- und Jugendmedizin	26
B.3.5 Versorgungsziele in der Psychiatrie einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	27
B.3.6 Versorgungsziele in der Psychosomatik.....	27
B.4 Anforderungen an die stationäre Versorgung in Hessen	28
B.4.1 Flächendeckende Versorgung.....	28
B.4.2 Gegliederte Versorgung.....	28
B.4.3 Wirtschaftlichkeit der Versorgung	29
B.4.4 Qualitativ leistungsfähige Krankenhäuser	29
B.4.5 Eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser.....	29
B.4.6 Beachtung der Trägervielfalt.....	30
B.4.7 Sicherung der Weiterbildung	31
B.4.8 Gewährleistung der Patientensicherheit.....	32
B.4.9 Die vollständige Erfüllung der Versorgungsaufträge	32
B.4.10 Digitalisierung der Krankenhäuser.....	33
B.5 Methoden und Werkzeuge der Krankenhausplanung.....	34
B.5.1 Einteilung der Leistungsgruppen in für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppen und elektive Leistungsgruppen	34
B.5.2 Festlegung der Planungsebenen oder der Erreichbarkeit	34

B.5.3 Zuweisung von Leistungsgruppen	35
B.5.4 Die Festlegung von Planfallzahlen	36
B.5.5 Die Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (§ 6b KHG) ..	37
B.5.6 Die Ausweisung von Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen	38
B.5.7 Die Zuweisung von besonderen Aufgaben	39
B.5.8 Aufgaben und Funktion von Fachkrankenhäusern	41
B.5.9 Zuweisung, Aufgaben und Funktionen von Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 6c KHG) / Medizinische Versorgungskliniken...	41
B.5.10 Der Sicherstellungsauftrag der Kommunen	42
B.5.11 Das Belegarztwesen	42
B.5.12 Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit	43
B.5.13 Sektorenübergreifende Versorgungsverbünde	43
B.5.14 Teilstationäre Angebote und Tageskliniken	44
B.6 Grundsätze der Krankenhausplanung in der Psychiatrie	45
B.7 Grundsätze der Krankenhausplanung in der Psychosomatik	46
C Versorgungsbedarf in Hessen	47
C.1 Einleitung	48
C.2 Methodik	48
C.2.1 Demografie-Faktor	49
C.2.2 Ambulantisierungs-Faktor	52
C.3 Ergebnisse	56
C.3.1 Hessen	56
C.3.2 Versorgungsgebiete	58
C.3.3 Landkreise und kreisfreie Städte	61
C.3.4 Leistungsgruppen	64
C.3.4.1 Leistungsgruppen mit 10.000 Fällen und mehr	65
C.3.4.2 Leistungsgruppen mit 1.000 bis unter 10.000 Fällen	68
C.3.4.3 Leistungsgruppen mit weniger als 1.000 Fällen	70
C.3.5 Bettenbedarf	71
D Verfahrensregelungen	75
D.1 Das Verfahren der Krankenhausplanung bei der erstmaligen Zuweisung der Leistungsgruppen	75
D.1.1 Entscheidungsreihenfolge	75
D.1.2 Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) nach Bundesrecht	76
D.1.3 Verfahren bei einer Auswahlentscheidung	76
D.1.4 Qualitätskriterien (Auswahlkriterien) des Bundes	77
D.1.5 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen – universelle Auswahlkriterien	77
D.1.5.1 Mitwirkung in der Notfallversorgung	78
D.1.5.2 Personalausstattung der Krankenhäuser	78
D.1.5.3 Erfahrung in der Versorgung	79
D.1.5.4 Herstellung der erforderlichen Kooperationen	80
D.1.5.5 Mitwirkung in der Weiterbildung	80

D.1.5.6	Bedeutung der Leistungsgruppe für Forschung und Lehre	81
D.1.5.7	Qualität der Versorgung	81
D.1.6	Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung.....	85
D.1.6.1	Erreichbarkeit	85
D.1.6.2	Schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit.....	86
D.1.7	Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung	86
D.1.8	Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen – Leistungsgruppenspezifische Auswahlkriterien	86
D.1.9	Verfahren bei Unterschreitung des notwendigen Versorgungsbedarfes	88
D.2	Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser	89
D.2.1	Die umfassende Erfüllung des Versorgungsauftrages	89
D.2.2	Die Überwachung der vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages durch das HMFG	89
D.2.3	Vollständige Erfüllung des Versorgungsauftrages in den für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen	90
D.2.4	Folgerungen aus der Verpflichtung zur vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages	91
D.3	Die Änderung der Zuteilung von Leistungsgruppen auf Antrag des Krankenhasträgers.....	91
D.4	Das Vorgehen des HMFG bei Nichterfüllung der gesetzlichen Aufgaben	92
D.5	Der Entzug des Versorgungsauftrags und einzelner Leistungsgruppen durch das HMFG.....	92
D.6	Verfahrensdurchführung	93
D.6.1	Modus der Antragstellung.....	93
D.6.2	Zeitpunkt der Antragstellung.....	93
D.6.3	Transparenz der Eröffnung des Antragsverfahrens.....	93
D.6.4	Regelung der Einzelheiten.....	94
E	Das Verfahren der späteren Zuweisung von Leistungsgruppen	95
E.1	Elektive Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl	95
E.1.1	Ausgangslage bei elektiven Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl	95
E.1.2	Verfahren bei elektiven Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl	95
E.2	Elektive Leistungsgruppen mit sinkender oder konstanter Fallzahl sowie bei Entzug des Versorgungsauftrages oder Änderung des Versorgungsauftrages auf Antrag des Krankenhasträgers oder Insolvenzverfahren.....	97
E.3	Für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl	97
E.4	Für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppen mit sinkender Fallzahl	98
E.5	Änderungen im Zeitraum bis zum 31.12.2026	98
F	Planung in der Psychiatrie / Psychosomatik	99
F.1	Verfahrensregelungen in der Psychiatrie	99
F.2	Verfahrensregelungen in der Psychosomatik	100

G Besondere Anforderungen an die Notfallversorgung und die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst	101
G.1 Einleitung	101
G.2 Übersicht über die tatsächlich verfügbaren Behandlungskapazitäten	101
G.3 Patientensteuerung im Verhältnis zur Versorgung ambulanter Akutfälle.....	101
G.4 Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und Rettungskette.....	102
G.5 Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst	103
G.6 Die Versorgung der Tracerdiagnosen.....	104
G.7 Psychiatrische Notfälle.....	107
G.7.1 Unterbringungsfälle nach PsychKHG	107
G.7.2 Psychiatrische Notfälle, die nicht vom PsychKHG erfasst sind	108
G.7.2.1 Versorgung nach Pflichtversorgungsgebieten	108
G.7.2.2 Ersteinschätzung	109
G.7.2.3 Folgen für die stationäre Versorgung	110
H Weitere Anforderungen an Krankenhäuser.....	111
H.1 Bauliche Anforderungen an Krankenhäuser	111
H.1.1 Grundsätzliches zu den baulichen Anforderungen.....	111
H.1.2 Bauliche Zielvorgaben des Landes Hessen	111
H.1.3 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf den Rettungsdienst und die Notfallversorgung.....	111
H.1.3.1 Anforderungen des bodengebundenen Rettungsdienstes	112
H.1.3.2 Anforderungen im Hinblick auf die Luftrettung	115
H.1.4 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf die Umsetzung der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung	117
H.1.5 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf akutpsychiatrische Stationen	118
H.1.6 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf Isoliermöglichkeiten	119
H.1.7 Förderung des Landes Hessen für die baulichen Anforderungen an Krankenhäuser	119
I Aus-, Fort- und Weiterbildungskapazitäten.....	121
J Die gesundheitliche stationäre Versorgung in Hessen in Ausnahmesituationen sichern.....	122
J.1 Die Risikoanalyse	122
J.2 zu berücksichtigende Szenarien	123
J.3 Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP)	124
J.4 Krisenvorsorge und Bevorratung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA)	124
J.5 Führungsstruktur der medizinischen Versorgungsregionen	125
J.5.1 Aufgaben des Planungsstabes stationäre Versorgung (PlanStabStV).....	125
J.5.2 Zusammensetzung und Leitung des Planungsstabes stationäre Versorgung	126
J.5.3 Die Rolle der koordinierenden Krankenhäuser in einer Ausnahmesituation ..	126
J.5.4 Informationsübermittlung durch die Krankenhäuser	127

K Medizinische Fachkonzepte.....	128
K.1 Die Bedeutung der Fachkonzepte für die gesundheitliche Versorgung	128
K.2 Das Hessische Onkologiekonzept 2024	130
K.3 Das Hessische Geriatriekonzept 2021.....	130
K.4 Weitere Fachkonzepte	130
Anhang 1 – Leistungsgruppen, Erreichbarkeit und Planungsebene.....	131
Anhang 2 – Leistungsgruppenspezifische Datenblätter.....	134
Anhang 3 – Auszug aus dem Hessischen Krankenhausplan 2020.....	250
Tabellenverzeichnis	262
Abbildungsverzeichnis	263

Vorwort

Gesundheit gemeinsam gut gestalten

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



um einen Veränderungsprozess wie die Krankenhausreform des Bundes in Hessen erfolgreich umsetzen zu können, braucht es sektorenübergreifend alle Akteure des Hessischen Gesundheitswesens. Die Überzeugung, dass eine derart weitreichende Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft nur gemeinsam gut gestaltet werden kann, bestimmt unser Handeln. Ich nenne hier beispielhaft den Hessischen Pakt für Gesundheit, unsere Versorgungskonferenzen in den Regionen oder die vielen Gespräche mit den hessischen Kliniken. Uns alle eint das Ziel, dass sich die Menschen in unserem Land im Not- oder Krankheitsfall auf eine hochwertige medizinische Versorgung verlassen können müssen.

Hessen handelt – wir sind beispielgebend

Wir haben unseren Landeskrankenhausplan auf die Erfordernisse der Bundesreform hin überarbeitet und sind damit einmal mehr beispielgebend. Der neue Krankenhausplan setzt deshalb bereits auf die im Zuge der Krankenhausreform entwickelten neuen Leistungsgruppen auf und regelt das Verfahren für deren Zuteilung. Er ist die Grundlage für künftige Planungen und er ist das Regelwerk für die zu treffenden Entscheidungen der Kliniken und des Landes Hessen innerhalb des anstehenden Transformationsprozesses. Dafür schreibt der Krankenhausplan neben den bundesweit einheitlichen Kriterien gezielt wichtige landesspezifische Faktoren fest und bereitet so den Weg für eine praxistaugliche Reform.

Alle wesentlichen im Krankenhauswesen tätigen Verbände und Organisationen waren über eine Arbeitsgruppe des Landeskrankenhausausschusses, über Verbändeanhörungen und über Abstimmungen im Landeskrankenhausausschuss aktiv an der Erstellung des Plans beteiligt: die Hessische Krankenhausgesellschaft, die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen, der Landesausschuss Hessen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, die Landesärztekammer Hessen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Kommunalen Spitzenverbände, der Landespflegerat, Patientenvertreterinnen und -vertreter, das Hessische Ministerium für

Wissenschaft und Forschung, Kunst und Kultur, das Hessische Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz, das Deutsche Rote Kreuz, der Malteser Hilfsdienst, die AG der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen, der Medizinische Dienst Hessen, der Landesfeuerwehrverband Hessen und der Landesverband der Hessischen Hebammen.

Dafür möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Beteiligten sehr herzlich bedanken.

Die Krankenhäuser brauchen Planungs- und Rechtssicherheit.

Alle Hessinnen und Hessen sollen sich im Not- und Krankheitsfall auf eine bedarfsgerechte hochwertige medizinische Versorgung verlassen können.

Wiesbaden, im Dezember 2025



Diana Stoltz

Hessische Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

A Zusammenfassung

Der Krankenhausplan definiert in Kapitel B zunächst die rechtlichen Grundlagen (B.1), so- dann die für Hessen geltenden strategischen Versorgungsziele (B.2) und legt fest, welche operativen Ziele (B.3) sich aus den Versorgungszielen ableiten. Im Anschluss daran werden die gesetzlichen Anforderungen an die stationäre Versorgung (B.4) definiert und die Methoden und Werkzeuge der Krankenhausplanung (B.5) dargestellt. Die Grundsätze der Krankenhausplanung in der Psychiatrie (B.6) und in der Psychosomatik (B.7) runden die Darstellung ab.

In Kapitel C wird aufgezeigt, mit welcher Entwicklung der Fallzahlen und der Verweildauer aufgrund der demografischen Entwicklung und der Ambulantisierung zu rechnen ist. Diese Berechnungen werden jährlich aktualisiert, um Änderungen des bundesrechtlichen Rahmens und auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigen zu können.

In Kapitel D werden die planerische Zielsetzung des Landes Hessen und die Vorausberechnung der Patientenzahl zusammengeführt. Darauf aufbauend wird das Verfahren beschrieben, nach dem die Zuweisung der Leistungsgruppen beantragt wird und welche Regeln bei einer eventuell notwendigen Auswahlentscheidung gelten. Der besondere Fokus liegt dabei darauf, eine Unterversorgung zu erkennen und eine Überversorgung zu vermeiden. Zu diesem Zweck legt das Land Hessen Auswahlkriterien fest, die für die Entscheidung maßgeblich sind, wenn mehr Krankenhäuser eine Leistungsgruppe beantragen, als für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind (D.1). Erläuterungen zu den Verpflichtungen der Krankenhäuser (D.2) sowie zum Verfahren (D.6) ergänzen das Kapitel.

In Kapitel E werden die Regelungen erläutert, die für die Zuweisung der Leistungsgruppen nach der initialen Umsetzung der Krankenhausreform gelten. Diese Regelungen sind von besonderer Bedeutung, denn die Krankenhausplanung in Hessen soll flexibel bleiben und wird sich immer wieder neu an die Ziele anpassen müssen. Im Detail wird dabei zwischen der Zuweisung von elektiven Leistungsgruppen (E.1 und E.2) und für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen differenziert (E.3 und E.4).

Das Kapitel F widmet sich den Verfahrensregelungen für die Psychiatrie (F.1) und den Verfahrensregelungen für die Psychosomatik (F.2). Für die Psychiatrie und die Psychosomatik wird der Krankenhausplan 2020 fortgeführt. Für die betreffenden Krankenhäuser und Fachabteilungen ergeben sich im Hinblick auf die bedarfsgerechte Versorgung durch den neuen Krankenhausplan keine Änderungen.

In Kapitel G werden die Anforderungen an die Notfallversorgung und die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst erläutert. Nach der Einleitung (G.1) werden Fragen zur Übersicht

über die tatsächlich verfügbaren Behandlungskapazitäten (G.2) sowie zur Patientensteuerung im Verhältnis zur Versorgung ambulanter Akutfälle (G.3) behandelt. Das letztgenannte Kapitel befasst sich unter anderem mit der Ausweitung des SaN-Projektes und des Höchster Modells. Anschließend stehen die Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und Rettungskette (G.4), die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst (G.5) sowie die Versorgung der Tracerdiagnosen (G.6) im Fokus. Den Abschluss bildet die Regelung der psychiatrischen Notfälle (G.7).

Kapitel H behandelt die baulichen Anforderungen an die Krankenhäuser. Diese gelten im Sinne einer baulichen Zielvorstellung für Neubauten und wesentliche Erweiterungen und Umbauten von Krankenhäusern. Die Vorgaben legen fest, dass Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und der Luftrettung sowie zur Umsetzung des Krankenhausalarm- und -einsatzplans aus den Fördermitteln des Landes Hessen finanziert werden können. Im Detail werden die baulichen Anforderungen (H.1.1), die baulichen Zielvorgaben des Landes Hessen (H.1.2) sowie die Anforderungen im Hinblick auf spezifische Anforderungen (H.1.3 bis H.1.6) geregelt. Schließlich erfolgt die Festlegung, dass die genannten Anforderungen förderfähig sind (H.1.7).

Kapitel I unterstreicht die große Bedeutung der Aus-, Fort- und Weiterbildungskapazitäten.

Kapitel J behandelt die Sicherstellung der stationären Versorgung in Ausnahmesituationen. Dabei werden die Risikoanalyse (J.1), die zu berücksichtigenden Szenarien (J.2), die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (J.3) sowie die Krisenvorsorge und Bevorratung von persönlicher Schutzausrüstung (J.4) behandelt. Außerdem wird die Führungsstruktur (J.5) erläutert, die in Anlehnung an das in der Pandemie bewährte Vorgehen ausgestaltet ist.

Eine kurze Darstellung der medizinischen Fachkonzepte in Kapitel K schließt den Hauptteil des neuen Krankenhausplans ab.

Eine Darstellung der Leistungsgruppen, Erreichbarkeitsvorgaben und Planungsebenen (Anhang 1) und eine Darstellung der derzeitigen Versorgungsstruktur in Hessen zu den einzelnen Leistungsgruppen runden den Krankenhausplan ab (Anhang 2).

B Allgemeiner Teil

Der Krankenhausplan dient der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden stationären Versorgung und damit dem übergeordneten Ziel der Gesundheit der Bevölkerung. Im Allgemeinen Teil dieses Krankenhausplans werden zunächst die rechtlichen Grundlagen der Krankenhausplanung dargelegt (Kapitel B.1). Vor diesem Hintergrund werden die strategischen Ziele des Landes Hessen erläutert (Kapitel B.2). Aus diesen strategischen Zielen werden operative Ziele abgeleitet, die den Auftrag der Krankenhausplanung definieren (Kapitel B.3). Daneben unterliegt die Krankenhausplanung weiteren bei der konkreten Umsetzung zu berücksichtigenden fachgesetzlichen Anforderungen (Kapitel B.4). Schließlich werden die Methoden und Werkzeuge der Krankenhausplanung (Kapitel B.5) sowie die Grundsätze der Krankenhausplanung in der Psychiatrie einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kapitel B.6) und Psychosomatik (Kapitel B.7) dargestellt. Diese sollen ermöglichen, die operativen Versorgungsziele unter Berücksichtigung der rechtlichen Grundlagen und der Anforderungen an die stationäre Versorgung in Hessen bestmöglich zu erreichen. Die strategischen und operativen Ziele, die Anforderungen sowie die Methoden und Werkzeuge sind die Grundlage für die in Kapitel D dargestellten Qualitätsanforderungen des Landes Hessen.

B.1 Rechtliche Grundlagen der Krankenhausplanung

B.1.1 Europarechtlicher Rahmen

Gemäß Art. 168 Abs. 1 und 7 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) hat die Bundesrepublik Deutschland – und damit auch das Land Hessen – die vorrangige Verantwortung für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung mit dem Ziel der Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzes. Dieser nimmt unter den vom Unionsrecht geschützten Gütern und Interessen den höchsten Rang ein. Es ist Sache der Bundesrepublik Deutschland sowie des Landes Hessen, zu bestimmen, auf welchem Niveau der Gesundheitsschutz der Bevölkerung gewährleistet und wie dieses Niveau erreicht werden soll. Ihnen kommt dabei unionsrechtlich ein Wertungsspielraum zu.¹ Bei der Ausübung ihrer gesundheitspolitischen Zuständigkeit haben die Bundesrepublik Deutschland und das Land Hessen die primärrechtlichen Verpflichtungen des Unionsrechts, insbesondere die Niederlassungsfreiheit gemäß Art. 49 AEUV und die Dienstleistungsfreiheit gemäß Art. 56 AEUV sowie die Grundrechte und das Verhältnismäßigkeitsprinzip gemäß der Charta der

¹ EuGH, Urteil vom 01. Juni 2010, C-570/07 und C-571/07, Blanco Pérez und Chao Gómez, Rn. 43 ff.

Grundrechte der Europäischen Union zu beachten. Diese untersagen ungerechtfertigte Beschränkungen dieser Rechte im Bereich der Gesundheitsversorgung und schützen insbesondere Krankenhausbetreiber.²

Maßnahmen der Krankenhausplanung sind dem Grunde nach geeignet, eine Beschränkung der Grundrechte und -freiheiten zu rechtfertigen.³ Um eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, müssen für mitgliedstaatliche Behörden die Anzahl der Krankenhäuser, ihre geographische Verteilung, ihre verfügbaren Einrichtungen sowie die Art der angebotenen medizinischen Leistungen planbar sein.⁴

Die Krankenhausplanung kann am Bedarf orientierte erforderliche Maßnahmen bis hin zu Genehmigungsvorbehalten rechtfertigen,⁵ etwa um Lücken im Zugang zur Gesundheitsversorgung zu schließen oder um überflüssige Doppelversorgungsstrukturen zu vermeiden, sodass eine den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasste Krankenhausversorgung gewährleistet ist, die das gesamte Hoheitsgebiet abdeckt und dabei insbesondere geografisch oder in sonstiger Weise benachteiligte Regionen berücksichtigt.⁶

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat bei krankenhausplanerischen Maßnahmen, insbesondere bei Auswahlentscheidungen, welche die Möglichkeit zur Leistungserbringung rechtlich oder faktisch spürbar beschränken, den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit sowie die aus den Grundfreiheiten folgenden Grundsätze der Transparenz und Nichtdiskriminierung zu beachten. Das Transparenzgebot gebietet, dass die für eine Auswahl der Leistungserbringung relevanten Bedingungen und Modalitäten rechtzeitig zu Beginn eines Auswahlverfahrens in angemessener Weise bekannt gemacht und klar bestimmt sind, sodass interessierte, fachkundige und hinreichend sorgfältige Krankenhausbetreiber sie verstehen und umgekehrt die Behörde willkürlich prüfen kann, ob ihr Leistungsangebot die Auswahlanforderungen erfüllt. Aus Gründen der Nichtdiskriminierung darf die Behörde die wesentlichen Auswahlbedingungen, auf welche interessierte

2 EUGH, Urteil vom 12. Juli 2001, C-157/99, Smits und Peerbooms, Rn. 54 ff.

3 EuGH, Urteil vom 01. Juni 2010, C-570/07 und C-571/07, Blanco Pérez und Chao Gómez, Rn. 70.

4 EUGH, Urteil vom 12. Juli 2001, C-157/99, Smits und Peerbooms, Rn. 76 ff.; Urteil vom 16. Mai 2006, C 372/04, Watts, Rn. 108 ff.; Urteil vom 10. März 2009, C-169/07, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH, Rn. 51 ff.

5 EUGH, Urteil vom 10. März 2009, C-169/07, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH, Rn. 33 ff.

6 EUGH, Urteil vom 01. Juni 2010, C-570/07 und C-571/07, Blanco Pérez und Chao Gómez, Rn. 70.

Krankenhausbetreiber vertrauen, im Auswahlverfahren grundsätzlich nicht verändern und muss alle interessierten Krankenhausbetreiber im Verfahren gleichbehandeln.⁷

B.1.2 Verfassungsrechtlicher Rahmen

Die staatliche Verantwortung für die Gewährleistung der stationären Krankenversorgung wurzelt in der Schutzwicht für Leben und Gesundheit der Patientinnen und Patienten aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 Grundgesetz (GG) und dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Abs. 1 GG. Die Fürsorge für Hilfsbedürftige gehört zu den selbstverständlichen Pflichten des Sozialstaats.⁸ Aus diesen Erwägungen folgt die „unverrückbare Verantwortung“ des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen als Aufgabe der öffentlichen Daseinsfürsorge. Neben dieser staatlichen Schutzwicht muss die Krankenhausplanung auch den Grundrechten der Krankenhausträger insbesondere aus Art. 12, 14 und 3 des Grundgesetzes Rechnung tragen.

Die Gesetzgebungskompetenz zur Krankenhausplanung liegt gemäß Art. 30, 70 GG bei den Ländern, während die Kompetenz zur Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG der konkurrierenden Gesetzgebung unterfällt.

B.1.3 Bundesrechtlicher Rahmen

In Ausübung seiner Kompetenz zur Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat der Bund im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bundeseinheitliche Regelungen zur Krankenhausfinanzierung getroffen. Nach § 1 Abs. 1 KG ist übergeordneter Versorgungszweck eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern.“ Zur Verwirklichung dieses Zwecks haben die Länder nach § 6 Abs. 1 KG Krankenhauspläne aufzustellen.

Der bundesrechtliche Regelungsrahmen der Krankenhausfinanzierung sieht in Teilen spezifische Anforderungen an die Krankenhausplanung in Bereichen vor, die einen engen Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser aufweisen. Planungsrechtliche Vorgaben des Bundes an die Landesplanungsbehörden beinhalten insbesondere die Regelungen über die Zuweisung einer Leistungsgruppe als Voraussetzung für den Bezug einer Vorhaltevergütung gemäß § 6a Abs. 1 KG in Verbindung mit § 6b des

7 EuGH, Urteil vom 05. April 2017, C-298/15, „Borta“ UAB, Rn. 69 ff.

8 BVerfG, Beschluss vom 18. Juni 1975 – 1 BvL 4/74, BVerfGE 40, 121 (133).

Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), über die Zuweisung von sog. Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemäß § 6b S. 1 KHG in Verbindung mit § 6b S. 3 KHG und über die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung gemäß § 6c Abs. 1 KHG.

Gemäß § 6a Abs. 1 S. 1 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem gemäß § 108 Nr. 1 (Universitätskliniken) oder Nr. 2 (Plankrankenhäuser) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn es die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien gemäß der nach § 135e Abs. 2 S. 2 SGB V erlassenen Rechtsverordnung bzw. bis zu deren Inkrafttreten die Leistungsgruppen gemäß § 135e Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1 SGB V erfüllt. Die zuständige Landesbehörde kann mit der Zuweisung einem Krankenhausstandort für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des Landes für eine Leistungsgruppe eine Planfallzahl vorgeben. Ein Anspruch auf Zuweisung besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde gem. § 6a Abs. 1 S. 5 KHG unter Berücksichtigung der in Anlage 1 gemäß § 135e Abs. 4 SGB V aufgeführten bundeseinheitlichen Auswahlkriterien sowie gegebenenfalls zusätzlich auf Landesebene festgelegten Qualitätsanforderungen nach pflichtgemäßem Ermessen durch Bescheid über die Zuweisung einer Leistungsgruppe.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist erforderlich, um künftig die Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnen zu können (§ 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG) und eine Vorhaltevergütung nach § 6b KHEntgG zu erhalten.

Der Bundesgesetzgeber knüpft an die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan weitere Rechtsfolgen: Die Aufnahme ist Voraussetzung für die Möglichkeit der Planungsbehörde, ein Krankenhaus nach § 6c Abs. 1 KHG als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zu bestimmen, und für den Rechtsanspruch eines Krankenhauses auf die Investitionsförderung nach § 10 Abs. 1 KHG.

Gemäß § 7 KHG arbeitet die Landesplanungsbehörde mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten eng zusammen. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

B.1.4 Landesrechtlicher Rahmen

Im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben sowie außerhalb des bundesrechtlich determinierten Bereichs können die Landesplanungsbehörden ihre Planungsautonomie unter

Beachtung des Unions- und Verfassungsrechts und der landesrechtlichen Vorgaben frei ausüben. Nach § 17 Abs. 1 und § 18 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (nachfolgend HKHG) hat das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) als zuständige Krankenhausplanungsbehörde einen Krankenhausplan aufzustellen, auf dessen Grundlage die Verwirklichung der in § 1 KHG und § 1 HKHG genannten Versorgungsziele sicherzustellen ist. Demgemäß muss die Krankenhausplanung in Hessen eine „qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherstellen“ (§ 1 Abs. 1 HKHG). Die Planung muss eine bedarfsgerechte Versorgung insbesondere durch die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern der Notfallversorgung und ausreichender intensivmedizinischer Kapazitäten sicherstellen (§ 1 Abs. 2 HKHG). Dabei ist die Vielfalt der Krankenhaussträger zu beachten. Neben öffentlichen Trägern von Krankenhäusern ist auch freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben, soweit sie auf Dauer dazu bereit und in der Lage sind (§ 1 Abs. 3 HKHG). In den Krankenhausplan werden die Universitätskliniken unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre einbezogen, soweit sie der stationären Versorgung der Bevölkerung allgemein dienen (§ 18 Abs. 2 S. 1 HKHG). Nach dem Gesetz für die hessischen Universitätskliniken (UniklinG) nehmen die Universitätskliniken Aufgaben in der Krankenversorgung wahr (§ 5 Abs. 2 UniKlinG). Sie wirken zudem bei der Erfüllung der Aufgaben in Forschung und Lehre durch die Universitäten mit und gewährleisten mit der Universität die Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre (§ 5 Abs. 1 S. 1 und 3 UniKlinG).

Die Universitätskliniken haben nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Transplantationsgesetzes dem Grunde nach einen uneingeschränkten Versorgungsauftrag aus Gründen der Freiheit von Forschung und Lehre und für die Gebiete, die der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer unterfallen.

Um sicherzustellen, dass die Belange von Forschung und Lehre angemessen berücksichtigt werden, wird das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Forschung, Kunst und Kultur (HMWK) über Maßnahmen, die das Universitätsklinikum Frankfurt oder das Universitätsklinikum Gießen und Marburg betreffen, vom HMFG informiert.

Bei der Planung sind die Versorgungsgebiete gemäß § 17 Abs. 5 HKHG so festzulegen, dass ein bedarfsgerecht gegliedertes leistungsfähiges Krankenhausangebot unter Berücksichtigung der Siedlungs-, Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur sichergestellt ist. Um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche regionale Versorgung zu gewährleisten, soll der Krankenhausplan Anforderungen an die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern festlegen (§ 17 Abs. 7 HKHG). In der Krankenhausplanung kann das HMFG gemäß § 17 Abs. 3 HKHG auch Fachkrankenhäuser berück-

sichtigen, wenn deren Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern.

Die Planungsbehörde darf sich bei ihrer grundsätzlichen Planung auch spezifischer Versorgungskonzepte bedienen, z. B. des Geriatriekonzeptes Hessen (siehe Kapitel K).⁹

Im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung ist das HMFG berechtigt, über die bundeseinheitlichen Auswahlkriterien hinaus Auswahlkriterien in Form von Qualitätsanforderungen zu entwickeln. Diese sind in einer Auswahlentscheidung nach § 6a Abs. 1 S. 5 KHG zwischen mehreren Krankenhäusern, die die bundeseinheitlichen Qualitätskriterien (Mindestanforderungen) der maßgeblichen Leistungsgruppe erfüllen, zu berücksichtigen. Daneben kann das HMFG bei der Auswahl weitere landesspezifische Planungs- und Versorgungsziele berücksichtigen.

B.2 Strategische Versorgungsziele für Hessen

B.2.1 Qualitativ hochwertige Versorgung

Sowohl das Hessische Krankenhausgesetz als auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes räumen der qualitativ hochwertigen Versorgung eine zentrale Bedeutung ein (§ 1 Abs. 1 HKHG, § 1 Abs. 1 KHG). Qualitativ hochwertige Versorgung bedeutet, dass sowohl das Krankenhaussystem in Hessen insgesamt als auch jedes einzelne Krankenhaus eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten soll.

Das strategische Ziel der qualitativ hochwertigen Versorgung wird durch die Anforderungen der gegliederten Versorgung (B.4.2) und der qualitativen Leistungsfähigkeit (B.4.4) aufgegriffen. Es wird durch Maßnahmen und Werkzeuge der Krankenhausplanung wie die Festlegung der Planungsebenen (B.5.2), die Festlegung der Planfallzahlen (B.5.4), die Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (B.5.5), die Ausweisung von Zentren nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (G-BA-Zentrums-Regelungen) (B.5.6) und die Zuweisung besonderer Aufgaben (B.5.7) unterstützt. Das strategische Ziel ist darüber hinaus Grundlage für eine Vielzahl von Auswahlkriterien. Unter diesen sind insbesondere die Qualitätskriterien des Bundes (D.1.4), die universellen Qualitätsanforderungen (D.1.5) und die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen (D.1.8) von besonderer Bedeutung.

⁹ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Geriatriekonzept Hessen, Wiesbaden 2021, https://familie.hessen.de/sites/familie.hessen.de/files/2024-09/geriatriekonzept_hessen.pdf.

B.2.2 Die patientengerechte Versorgung

Nach § 1 Abs. 1 HKHG und § 1 KHG ist die patientengerechte Versorgung ein strategisches Ziel der Krankenhausplanung. Dieses Ziel bringt zum Ausdruck, dass die Krankenhausplanung und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser dem Patientennutzen dienen müssen. Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass Patientennutzen sowie Patientensicherheit bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind. Der Begriff der „Patientensicherheit“ ist durch die WHO definiert als ein „Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Prozesse, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, welche beständig und nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von Schäden verringern.“¹⁰

Die patientengerechte Versorgung wird im Hessischen Krankenhausplan durch die Anforderungen der gegliederten Versorgung (B.4.2), der Patientensicherheit (B.4.8) und der Pflicht zur vollständigen Erfüllung der Versorgungsaufträge (B.4.9) bestmöglich gewährleistet. Sie wird durch Maßnahmen und Werkzeuge wie der Festlegung der Planungsebenen (B.5.2), dem Sicherstellungsauftrag der Kommunen (B.5.10), der Zuweisung der Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (B.5.5), der Ausweisung der Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen (B.5.6), der Zuweisung besonderer Aufgaben (B.5.7), der Aufgaben und Funktionen der Fachkrankenhäuser (B.5.8), der Aufgaben und Funktionen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (B.5.9), der Erhaltung des Belegarztwesens (B.5.11), den sektorenübergreifenden Versorgungsverbünden (B.5.13), der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit (B.5.12) sowie dem Punkt teilstationäre Angebote und Tageskliniken (B.5.14) unterstützt. Die patientengerechte Versorgung ist darüber hinaus Grundlage für alle Qualitätsanforderungen des Landes Hessen (D.1.5, D.1.6, D.1.7 und D.1.8).

B.2.3 Die bedarfsgerechte Versorgung

Ziel der Krankenhausplanung ist nach § 1 Abs. 1 KHG und § 1 Abs. 1 HKHG eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Dies bedeutet, dass im Land Hessen in einem angemessenen Umfang leistungsfähige Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um den Versorgungsbedarf der Bevölkerung flächendeckend zu gewährleisten. Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, wird in geeigneten Fällen eine bundeslandübergreifende Kooperation angestrebt. Die bedarfsgerechte Versorgung bedeutet, eine Unter-,

¹⁰ Bundesministerium für Gesundheit, Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030, Berlin, 2021, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf.

Über- und Fehlversorgung möglichst zu vermeiden. Die bedarfsgerechte Versorgung berücksichtigt außerdem soweit möglich besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen.

Der (objektive) Bedarf ist nicht deckungsgleich mit dem (subjektiven) Bedürfnis nach medizinischer Versorgung. In Anbetracht des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 Abs. 1 SGB V und der demografisch bedingten Verschärfung des Fachkräftemangels ist es unabdingbar, konstant zu prüfen, welche Versorgungsangebote tatsächlich in welchem Umfang und in welcher zeitlichen Erreichbarkeit für die Bevölkerung benötigt werden.

Unter Bedarf ist grundsätzlich der im Moment der Entscheidung tatsächlich gegebene Bedarf – im Sinne der Summe der verordneten Krankenhausbehandlungen der Ärztinnen und Ärzte und deren Anerkennung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen – zu verstehen. Ein objektiver Bedarf in diesem Sinn liegt dabei grundsätzlich auch bei einer medizinisch nachweisbaren Erkrankung vor, die nicht nur mit kurativer, sondern explizit auch mit palliativer Zielsetzung behandelt werden soll. Allerdings würde eine reine Orientierung am derzeit tatsächlich bestehenden Bedarf zu kurz greifen. Der Bedarf muss daher um eine Patientenvorausberechnung ergänzt werden, in der die absehbare Entwicklung der Fallzahlen und die Liegedauer aufgrund des demografischen Wandels der älter und damit potenziell auch behandlungsbedürftiger werdenden Bevölkerung sowie die Ambulantisierung (ambulante Erbringung) vormals stationär erbrachter Leistungen Berücksichtigung finden. Die Erweiterung der Perspektive um eine Patientenvorausberechnung ist zudem notwendig, um den langen Ausbildungszeiten vor allem der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der benötigten Zeiträume für bauliche Veränderungen in Krankenhäusern Rechnung zu tragen.

Voraussetzung für die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und die Zuweisung einer oder mehrerer Leistungsgruppen ist die Bedarfsgerechtigkeit. Das Krankenhaus muss geeignet sein, einen vorhandenen oder prognostizierten Bedarf zu befriedigen. Maßgeblich ist dabei der Bedarf, der sich aus der Patientenvorausberechnung für das dritte Jahr nach dem Zeitpunkt der Entscheidung ergibt. Dieser Planungszeitraum begründet sich daraus, dass bei einer Vorausberechnung über drei Jahre die Effekte des demografischen Wandels und der Ambulantisierung schon spürbar sein werden und gleichzeitig die methodische Unsicherheit der Prognose noch nicht zu groß ist. Da bauliche Veränderungen einen wesentlich längeren Zeitraum umfassen können, wird der Hessische Krankenhausplan auch eine Patientenvorausschätzung für einen 10-Jahres-Zeitraum umfassen.

Das HMFG als Krankenhausplanungsbehörde orientiert sich bei den Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung an etablierten Standards aus unterschiedlichen Rechtsquellen, die wertend herangezogen werden. In § 6a Abs. 4 KHG hat der Bundesgesetzgeber mit Blick auf die bedarfsgerechte Versorgung geregelt, unter welchen Bedingungen die

Sicherung der flächendeckenden Versorgung Ausnahmen von den Qualitätsanforderungen des Bundes zulässt. Vorbehaltlich neuer bundesgesetzlicher Änderungen im Rahmen des KHAG sieht der Bundesgesetzgeber mit der seit dem 11.12.2024 in § 6a Abs. 4 KHG enthaltenen Regelung eine Fahrzeit von 30 Minuten bei den Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie sowie eine Fahrzeit von 40 Minuten bei allen anderen Leistungsgruppen als zumutbar an. Eine der Regelung des KHVVG vom 11.12.2024 vergleichbare Wertung folgt ebenfalls aus den Sicherstellungszuschläge-Regelungen des G-BA,¹¹ die definieren, unter welchen Bedingungen ein Krankenhaus basisversorgungsrelevant ist. Diese sehen ebenfalls entsprechende Erreichbarkeitsgrenzen vor. Diese betragen 30 Minuten für die Fachabteilung Innere Medizin und für eine chirurgische Fachabteilung sowie eine Erreichbarkeitsgrenze von 40 Minuten für die Geburtshilfe sowie die Kinder- und Jugendmedizin/Modul Basisnotfallversorgung Kinder.

Auch aus dem „Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik“¹² folgt, dass sich der fachliche Standard für die Behandlung anhand der sogenannten Tracer-Diagnosen bemisst. In diesem Eckpunktepapier sind medizinisch notwendige Prähospitalzeiten dargelegt.

Die vorstehenden Standards wirken daher auf die Definition des strategischen Ziels der bedarfsgerechten Versorgung ein.

Welcher Versorgungsbedarf in Hessen in den einzelnen Leistungsgruppen und den einzelnen Regionen besteht, wird in Kapitel C (Versorgungsbedarf in Hessen) dargelegt. Dieses beinhaltet auch die für die Entscheidung über die Anträge im Jahr 2026 maßgebliche Vorausberechnung für das Jahr 2029. Die Patientenvorausberechnung ist ausdrücklich darauf ausgelegt, aktuelle Entwicklungen wie z. B. Änderungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) zu berücksichtigen. Für die Entscheidung über die Anträge nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst wird die Patientenvorausberechnung für das Jahr 2029 verwendet werden.

¹¹ Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf.

¹² Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed (2025), <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01612-6>. Dieses Eckpunktepapier stellt eine Weiterführung des Eckpunktepapiers 2016 dar. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016), <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>.

Das strategische Ziel der bedarfsgerechten Versorgung spiegelt sich in den Anforderungen der flächendeckenden Versorgung (B.4.1), der gegliederten Versorgung (B.4.2), der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (B.4.3), der qualitativ leistungsfähigen Krankenhäuser (B.4.4) sowie der vollständigen Erfüllung der Versorgungsaufträge (B.4.9) wider. Es ist die Grundlage der Auswahlkriterien Mitwirkung in der Notfallversorgung (D.1.5.1), Personalausstattung der Krankenhäuser (D.1.5.2) und der Erfahrung in der Leistungserbringung (D.1.5.3) sowie der weitergehenden Auswahlkriterien in der Notfallversorgung (D.1.6).

Über die eigentliche Krankenhausplanung hinaus wird das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung auch durch die im HKHG und dem Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG) angelegte enge Verknüpfung von rettungsdienstlicher, ambulanter und stationärer Versorgung verwirklicht. Exemplarisch ist an dieser Stelle das Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN-Projekt) zu nennen. Die Patientensteuerung trägt dazu bei, Patientinnen und Patienten zielgerichtet in der für sie optimalen Ebene zu versorgen.

B.2.4 Die verlässliche Versorgung

Das strategische Ziel der verlässlichen Versorgung ergibt sich aus § 1 Abs. 2, § 4 Abs. 2 HKHG sowie aus § 5 Abs. 6 HRDG. Darüber hinaus wird das dem Hessischen Krankenhausgesetz zugrunde liegende Prinzip der verlässlichen Versorgung auch in § 17 Abs. 2 und § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG deutlich. Unter verlässlicher Versorgung ist zu verstehen, dass Krankenhäuser – insbesondere solche, die an der Notfallversorgung im Sinne des gestuften Systems der Notfallversorgung des G-BA mitwirken – jederzeit und ununterbrochen für die Versorgung zur Verfügung stehen sollen. Die Pflicht beschränkt sich dabei nach § 5 Abs. 6 HRDG auf eine Erstversorgung.

Dieses strategische Ziel der verlässlichen Versorgung stellt die bedarfsgerechte Verfügbarkeit der Krankenhäuser in zeitlicher Hinsicht sicher. Dies erfordert, dass eine Nichtverfügbarkeit, im Sinne einer Abmeldung aus IVENA, nur in eng begrenzten Fällen zulässig ist. Dies betrifft vor allem beschränkt verfügbare Ressourcen, wie etwa ein Schockraum oder eine Stroke-Unit. Vor diesem Hintergrund ist auch der transparente Umgang mit den Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten durch eine präzise Darstellung in IVENA ein wichtiges Teilelement der Gewährleistung einer verlässlichen Versorgung.

Das strategische Ziel der verlässlichen Versorgung wird im Hessischen Krankenhausgesetz durch die Anforderungen an die gegliederte Versorgung (B.4.2), dem Erfordernis qualitativ leistungsfähiger Krankenhäuser (B.4.4) sowie der vollständigen Erfüllung der Versorgungsaufträge (B.4.9) aufgenommen. Es wird durch die Maßnahmen und Werkzeuge der Festlegung von Planfallzahlen (B.5.4), der Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (B.5.5), der Ausweisung von Zentren nach den G-BA-Zentrums-

Regelungen (B.5.6) sowie der Zuweisung von besonderen Aufgaben (B.5.7) umgesetzt. Das strategische Ziel der Verlässlichkeit ist darüber hinaus grundlegend für eine Vielzahl von Auswahlkriterien. Zu nennen sind hier die Mitwirkung in der Notfallversorgung (D.1.5.1), die Personalausstattung der Krankenhäuser (D.1.5.2) sowie die Qualitätsanforderungen in der Notfallversorgung (D.1.6).

B.2.5 Die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen

Ein weiteres strategisches Ziel der Krankenhausplanung in Hessen ist die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen. Unter einer Ausnahmesituation werden hierbei alle Formen der Inanspruchnahme verstanden, die über die Regelversorgung hinausgehen. Hierunter sind der Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV/MANE-Fall), Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle, Pandemien, Katastrophen oder kriegerische Ereignisse zu verstehen. Die rechtliche Grundlage dieses strategischen Ziels ergibt sich im Hinblick auf Großschadenslagen und Katastrophen aus § 9 Abs. 2 HKHG und § 36 Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz (HBKG). Im Hinblick auf kriegerische Ereignisse wird der bundesrechtliche Rahmen insbesondere der Operationsplan Deutschland (OPlan Deu) auf Basis der NATO-Strategie 2022 gerade entwickelt. Um den sich wahrscheinlich weiter ändernden Anforderungen Rechnung zu tragen, wird eine weiterhin regelmäßige Anpassung des Krankenhausplans erforderlich sein. Krankenhäuser sind außerdem Teil der kritischen Infrastruktur (KRITIS).

Das Ziel der Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen spiegelt sich in den Anforderungen der flächendeckenden Versorgung (B.4.1), der qualitativ leistungsfähigen Krankenhäuser (B.4.4), der Sicherung der Weiterbildung (B.4.7) sowie der Digitalisierung der Krankenhäuser (B.4.10) wider. Es wird durch Methoden und Werkzeuge wie der Zuweisung von Leistungsgruppen (B.5.3), der Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (B.5.5), der Ausweisung von Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen (B.5.6), der Zuweisung von besonderen Aufgaben (B.5.7), der sektorenübergreifenden Versorgungsverbünde (B.5.13) sowie der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit (B.5.12) umgesetzt. Die Qualitätskriterien des Bundes (D.1.4) sowie die nachfolgenden Auswahlkriterien unterstützen die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen: die Mitwirkung in der Notfallversorgung (D.1.5.1), die Personalausstattung der Krankenhäuser (D.1.5.2) sowie die Mitwirkung in der Weiterbildung (D.1.5.5).

B.3 Operative Versorgungsziele für Hessen

Aus den strategischen Versorgungszielen ergeben sich insgesamt sechs operative Versorgungszielbereiche. Diese operativen Versorgungsziele haben die Funktion, die strategischen Ziele unter Berücksichtigung der unter Punkt B.1 dargestellten gesetzlichen Anforderungen an die Krankenhausplanung in prägnanter, umsetzbarer und messbarer Form zusammenzufassen.

B.3.1 Versorgungsziele in der Notfallversorgung

Die planungsrechtliche Notfallversorgung untergliedert sich in die folgenden drei Teilbereiche: die allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung, die vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung und die spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung. Die Terminologie weicht bewusst vom gestuften System der Notfallversorgung ab, da die diesbezüglichen Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V auf Fachabteilungen und nicht auf Leistungsgruppen basieren. Dagegen wird im System der planungsrechtlichen Notfallversorgung jeder Leistungsgruppe isoliert betrachtet, um eine Spezialisierung der Versorgung weiterhin möglich zu machen.

Die **allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung** (vgl. Tabelle 1) umfasst die Versorgung in den Leistungsgruppen, die für die Notfallversorgung prägend sind und sich durch eine hohe Fallzahl auszeichnen. Hinzu kommt die Leistungsgruppe Intensivmedizin, der keine Fälle zugeordnet sind.

Tabelle 1 Leistungsgruppen der allgemeinen planungsrechtlichen Notfallversorgung

Leistungsgruppe	Stationäre Fälle 2024	Anteil Fälle mit Aufnahmeanlass "Notfall" an stationären Fällen	Zuweisungen durch den Rettungsdienst (RD)*	Anteil Fälle mit RD-Zuweisung an stationären Fällen*	Anteil der Leistungsgruppe an allen RD-Zuweisungen*
Allgemeine Innere Medizin	305.118	71 %	150.606	49 %	44 %
Allgemeine Chirurgie	220.676	48 %	57.227	26 %	17 %
Interventionelle Kardiologie	44.369	59 %	17.046	38 %	5 %
Stroke-Unit	19.651	81 %	13.264	67 %	4 %
Intensivmedizin	Keine Fallzuordnung				

* Näherungswert, da nicht alle RD-Zuweisungen den stationären Fällen zugeordnet werden konnten.

Quelle: Daten nach § 21 KHEntG 2024, IVENA Hessen 2024, Auswertung der Hessen Agentur.

Konkret berücksichtigt die Definition sowohl die absolute Fallzahl der rettungsdienstlichen Zuweisungen und Notfälle im Krankenhaus als auch den Anteil der Fälle mit rettungsdienstlichen Zuweisungen an der Gesamtheit aller Fälle in einer Leistungsgruppe sowie den Anteil der in der jeweiligen Leistungsgruppe behandelten Zuweisungsfälle an der Gesamtheit der rettungsdienstlichen Zuweisungen. Ergänzend wird die Zahl der mit dem Aufnahmeanlass Notfallversorgung kodierten Fälle herangezogen. Eine adäquate Versorgung durch die stationäre Notfallversorgung erfordert, dass im Regelfall innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit des bodengebundenen Rettungsdienstes ein Krankenhaus mit der konkret betroffenen Leistungsgruppe der allgemeinen planungsrechtlichen Notfallversorgung erreichbar sein soll.

Die **vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung** (vgl. Tabelle 2) umfasst Leistungsgruppen, bei denen ebenfalls eine bedeutende Anzahl von rettungsdienstlichen Zuweisungen oder Notfällen vorliegt und bei denen der Anteil der Fälle mit rettungsdienstlichen Zuweisungen an der Gesamtheit aller Fälle in einer Leistungsgruppe sowie der Anteil der in der jeweiligen Leistungsgruppe behandelten Zuweisungsfälle an der Gesamtheit der rettungsdienstlichen Zuweisungen ebenfalls bedeutend ist, aber nicht die Fallzahl und Häufigkeit einer Leistungsgruppe der allgemeinen planungsrechtlichen Notfallversorgung erreicht.

Tabelle 2 Leistungsgruppen der vertieften planungsrechtlichen Notfallversorgung

Leistungsgruppe	Stationäre Fälle 2024	Anteil Fälle mit Aufnahmeanlass "Notfall" an stationären Fällen	Zuweisungen durch den Rettungsdienst (RD)*	Anteil Fälle mit RD-Zuweisung an stationären Fällen*	Anteil der Leistungsgruppe an allen RD-Zuweisungen*
Allgemeine Neurologie	48.232	57 %	19.078	40 %	6 %
Komplexe Gastroenterologie	48.600	60 %	16.502	34 %	5 %
Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	47.628	68 %	9.985	21 %	3 %
Urologie	55.583	37 %	9.862	18 %	3 %
Komplexe Pneumologie	24.280	56 %	8.663	36 %	3 %
Allgemeine Frauenheilkunde	47.692	39 %	4.970	10 %	1 %
Komplexe Nephrologie	5.841	48 %	2.183	37 %	1 %
Kinder- und Jugendchirurgie	7.361	52 %	1.457	20 %	0 %

* Näherungswert, da nicht alle RD-Zuweisungen den stationären Fällen zugeordnet werden konnten.

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG 2024, IVENA Hessen 2024, Auswertung der Hessen Agentur.

Bei diesen Leistungsgruppen kann eine stationäre Versorgung aufgrund der geringeren Häufigkeit der Fälle oder der erforderlichen höheren Spezialisierung nicht in der gleichen Dichte wie die allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung angeboten werden. In der

vertieften planungsrechtlichen Notfallversorgung sollen in den Versorgungsgebieten Krankenhäuser mit der jeweiligen Leistungsgruppe in einem für den tatsächlich bestehenden Bedarf ausreichenden Umfang erreichbar sein. Wenn ein Krankenhaus der vertieften planungsrechtlichen Notfallversorgung von einem rettungsdienstlichen Einsatzort innerhalb von 30 Minuten erreichbar ist, soll dieses angefahren werden. Ist ein solches Krankenhaus nicht in 30 Minuten Fahrzeit erreichbar, so erfolgt eine Erstversorgung in der Regel in einem Krankenhaus der allgemeinen planungsrechtlichen Notfallversorgung. In medizinisch begründbaren Einzelfällen, vor allem um einen späteren Weitertransport und die damit verbundenen Risiken zu vermeiden, kann ein geeignetes Krankenhaus der vertieften planungsrechtlichen Notfallversorgung auch dann angefahren werden, wenn es von einem rettungsdienstlichen Einsatzort nicht innerhalb von 30 Minuten erreichbar ist. Hier soll eine Fahrzeit von maximal 40 Minuten nicht überschritten werden. Einzelheiten können in dem Erlass zur rettungsdienstlichen Zuweisungsstrategie geregelt werden.

Die **spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung** (vgl. Tabelle 3) umfasst Leistungsgruppen, die entweder eine sehr geringe landesweite Fallzahl aufweisen oder bei denen es statistisch selten zu Notfällen kommt. Sie umfasst mit den Leistungsgruppen Spezielle Traumatologie und Neurochirurgie typische schwere Notfälle wie Polytraumata und Schädel-Hirn-Traumata. In der spezialisierten planungsrechtlichen Notfallversorgung soll die Notfallversorgung möglichst durch Krankenhäuser sichergestellt werden, denen diese Leistungsgruppen zugewiesen wurden. Können Krankenhäuser der spezialisierten Notfallversorgung dennoch nicht rechtzeitig erreicht werden, erfolgt die Erstversorgung in geeigneten Krankenhäusern der allgemeinen planungsrechtlichen oder der vertieften planungsrechtlichen Notfallversorgung. Insbesondere bei schweren Notfällen, die eine Leistungsgruppe der spezialisierten planungsrechtlichen Notfallversorgung erfordern, kommt dem Einsatz der Luftrettung eine wichtige unterstützende Rolle zu.

Tabelle 3 Leistungsgruppen der spezialisierten planungsrechtlichen Notfallversorgung

Leistungsgruppe	Stationäre Fälle 2024	Anteil Fälle mit Aufnahmeanlass "Notfall" an stationären Fällen	Zuweisungen durch den Rettungsdienst (RD)*	Anteil Fälle mit RD-Zuweisung an stationären Fällen*	Anteil der Leistungsgruppe an allen RD-Zuweisungen*
Neurochirurgie	8.519	44 %	2.858	34 %	1 %
Spezielle Traumatologie	2.296	76 %	1.540	67 %	0 %
Bauchaortenaneurysma	1.010	26 %	160	16 %	0 %

* Näherungswert, da nicht alle RD-Zuweisungen den stationären Fällen zugeordnet werden konnten.

Quelle: Daten nach § 21 KHEntG 2024, IVENA Hessen 2024, Auswertung der Hessen Agentur.

Die Anforderungen an die Notfallversorgung und zur Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst werden in Kapitel G konkretisiert. Für die Versorgung der Tracer-Diagnosen gilt Kapitel G.6.

B.3.2 Versorgungsziele in der elektiven Versorgung

Die elektive Versorgung umfasst alle Fälle, die keine Notfälle sind. Prägendes Merkmal dieser Fälle ist die zeitliche Planbarkeit der Versorgung bzw. der Eingriffe. Die Bezeichnung als „elektiv“ impliziert nicht, dass die Eingriffe weniger schwierig oder von geringerer Relevanz sind. Allerdings ist die Dringlichkeit der Behandlung in der Regel geringer. Für elektive Eingriffe wird es grundsätzlich in jedem Versorgungsgebiet ein qualitativ hochwertiges und den tatsächlichen Bedarf ausreichend deckendes Angebot geben. Für sehr schwerwiegende oder hochkomplexe Eingriffe, die in Teilen auch elektiv angeboten werden können – wie z. B. in der Transplantationsmedizin –, wird es in Hessen spitzenmedizinische Angebote geben, die den Bedarf der hessischen Bevölkerung decken. Die Zuordnung zu den Planungsebenen Versorgungsgebiet oder Land Hessen ist in Anhang 1 dargestellt.

B.3.3 Versorgungsziele in der Geburtshilfe

Jede Frau in Hessen soll im Regelfall innerhalb von 40 Minuten ein Krankenhaus mit der Leistungsgruppe „Geburten“ erreichen können. Die zeitliche Grenze ergibt sich aus der Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V (§ 3 S. 3 Nr. 2). Die speziellere geburtshilfliche Versorgung mit den Leistungsgruppen Perinataler Schwerpunkt, Perinatalzentrum Level 1 und Perinatalzentrum Level 2 soll in Hessen in bedarfsgerechtem Umfang zur Verfügung stehen. Um eine Wahlfreiheit zu ermöglichen, soll in allen Krankenhäusern mit der Leistungsgruppe „Geburten“ ein hebammengeleiteter Kreißsaal vorgehalten werden.

B.3.4 Versorgungsziele in der Kinder- und Jugendmedizin

Kinder und Jugendliche in Hessen sollen im Regelfall innerhalb von 40 Minuten ein Krankenhaus mit der Leistungsgruppe Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin erreichen können. Diese zeitliche Grenze folgt aus der Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V (§ 3 S. 3 Nr. 3). Ist ein solches Krankenhaus in Notfällen nicht innerhalb dieses Zeitrahmens erreichbar, erfolgt die Versorgung in einem Krankenhaus der allgemeinen planungsrechtlichen Notfallversorgung.

Die vertiefte Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Leistungsgruppe „Kinder und Jugendchirurgie“.

Wenn es sich um einen Notfall handelt, soll die Versorgung möglichst durch ein Krankenhaus mit der entsprechenden Leistungsgruppe erfolgen. Dabei kommt dem Einsatz der Luftrettung eine wichtige unterstützende Rolle zu. Stehen Krankenhäuser mit entsprechender Leistungsgruppe nicht zur Verfügung, erfolgt die Erstversorgung in geeigneten Krankenhäusern der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin. In diesen Fällen erfolgt eine schnellstmögliche Verlegung in ein entsprechend spezialisiertes Krankenhaus.

B.3.5 Versorgungsziele in der Psychiatrie einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kernaufgabe der psychiatrischen Krankenhäuser ist die wohnortnahe Sicherstellung der allgemeinpsychiatrischen Behandlung und die Gewährleistung der regionalen Pflichtversorgung. Eine stationäre psychiatrische Behandlung kann auf Grundlage einer freien Willensentscheidung der Patientinnen und Patienten oder bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung auf der Grundlage einer gerichtlichen Entscheidung (bei Gefahr im Verzug zunächst aufgrund einer sofortigen vorläufigen Anordnung durch eine bestellte Ärztin oder einen bestellten Arzt) notwendig werden. Psychiatrische Krankenhäuser sind zudem zur Notfallversorgung verpflichtet. Ihre Erreichbarkeit, sowohl für die öffentlich-rechtliche Unterbringung als auch die Notfallversorgung, soll im Regelfall innerhalb von 30 Minuten gegeben sein. Eine zeitnahe Erstdiagnose ist zu ermöglichen.

Mit einer rechtzeitigen und leitliniengerechten Behandlung sollen Chronifizierung und sogenannte Drehtüreffekte vermieden und ein selbstbestimmtes Leben gefördert werden. Die Interessen der Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen hierbei Berücksichtigung finden.

B.3.6 Versorgungsziele in der Psychosomatik

Schließlich ist auch die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen im Bereich der Psychosomatik ein wichtiges Versorgungsziel des Landes Hessen. Hierzu zählt auch die psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

In der Psychosomatik sollen qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgungsangebote in allen Versorgungsgebieten zur Verfügung stehen.

B.4 Anforderungen an die stationäre Versorgung in Hessen

B.4.1 Flächendeckende Versorgung

Nach § 1 Abs. 1 HKHG sind die strategischen Ziele des Hessischen Krankenhausgesetzes durch ein flächendeckendes System der Krankenhäuser sicherzustellen. Der Begriff der Flächendeckung meint dabei, dass die Versorgung in ganz Hessen, mithin in der Fläche des Landes, sicherzustellen ist. Dabei bedarf es einer leistungsgruppenspezifischen Differenzierung. In den für die allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen sowie in der Leistungsgruppe „Geburten“ ist eine ortsnähere Versorgung notwendig als in hochspezialisierten Leistungsgruppen der elektiven Versorgung. Auch innerhalb der Notfallversorgung differenziert der Hessische Krankenhausplan nach der Häufigkeit der Notfälle (siehe B.3.1). Eine flächendeckende Versorgung ist eine zwingende Voraussetzung für die Sicherstellung der patientengerechten und bedarfsgerechten Versorgung. Eine besondere Bedeutung hat die flächendeckende Versorgung für die gesamte Notfallversorgung.

Als primärer Maßstab für eine flächendeckende Versorgung werden daher die Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V sowie die Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung (KHSichZV) herangezogen.

Mit der KHSichZV bestehen in Hessen in Bezug auf die Kriterien „Gefährdung der flächendeckenden Versorgung“ und „Geringer Versorgungsbedarf“ eine von der G-BA-Regelung abweichende Landesregelung. Diese sind für die Bestimmung der Erheblichkeit maßgeblich. Nach § 1 KHSichZV ist von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung auszugehen, wenn mehr als 3.000 Einwohnerinnen und Einwohner betroffen sind.

B.4.2 Gegliederte Versorgung

In einem engen Zusammenhang zur Anforderung der flächendeckenden Versorgung steht das ebenso aus § 1 Abs. 1 HKHG folgende Erfordernis einer gegliederten Versorgung. Die gegliederte Versorgung geht von der Prämisse aus, dass Krankenhäuser sich nach Anzahl und Bandbreite der angebotenen Leistungsgruppen unterscheiden. Ein wichtiges Element einer gegliederten Versorgung sind Fachkrankenhäuser.

Die Gliederung der Krankenhausstruktur dient der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Sie ermöglicht Spezialisierungen, fördert die Leistungserbringung durch leistungsfähige Anbieter und wirkt der Gefahr entgegen, dass Leistungen in zu geringer

Fallzahl angeboten würden, was einerseits die Qualität der Versorgung beeinträchtigen und andererseits auch dem Wirtschaftlichkeitsprinzip des § 12 SGB V widersprechen könnte. Die gegliederte Versorgung wird vor allem durch die Zuweisung von Leistungsgruppen (B.5.3), die Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (B.5.5), die Zuweisung der G-BA-Zentren (B.5.6) sowie die Zuweisung besonderer Aufgaben (B.5.7) umgesetzt. Die besonderen Aufgaben und sich daraus ergebenden Notwendigkeiten der Universitätskliniken finden ebenso Berücksichtigung.

B.4.3 Wirtschaftlichkeit der Versorgung

Nach § 12 SGB V unterliegen alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot gilt auch für die stationäre Versorgung und insbesondere für die Krankenhausstruktur. Diese muss darauf ausgerichtet sein, dass Krankenhausleistungen nur im bedarfs- und patientengerechten Umfang angeboten werden. Zugleich folgt aus dieser gesetzlichen Anforderung auch, dass die stationäre Versorgung so organisiert werden soll, dass sie in wirtschaftlich tragfähigen Einheiten erfolgt. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Versorgung steht damit in engem Zusammenhang zu der unter Kapitel B.4.5 dargestellten Anforderung der eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäuser.

B.4.4 Qualitativ leistungsfähige Krankenhäuser

Sowohl § 1 Abs. 1 HKHG als auch § 1 Abs. 1 KHG sehen die Anforderung der Sicherstellung einer Versorgung durch qualitativ leistungsfähige Krankenhäuser vor. Mit dieser Anforderung wird der Aspekt der Qualität von der Ebene des Gesamtsystems der Versorgung auf das einzelne Krankenhaus heruntergebrochen. Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses soll sich damit zentral in seiner Qualität widerspiegeln.

Da mit der Änderung des SGB V zum 11.12.2024 die Rechtsgrundlage für die G-BA-Regelung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufgehoben wurde, erfolgt die Ermittlung der Qualität der Krankenhäuser anhand der unter Kapitel D.1.5.7 dargelegten universellen Qualitätsindikatoren sowie durch die leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen als Auswahlkriterien des Landes Hessen nach Punkt D.1.8.

B.4.5 Eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser

Die Vorschriften des § 1 Abs. 1 HKHG und des § 1 Abs. 1 KHG legen fest, dass die oben dargestellten Ziele des Gesetzes durch eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser

sicherzustellen sind. Das bedeutet, dass Krankenhäuser innerhalb des gesetzlichen Rahmens in ihren Entscheidungen, vor allem wirtschaftlicher Natur, frei sind.

Aus dieser Anforderung ergibt sich eine Aufgaben- und Verantwortungsteilung zwischen den Krankenhäusern und der Krankenhausplanungsbehörde. Das HMFG setzt mit der Zuweisung der Leistungsgruppen (B.5.3), der Planfallzahlen (B.5.4), der Zentrums- und Koordinationsfunktionen (B.5.5), der Funktion als G-BA-Zentrum (B.5.6), der besonderen Aufgaben (B.5.7), des Status als Fachkrankenhaus (B.5.8), der Festlegung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (B.5.9) sowie durch die auf der Verpflichtung zur Zusammenarbeit beruhenden Regelungen (B.5.12) den rechtlichen Rahmen, in dem die Krankenhäuser tätig werden. In der Erfüllung ihres Versorgungsauftrages sind die Krankenhäuser wirtschaftlich eigenverantwortlich.

Folge dieser Wechselbeziehung ist auch, dass Änderungen des rechtlichen Rahmens nur in einem geordneten Verfahren (Antragstellung und Bescheiderteilung) möglich sind. Die Abrechnung von Leistungen einer Leistungsgruppe gegenüber den Kostenträgern ohne einen Feststellungsbescheid der Planungsbehörde ist nicht zulässig.

B.4.6 Beachtung der Trägervielfalt

Nach § 1 Abs. 3 HKHG und § 1 Abs. 2 KHG ist die Vielfalt der Krankenhaussträger zu beachten. § 1 Abs. 3 S. 2 HKHG sieht vor, neben öffentlichen Trägern von Krankenhäusern auch freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung zu geben, soweit sie dazu auf Dauer bereit und in der Lage sind. Damit wird ausgedrückt, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung Vorrang vor rein wirtschaftlichen Interessen haben soll und dass von den Krankenhaussträgern langfristiges Engagement erwartet wird. Das Bundesrecht hat mit der Krankenhausreform zum 01.01.2016 klargestellt, dass die Trägervielfalt bei einer krankenhausplanerisch notwendigen Auswahlentscheidung nur zu berücksichtigen ist, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

Derzeit verfügt Hessen über eine ausgewogene Trägerstruktur. Sowohl die freigemeinnützigen als auch die privaten Träger wirken neben den öffentlichen Trägern in erheblichem Umfang an der stationären Versorgung mit.

Tabelle 4 Hessische Plankrankenhäuser nach Trägerschaft 2023

Trägerschaft	Anzahl	Fallzahl	Anzahl der aufgestellten Betten
Öffentlich	44	603.672	17.205
Freigemeinnützig	35	343.324	8.573
Privat	48	273.062	8.584
Hessen	127	1.220.058	34.362

Quelle: Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege: Versorgungsatlas Hessen 2023.

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

B.4.7 Sicherung der Weiterbildung

In § 19 Abs. 3 S. 1 HKHG ist die Ausbildungsverpflichtung der Krankenhäuser geregelt. Danach ist jedes Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen nach § 2 Nr. 1a KHG mitzuwirken. Diese Anforderung dient der langfristigen Sicherung der stationären Versorgung und der gesundheitlichen Versorgung insgesamt. Ohne eine Teilnahme möglichst vieler Krankenhäuser an der Aus-, Fort- und Weiterbildung werden die demografisch bedingten Herausforderungen kaum zu bewältigen sein. Daher sind die Krankenhäuser dazu aufgerufen, neue Ausbildungsstätten zu schaffen und vorhandene Ausbildungskapazitäten zu erhöhen. Aufgrund der enormen Bedeutung der Anforderung wird die Mitwirkung an der Weiterbildung als ein Auswahlkriterium verwendet (D.1.5.5).

Auf der Grundlage von § 17 Abs. 4 Nr. 5 HKHG werden in den Feststellungsbescheiden des HMFG die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG ausgewiesen. Ausbildungsstätten sind staatlich anerkannte Einrichtungen, die an Krankenhäuser zur Ausbildung für die nach § 2 Nr. 1a KHG genannten Berufe angegliedert sind, sofern die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind. Auf die Verordnung zur Anerkennung von Schulen für Gesundheitsfachberufe und über die Ausbildungsstatistik für Gesundheitsfachberufe (Gfb-SchulAnerkStatV) wird hingewiesen.

B.4.8 Gewährleistung der Patientensicherheit

Nach § 8 HKHG stellt die Gewährleistung der Patientensicherheit eine weitere Anforderung dar.

Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Versorgungsstrukturen mit einer deutlichen Zunahme an Schnittstellen zwischen den Sektoren, Berufsgruppen und medizinischen Disziplinen, aber auch einer zunehmenden Zahl von multimorbiden Patientinnen und Patienten mit sehr spezifischen, hochdifferenzierten Behandlungsoptionen und -verfahren haben sich die Risiken in der Patientenversorgung erhöht.

Um diesen kontinuierlich steigenden Anforderungen gerecht zu werden, benötigen die Gesundheitseinrichtungen eine adäquate Sicherheitsstruktur (u. a. Patientensicherheitsbeauftragte, verantwortliche Personen für Arzneimitteltherapiesicherheit gemäß Patientensicherheitsverordnung (PaSV)) mit entsprechend systematischem Vorgehen bei der Planung und Umsetzung von geeigneten Maßnahmen. Die Sicherheitskultur einer Organisation wird dabei wesentlich durch die Führung vorgegeben. Der G-BA hat diesbezüglich bereits 2014 Anforderungen im Rahmen der Qualitätsmanagement-Richtlinie definiert.

Ein wesentliches Element zur Gewährleistung der Patientensicherheit besteht in der Identifizierung klinischer Risiken und der Implementierung geeigneter Maßnahmen durch Krankenhäuser. Die identifizierten Risiken sind in Bezug auf ihre Auswirkungen und ihre Eintrittswahrscheinlichkeit zu bewerten, um eine angemessene Priorisierung der Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten vornehmen zu können. Dabei umfassen die Maßnahmen der Patientensicherheit auch die der Mitarbeiter- und Betriebssicherheit.

B.4.9 Die vollständige Erfüllung der Versorgungsaufträge

Eine weitere bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigende Anforderung ergibt sich aus § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG. Hiernach haben die Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag vollständig zu erfüllen, sofern nicht davon abweichende Festlegungen im Rahmen von Kooperationen mit anderen Krankenhäusern getroffen wurden. Eine Definition der vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages erfolgt in Kapitel D.2. Maßgeblich ist damit die Versorgungssituation vor Ort.

Aus dieser Anforderung ergibt sich die planerische Notwendigkeit, den Versorgungsauftrag möglichst exakt zu definieren. Diese Definition erfolgt durch die Zuweisung der Leistungsgruppen (B.5.3), erforderlichenfalls der Planfallzahlen (B.5.4), ggf. der Zentrums- und

Koordinationsfunktionen (B.5.5), sowie ggf. der Funktion als G-BA-Zentrum (B.5.6) oder von besonderen Aufgaben (B.5.7).

Ausnahmsweise ist es nach § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG möglich, den Versorgungsauftrag in einer Leistungsgruppe auf ausgewählte Fälle zu beschränken. Dies ist in der Vergangenheit infolge der Spezialisierung der Krankenhäuser, vor allem bei Fachkrankenhäusern, in wenigen Fällen erfolgt. In diesem Ausnahmefall ist eine präzise Definition des konkreten Versorgungsauftrages innerhalb der betroffenen Leistungsgruppe in der krankenhausplanerischen Einzelentscheidung notwendig.

Aufgrund der enormen Bedeutung dieser Anforderung wird die vollständige Erfüllung des Versorgungsauftrages im Kapitel D.2 weiter ausgeformt.

B.4.10 Digitalisierung der Krankenhäuser

Schließlich legt § 1 Abs. 1 KHG fest, dass Krankenhäuser digital ausgestattet sein sollen. Mit dieser Anforderung lenkt der Bundesgesetzgeber das Augenmerk auf eine der zentralen Handlungsnotwendigkeiten. Eine umfassende Digitalisierung der Krankenhäuser ist die Voraussetzung dafür, dass die strategischen Ziele des Hessischen Krankenhausgesetzes erreicht werden können. Darüber hinaus ist ein Vorantreiben der Digitalisierung für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens insgesamt von zentraler Bedeutung. Exemplarisch ist an dieser Stelle die für die Notfallversorgung unabdingbare Verknüpfung von stationärer und präklinischer rettungsdienstlicher Versorgung zu nennen. Insbesondere an dieser Nahtstelle soll die digitale, medienbruchfreie Interoperabilität weiterentwickelt werden.

Die Digitalisierung der Krankenhäuser wird durch Methoden und Werkzeuge wie die Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (B.5.5) sowie die Ausweisung von Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen (B.5.6) vorangetrieben. Unterstützend hat die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit (B.5.12) auch eine Digitalisierungskomponente.

Die digitalen Strukturen der Krankenhäuser müssen so aufgestellt sein, dass sie vor Cyberangriffen geschützt sind. Die fortschreitende Digitalisierung eröffnet die Möglichkeit für mehr Angriffsfläche und erfordert zukünftig einen noch sorgfältigeren Schutz durch die

Krankenhäuser. Es wird auf den branchenspezifischen Sicherheitsstandard „Medizinische Versorgung“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft verwiesen.¹³

B.5 Methoden und Werkzeuge der Krankenhausplanung

B.5.1 Einteilung der Leistungsgruppen in für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppen und elektive Leistungsgruppen

Der Hessische Krankenhausplan legt für jede Leistungsgruppe fest, ob es sich um eine für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppe oder eine elektive Leistungsgruppe handelt. Definition und Darstellung erfolgen in den Kapiteln B.3.1. und B.3.2.

B.5.2 Festlegung der Planungsebenen oder der Erreichbarkeit

Eine wesentliche Festlegung, die in diesem Krankenhausplan zu treffen ist, ist die Festlegung der jeweiligen Planungsebene für jede Leistungsgruppe. Aufgrund der strategischen Ziele des Hessischen Krankenhausgesetzes ist dabei zwischen Erreichbarkeitsvorgaben in der Notfallversorgung und den Planungsebenen in der elektiven Versorgung zu differenzieren.

In der Notfallversorgung steht die flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung im Vordergrund. Aus diesem Grund wird den für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen anstelle einer Planungsebene eine Erreichbarkeit zugeordnet. Grund dafür ist, dass die Gliederung des Landes Hessen in Versorgungsgebiete zwar die Patientenströme insgesamt gut abbildet, aber gerade bei der Notfallversorgung viele Querbeziehungen bestehen, die sich nicht an den Grenzen der Versorgungsgebiete orientieren.

Die konkrete Erreichbarkeit bemisst sich nach dem „Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik“.¹⁴ Dieses gibt Empfehlungen für die Behandlung von Tracerdiagnosen, die auch exemplarisch für eine Vielzahl anderer Notfälle stehen. Die Tracerdiagnosen sind: Schweres Schädel-

¹³ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Branchenspezifischer Sicherheitsstandard „Medizinische Versorgung“, Berlin, 2025, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.4._IT-Sicherheit_und_technischer_Datenschutz/2.1.4.1._IT-Sicherheit_im_Krankenhaus/B3S_KH_v1.3_-_Gesamtdokument_Stand_Einreichung_BSI_2025-07-25.pdf.

¹⁴ Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016), <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>.

Hirn-Trauma, Schlaganfall, Schwerverletzte / Polytrauma, Sepsis, ST-Hebungsinfarkt und Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand. Im Eckpunktepapier 2025 sind die pädiatrischen Aspekte aufgenommen worden.¹⁵ Grundsätzlich soll die Krankenhausplanung sicherstellen, dass ein Krankenhaus mit den jeweiligen für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen (Allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung) im Regelfall innerhalb von 30 Minuten erreichbar ist. Im Einzelfall kann bei Leistungsgruppen, die aufgrund ihrer Komplexität oder der geringen Fallzahl nur an wenigen geeigneten Krankenhausstandorten vorgehalten werden können, die Fahrzeit auch größer sein (Vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung und Spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung). Die Einzelheiten hierzu werden im Kapitel G dargestellt.

Bei den Leistungsgruppen der elektiven Versorgung wird jeder Leistungsgruppe eine Versorgungsebene zugewiesen. Diese Versorgungsebene ist dann die maßgebliche Bezugsgröße für die Ermittlung des Bedarfs und die ggf. erforderliche Zuweisung der Planfallzahlen an die Krankenhäuser. Die Versorgungsebene ist im Regelfall das Versorgungsgebiet (siehe Kapitel B.3.2). Bei Leistungsgruppen, die eine sehr hohe Komplexität aufweisen oder die aufgrund der geringen Fallzahl nicht in jeder Region angeboten werden können, erfolgt eine Planung nach § 17 Abs. 6 HKHG auf Ebene des Landes Hessen. Exemplarisch ist hier die Transplantationsmedizin zu nennen.

Für welche Leistungsgruppe welche Planungsebene bzw. Erreichbarkeitsvorgabe gilt, ergibt sich aus Anhang 1.

B.5.3 Zuweisung von Leistungsgruppen

Ein zentrales Werkzeug zur Erreichung der strategischen und operativen Versorgungsziele des Landes Hessen ist die Zuweisung der Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhäuser. Bei dieser Entscheidung besteht nach § 6a Abs. 1 S. 1 KHG ein Ermessen der Krankenhausplanungsbehörde. Ein Rechtsanspruch besteht nach § 6a Abs. 1 S. 4 KHG nicht.

Durch die Zuweisung von Leistungsgruppen sorgt die Krankenhausplanungsbehörde dafür, dass die strategischen und operativen Ziele dieses Krankenhausplans realisiert werden können.

¹⁵ Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed (2025), <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01612-6>.

Die psychiatrische und die psychosomatische Versorgung wird weiterhin über die Zuteilung von Versorgungsaufträgen gewährleistet.

Die Ziele dieses Krankenhausplans sind damit im Sinne des § 40 des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes (HVwVfG) leitend für die Ermessensausübung. Um eine gleichmäßige Ausübung des Ermessens sicherzustellen, legt der Krankenhausplan in Kapitel D unter den Punkten 1.3 ff. die Qualitätsanforderungen des Landes Hessen fest.

Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen hat die Krankenhausplanungsbehörde allerdings nicht nur darauf zu achten, dass für die individuelle Leistungsgruppe eine Entscheidung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele des Landes Hessen und aller Qualitätsanforderungen erfolgt, sondern auch eine tragfähige Versorgung über alle Leistungsgruppen hinweg erreicht wird.

B.5.4 Die Festlegung von Planfallzahlen

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhausstandortes wird nicht allein durch die Zuweisung der Leistungsgruppe sowie ggf. der Koordinations- und Vernetzungsfunktion, eines Zentrums nach den G-BA-Zentrums-Regelungen oder besonderer Aufgaben definiert, sondern kann erforderlichenfalls auch eine Mengenkomponente enthalten. Aus diesem Grund behält sich das Land Hessen vor, von der in § 6a Abs. 1 S. 2 KHG vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch zu machen, den Krankenhäusern pro Leistungsgruppe Planfallzahlen zuzuweisen, soweit und solange hierfür eine Notwendigkeit besteht.

Planfallzahlen stellen ein wesentliches Steuerungselement im Rahmen der Vorhaltefinanzierung dar. Gleichwohl ist es aufgrund der wirtschaftlichen Eigenständigkeit der Krankenhäuser (siehe B.4.5) und der gewünschten Innovationskraft durch eigenständiges wirtschaftliches Agieren geboten, von Seiten des Landes Hessen eine Steuerung der Patientenzahlen durch die allgemeine Festlegung von Planfallzahlen im Detail nur in wohl begründeten Ausnahmefällen vorzunehmen. Von dem Grundsatz der planerischen Zurückhaltung sind jedoch Ausnahmen möglich, wenn und soweit dies durch hinreichend gewichtige Gründe des öffentlichen Interesses gerechtfertigt ist. Diese Gründe sind insbesondere in den fachfolgend genannten Fällen gegeben:

- a) Aufgrund von erheblichen Änderungen in der Struktur der Leistungserbringer kommt es zu einer Konzentration von Leistungsgruppen bei wenigen Krankenhäusern.

- b) Durch Insolvenz oder aus anderen Gründen scheidet ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan aus und es kommt infolgedessen zu einer Verlagerung von Leistungsangeboten.
- c) Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelten Daten bilden die Leistungsstruktur der Krankenhäuser nicht zutreffend ab. Dieses Problem tritt insbesondere bei den Leistungsgruppen auf, die durch Fachabteilungsschlüssel definiert sind und bei denen nicht alle Krankenhäuser über die notwendigen Fachabteilungsschlüssel verfügen, wie z. B. die Leistungsgruppen komplexe Gastroenterologie oder komplexe Nephrologie.
- d) Nach § 6a Abs. 1 S. 2 HS. 2 KHG in den Fällen, in denen ein Krankenhaus erstmalig Leistungen in einer Leistungsgruppe erbringt.

In den genannten Fällen ist regelmäßig davon auszugehen, dass die in § 37 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 KHG vorgesehene Orientierung an der Bewertungsrelation des vorvergangenen Jahres nicht zu sachgerechten Ergebnissen führt. Insbesondere in diesen Fällen kann durch die Zuweisung von Planfallzahlen sichergestellt werden, dass für diese Leistungen auch eine Vorhaltevergütung erfolgt.

Die Festlegung der Planfallzahlen in den notwendigen Fällen trägt damit zu den strategischen Zielen der bedarfs- und patientengerechten Versorgung bei.

B.5.5 Die Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsfunktionen (§ 6b KHG)

Nach § 6b S. 1 KHG kann die Krankenhausplanungsbehörde einem Krankenhaus im Beleben mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam, d.h. nicht voneinander getrennt, zuweisen. Von dieser Möglichkeit wird das Land Hessen Gebrauch machen.

Der Inhalt der Koordinations- und Vernetzungsfunktionen wird nach § 6b S. 2 KHG von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG festgelegt. Die Festlegung des näheren Inhalts wird durch die Festlegungen dieses Krankenhausplans ergänzt.

Über die bundesrechtlich vorgegebenen Aufgaben hinaus haben die Krankenhäuser mit Koordinations- und Vernetzungsfunktion die Aufgabe, für eine Ausnahmesituation im Sinne von B.2.5 die in Kapitel H beschriebene Umsetzung einer Führungsstruktur vorzubereiten, diese dauerhaft zu erhalten und in Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern des

Versorgungsgebietes die notwendigen Übungen durchzuführen. Auf § 36 Abs. 3 HBKG wird hingewiesen.

Da eine Zusammenarbeit in Ausnahmesituationen nur funktioniert, wenn sie bereits unter regulären Umständen praktiziert wird, erwartet das HMFG von den Krankenhäusern mit Koordinations- und Vernetzungsfunktion, dass sie in ihrem Versorgungsgebiet mit anderen Krankenhäusern im Rahmen ihrer Möglichkeiten Kooperationen für die Erbringung von Leistungsgruppen eingehen. Dabei besteht keine Exklusivität der Kooperationsbeziehungen. Das heißt, die Krankenhäuser können auch andere Kooperationen eingehen. Ziel ist es, dass es zumindest in den für die planungsrechtliche Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen eine belastbare Zusammenarbeit mit allen Krankenhäusern des jeweiligen Versorgungsgebietes gibt.

B.5.6 Die Ausweisung von Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen

Die auf Grundlage der G-BA-Zentrums-Regelungen ausgewiesenen Zentren nehmen in der Versorgung eine wichtige Position ein. Diese Zentren erfüllen anspruchsvolle strukturelle Voraussetzungen, führen besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung durch, wirken in der Forschung mit und unterstützen andere Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte z. B. durch die Ausrichtung von Tumorkonferenzen. Darüber hinaus nehmen sie zentrumsspezifische besondere Aufgaben wahr. Sie sind jeweils in § 2 der Anlage der G-BA-Zentrums-Regelung zu der Zentrumsart genannt. Exemplarisch hierfür sind die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen oder die Durchführung von zentrumsbezogenen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Sie sind damit, vor allem in den Leistungsgruppen, die eine hohe Komplexität aufweisen, eine zentrale Stütze der Versorgung. Von allen G-BA-Zentren wird erwartet, dass sie mit anderen G-BA-Zentren dieser Art in Hessen soweit rechtlich möglich eng zusammenarbeiten und ihre Spezialisierungen abstimmen. Hessen verfügt derzeit über die in Tabelle 5 genannten G-BA-Zentren.

Die Ausweisung und Erhaltung von Zentren nach den G-BA-Zentrums-Regelungen in bedarfsgerechtem Umfang dient daher dem strategischen Ziel der qualitativ hochwertigen Versorgung. In den dafür geeigneten Leistungsgruppen wird die Ausweisung als G-BA-Zentrum daher als Qualitätsanforderung verwendet (D.1.8).

Tabelle 5 Zuweisung von Aufgaben nach den G-BA-Zentrumsregelungen in Hessen

GBA-Zentrum	Anzahl	Krankenhausstandorte
Typ A Zentrum für Seltene Erkrankungen	3	Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen Universitätsklinikum Frankfurt
Onkologisches Zentrum	13	Klinikum Kassel Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg Klinikum Wetzlar-Braunfels, Standort Wetzlar Universitätsklinikum Frankfurt Klinikum Fulda Krankenhaus Nordwest Frankfurt
Traumazentrum	8	Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken, Standort Frankfurt, Markuskrankenhaus Klinikum Frankfurt Höchst Sana Klinikum Offenbach Klinikum Hanau HSK, Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken St. Josefs-Hospital Klinikum Darmstadt
Rheumatologisches Zentrum	1	Klinikum Kassel
Zentrum für Kinder- u. Jugendrheumatologie	1	Klinikum Fulda
Herzzentrum	0	Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen
Universitätsklinikum Frankfurt	8	Universitätsklinikum Frankfurt Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt Sana Klinikum Offenbach Klinikum Darmstadt
Lungenzentrum	1	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt
Nephrologisches Zentrum	0	-
Kinderonkologisches Zentrum	3	Fachklinik für Lungenerkrankungen Immenhausen
Sonstiges ausgewiesenes Zentrum	0	-
Zentrum für Intensivmedizin	4	Klinikum Kassel Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg Universitätsklinikum Frankfurt

Quelle: Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, Stand: 10.10.2025.

B.5.7 Die Zuweisung von besonderen Aufgaben

Nach § 17 Abs. 7 S. 2 HKHG umfasst der Hessische Krankenhausplan auch die Zuweisung besonderer Aufgaben. Die besonderen Aufgaben sind in § 17 Abs. 7 S. 1 HKHG

definiert und umfassen besondere medizinische Indikationen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern, sowie einzelne Bereiche der Notfallversorgung. In rechtlicher Hinsicht kann das HMFG die Anforderungen an die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen den Krankenhäusern regeln und einzelnen Krankenhäusern oder Netzwerken aus mehreren Krankenhäusern besondere Aufgaben zuweisen.

Die Zuweisung besonderer Aufgaben dient den strategischen Zielen der qualitativ hochwertigen, bedarfs- und patientengerechten Versorgung. Durch die separate Planung dieser Aufgaben wird eine Zersplitterung der Behandlungsangebote verhindert, was sich positiv auf die Qualität auswirkt.

Aufgrund des Hessischen Krankenhausplans werden folgende besondere Aufgaben durch Bescheid zugewiesen:

- a) Versorgung von Schwerbrandverletzten
- b) Versorgung von schwerbrandverletzten Kindern
- c) Sonderisolierstation
- d) Versorgung in der Hyperbaren Medizin
- e) Versorgung in der Kinderherzchirurgie
- f) Koordinierendes Krankenhaus im Sinne von Kapitel J.5.3
- g) vom Land Hessen festgelegte landesrechtliche Zentren
- h) ECMO-Zentren nach dem Hessischen ECMO-Konzept (nach Inkrafttreten)
- i) Thrombektomiezentrren nach dem Erlass vom 11.01.2016¹⁶

Die Zuweisung weiterer besonderer Aufgaben bleibt vorbehalten.

Die besonderen Aufgaben a) bis e) waren bereits im Krankenhausplan 2020 enthalten und sind nicht durch die Planung nach Leistungsgruppen obsolet geworden. Diese medizinischen Angebote zeichnen sich dadurch aus, dass sie aufgrund der geringen Fallzahl an nur wenigen Standorten benötigt werden. Die besondere Aufgabe f) ist notwendig, um die

16 Az. V 1a – 18r – 1200.

Einsatzfähigkeit der Krankenhäuser in besonderen Situationen zu sichern und die Regelungen des Kapitels J zu verankern. Die besondere Aufgabe g) dient dazu, die Ausweisung von Zentren zu ermöglichen, die in den G-BA-Zentrums-Regelungen nicht erfasst sind (siehe § 3 Abs. 6 S. 2 der Zentrums-Regelung). Die besondere Aufgabe h) dient der rechtlichen Verankerung der ECMO-Zentren. Schließlich nimmt die besondere Aufgabe i) den oben genannten Erlass vom 11.01.2016, bzw. dessen Fortführung im Schlaganfallkonzept (Kapitel K.4), auf.

B.5.8 Aufgaben und Funktion von Fachkrankenhäusern

Fachkrankenhäuser haben eine wichtige Funktion in der stationären Versorgung. Durch die Fokussierung auf einzelne Leistungsgruppen oder Krankheitsbilder ermöglichen sie ein hohes Maß an Spezialisierung und tragen damit wesentlich zu den strategischen Zielen der qualitativ hochwertigen, bedarfs- und patientengerechten Versorgung bei.

Fachkrankenhäuser sind nach § 135d Abs. 4 S. 3 SGB V Einrichtungen, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten.

Nach § 17 Abs. 3 HKHG kann ein Fachkrankenhaus nur dann in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn es bedarfsgerecht ist und glaubhaft machen kann, dass sein Leistungsspektrum und die Qualität seiner Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern werden. Notwendig ist damit eine Gesamtbetrachtung, die sicherstellt, dass Fachkrankenhäuser neben Allgemeinkrankenhäusern einen relevanten Versorgungsbeitrag leisten. Beide sollen zusammen ein funktionsfähiges Gesamtsystem bilden.

B.5.9 Zuweisung, Aufgaben und Funktionen von Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 6c KHG) / Medizinische Versorgungskliniken

Gemäß § 115g SGB V können künftig Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen neben der ambulanten, der stationären und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) eine weitere Versorgungsform darstellen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden in Hessen als Medizinische Versorgungskliniken bezeichnet. Das HMFG kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde (§ 6c Abs. 1 KHG). Eine Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann eine sinnvolle Ergänzung zur Sicherstellung

des lokalen Bedarfs darstellen. Insbesondere ausgewählte Krankenhausstandorte können bei Interesse in Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden.

Die Ausgestaltung der Leistungserbringung in Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird bis zum 31.12.2025 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbart. Bis diese Vereinbarung vorliegt, werden Standorte, die für eine Transformation in eine Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in Frage kommen, weiterhin als reguläre Krankenhausstandorte geführt. Sie beantragen daher die Zuweisung von Leistungsgruppen.

B.5.10 Der Sicherstellungsauftrag der Kommunen

Nach § 3 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 HKHG obliegt die Sicherstellung der bedarfsge-rechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser den Landkrei-sen, den kreisfreien Städten sowie den Sonderstatus-Städten, wenn in diesen ein Kran-kenhaus betrieben wird.

Unter welchen Umständen der Sicherstellungsauftrag der Landkreise, kreisfreien Städte und Sonderstatus-Städte greift, ist von der betroffenen Leistungsgruppe abhängig. Bei ei-ner für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppe kommt der Sicherstellungsauf-trag dann zum Tragen, wenn die flächendeckende Versorgung im Sinne der Versorgungs-ziele in der Notfallversorgung (B.3.1) ohne das jeweilige Krankenhaus nicht mehr gewähr-leistet ist oder wenn die Notfallversorgung ohne das jeweilige Krankenhaus im Hinblick auf die Kapazität nicht möglich ist. Bei einer Leistungsgruppe der elektiven Versorgung greift der Sicherstellungsauftrag nur dann, wenn die Versorgungsziele für die elektive Versor-gung (B.3.2) ohne das jeweilige Krankenhaus auf der Planungsebene nicht mehr einge-halten werden können.

B.5.11 Das Belegarztwesen

Belegärztinnen und Belegärzte stellen eine wertvolle Bereicherung der stationären Versor-gung in Hessen dar. Zum einen ermöglicht das Belegarztwesen die ortsnahen und speziali-sierten Erbringung von Leistungen, die in einer Hauptabteilung z. B. aus wirtschaftlichen Gründen nicht erbracht werden können. Zum anderen verkörpern Belegärztinnen und Be-legärzte die sektorenübergreifende Versorgung und ermöglichen die medizinische Betreu-ung aus einer Hand. Aus diesem Grund setzt das Hessische Krankenhausgesetz in § 19 Abs. 2 HKHG die Existenz des Belegarztwesens voraus, ohne Regelungen im Detail zu treffen. § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 7 Buchstabe d) SGB V regelt zudem die Möglichkeit, zur

Erfüllung des Anforderungsbereichs „Personelle Ausstattung“ der Qualitätskriterien als Mindestkriterien auf Belegärzte zurückzugreifen.

Aus dieser Wertung des Bundes- und des Landesgesetzgebers resultiert, dass eine Mitwirkung der Belegärztinnen und Belegärzte an der stationären Versorgung im angemessenen Umfang und im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben gewährleistet werden soll. Die Erhaltung des Belegarztwesens trägt damit zu dem strategischen Ziel der patientengerechten Versorgung bei.

Auf die Festlegung zusätzlicher Anforderungen an Belegabteilungen verzichtet das Land Hessen bewusst.

B.5.12 Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit

Nach § 4 Abs. 1 HKHG sind die Krankenhäuser innerhalb ihres Einzugsbereiches ungetrennt ihrer Trägerschaft zur Zusammenarbeit verpflichtet. Diese Verpflichtung zur umfassenden Zusammenarbeit ist für das Erreichen der strategischen und der operativen Ziele des Hessischen Krankenhausplans von großer Bedeutung. Insbesondere in der Notfallversorgung ist das Zusammenwirken der Krankenhäuser von besonderer Relevanz für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, da z. B. sehr schnell eine Verlegung in ein Krankenhaus mit einer umfassenderen Versorgung notwendig werden kann. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit trägt damit zu den Zielen der patientengerechten und der verlässlichen Versorgung bei.

Praktische Auswirkungen hat die in § 4 Abs. 1 HKHG niedergelegte Verpflichtung zur Zusammenarbeit insbesondere bei der Eingehung von Kooperationen. Viele Leistungsgruppen beinhalten Qualitätskriterien des Bundes, die auch in Kooperation erfüllt werden können. Daher ist es für die Sicherstellung der qualitativ hochwertigen, bedarfs- und patientengerechten Versorgung von großer Bedeutung, dass diese Kooperationen auch zu Stande kommen. Eine besondere Vorbildfunktion haben die Krankenhäuser mit Koordinations- und Vernetzungsfunktion nach § 6b KHG. Von diesen erwartet das Land Hessen, dass sie in ihrer Kooperationsbereitschaft, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, beispielgebend sind. Der besonderen Relevanz der Kooperationen für das Funktionieren des Gesamtsystems wird durch die Festsetzung der „Herstellung der erforderlichen Kooperationen“ als Auswahlkriterium des Landes Hessen Rechnung getragen (D.1.5.4).

B.5.13 Sektorenübergreifende Versorgungsverbünde

Die Regelung des § 4 HKHG bezieht sich nicht nur auf Krankenhäuser, sondern geht auch in Absatz 2 über die stationäre Versorgung hinaus und bezieht in Absatz 2 auch die enge

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen mit ein. Die Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit ist auch in § 17 Abs. 7 S. 3 und 4 HKHG geregelt. Mit diesen Verpflichtungen zur engen Zusammenarbeit und zur leistungssektorenübergreifenden Zusammenarbeit erweitert das Hessische Krankenhausgesetz die strategische Zielsetzung über die rein stationäre Versorgung hinaus und nimmt die Ziele der qualitativ hochwertigen, bedarfs- und patientengerechten Versorgung ganzheitlich in den Blick. Dies ist auch geboten, da der Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten typischerweise mehrere Sektoren umfasst.

Ziel der sektorenübergreifenden Versorgungsverbünde ist es, ein übergreifendes konzeptionelles Verständnis gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit soll praktikabel, unbürokratisch und gleichberechtigt erfolgen. Das Ziel der sektorenübergreifenden Versorgung wird auch durch die Fachkonzepte des Hessischen Krankenhausplans umgesetzt. Zu nennen sind insbesondere die im Onkologiekonzept Hessen geregelte enge Zusammenarbeit zwischen onkologisch qualifizierten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Krankenhäusern einschließlich der institutionellen Zusammenarbeit durch die Lenkungsausschüsse¹⁷ sowie die im Hessischen Geriatriekonzept geforderten sektorenübergreifenden Behandlungskonzepte.¹⁸

B.5.14 Teilstationäre Angebote und Tageskliniken

Der Geltungsbereich des Hessischen Krankenhausgesetzes umfasst nach § 2 Abs. 1 HKHG auch die teilstationäre Versorgung sowie tagesklinische Angebote. Diese Elemente der Versorgung stellen eine wichtige Ergänzung der krankenhausplanerischen Methoden und Werkzeuge dar. Insbesondere in Leistungsgruppen wie der Geriatrie, aber auch in der psychiatrischen Versorgung stellen tagesklinische Angebote einen nicht wegzudenkenden Teil der stationären Versorgung dar.

Die Bedeutung teilstationärer und tagesklinischer Angebote wird zukünftig aufgrund des Fachkräftemangels, der demografiebedingt ansteigenden Zahl von Patientinnen und Patienten sowie aus wirtschaftlichen Gründen noch zunehmen. Die Krankenhäuser in Hessen sind gemeinsam mit den anderen Beteiligten in der Gesundheitsversorgung dazu

¹⁷ Punkte 6, 8 und 10 im Onkologiekonzept Hessen, Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, Hessisches Onkologiekonzept, Wiesbaden 2024, abrufbar unter https://familie.hessen.de/sites/familie.hessen.de/files/2024-12/onkologiekonzept_2024_komplett.pdf.

¹⁸ Kapitel F 1.14 im Geriatriekonzept Hessen, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Geriatriekonzept Hessen, abrufbar unter: https://familie.hessen.de/sites/familie.hessen.de/files/2024-09/geriatriekonzept_hessen.pdf.

aufgefordert, innovative Konzepte zu entwickeln, wie teilstationäre Angebote und Tageskliniken bzw. Abendkliniken zukünftig einen bedeutenderen Stellenwert in der Versorgung einnehmen können.

B.6 Grundsätze der Krankenhausplanung in der Psychiatrie

Die Krankenhausplanung für psychisch erkrankte Menschen in Hessen orientiert sich am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, gemeindenahen und integrierten Versorgungssystems. Ziel ist hierbei die bedarfsgerechte Gewährleistung einer leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung psychiatrisch erkrankter Patientinnen und Patienten.

Die Versorgung soll sich an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Menschen ausrichten und fächer- und sozialgesetzbuchübergreifend, flexibel und vernetzt erfolgen. Hierbei gilt der Leitsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“. Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen sollen entsprechend der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen einen ebenso ungehinderten und gleichberechtigten Zugang zu gemeindenahen Gesundheitsleistungen wie Menschen ohne Behinderungen haben.

Den psychiatrischen Krankenhäusern, die die Pflichtversorgung für psychisch erkrankte Personen für ihre Versorgungsregion zugewiesen bekommen haben, kommt eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu. Diese Kliniken erfüllen neben ihrem kurativen auch einen ordnungsrechtlichen Auftrag und sind nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz verpflichtet, alle Patientinnen und Patienten aus ihrer Versorgungsregion unterzubringen. Sie sind darüber hinaus gesetzlich verpflichtet, die Notfallversorgung wahrzunehmen.

Dem Land Hessen ist es ein wichtiges Anliegen, dass im psychiatrischen Kontext das gesetzlich verankerte Behandlungsangebot der stationsäquivalenten Leistungen nach § 115d Abs. 1 SGB V möglichst allen Patientinnen und Patienten in Hessen zur Verfügung steht. Auch die etablierte Praxis der Tageskliniken sowie der integrierten Tageskliniken als teilstationäres Angebot soll bestehen bleiben. Darüber hinaus wäre der Ausbau abendklinischer Angebote wünschenswert. Damit kann dem Wunsch psychisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen nachgekommen werden, dass eine erforderliche Behandlung möglichst nahe an ihrem Lebensumfeld sowie unter Berücksichtigung von Familien und anderen Bezugspersonen zuverlässig und flexibel erfolgt. Dieses Ziel wird ebenfalls durch ein flächendeckendes Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V erreicht. Hier sollte v. a. der intensivambulante Bereich gestärkt werden. Dadurch könnten zum einen stationäre Aufnahmen vermieden werden und zum anderen wäre eine verbesserte Nachbetreuung nach stationärer Behandlung möglich.

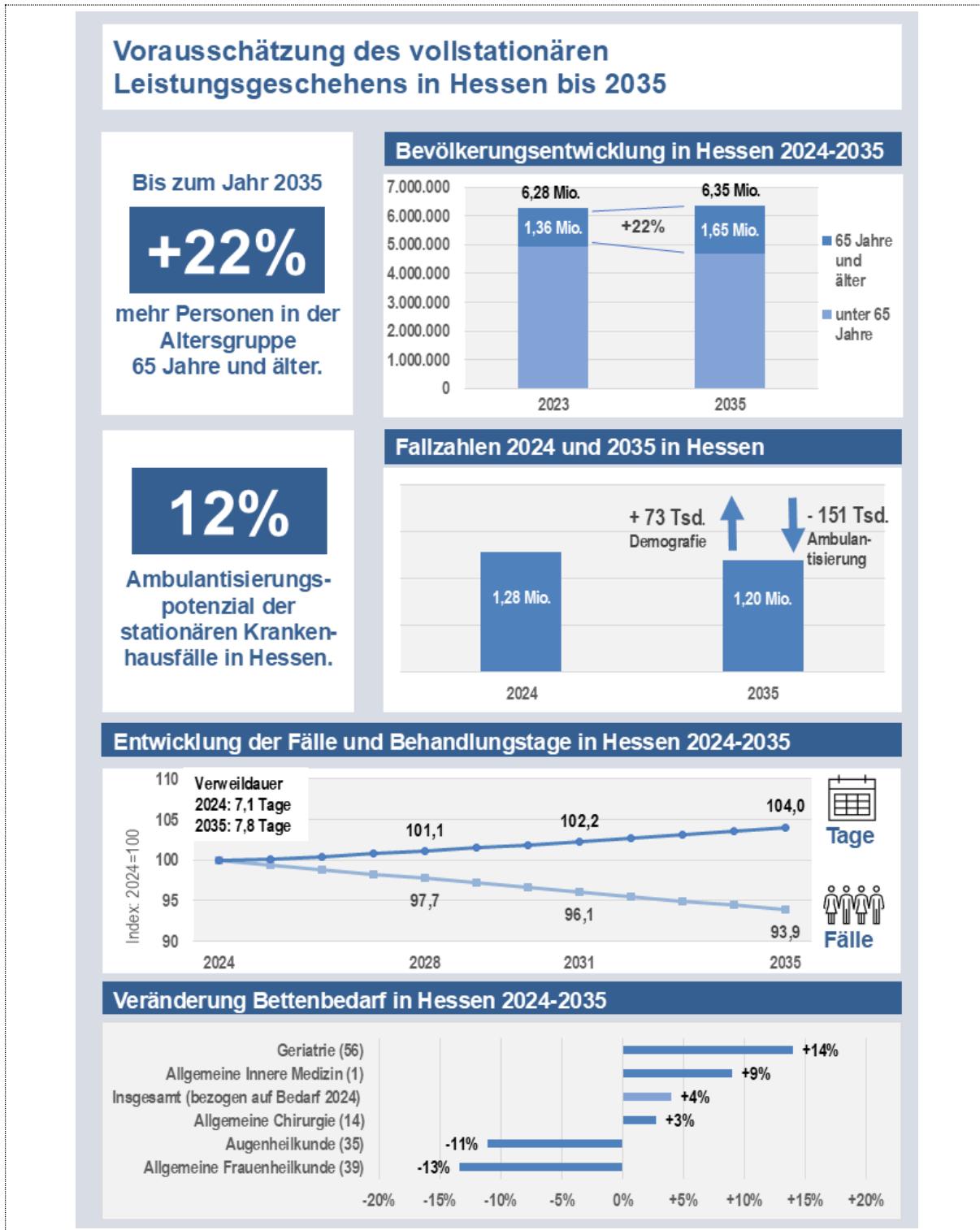
Ein wichtiges Element zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in der Psychiatrie ist der Ausbau sektorenübergreifender Behandlungsansätze. Hierfür sind vor allem die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, psychiatrische Institutsambulanzen, die Beteiligung der psychiatrischen Kliniken an den Netzverbünden nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) sowie nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ KSVPsych-RL) wichtig. Diese sektorenübergreifenden Ansätze werden vom Land Hessen unterstützt.

B.7 Grundsätze der Krankenhausplanung in der Psychosomatik

Für die psychosomatische Versorgung gelten die unter Kapitel B.5 dargelegten Methoden und Werkzeuge entsprechend. Ein besonderer Stellenwert kommt dabei tagesklinischen und teilstationären sowie auch ambulanten Psychosomatischen Institutsambulanzen (PSIA) Angeboten zu, die auch in der Psychosomatik in erheblichem Umfang zur Versorgung beitragen.

C Versorgungsbedarf in Hessen

Abbildung 1 Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehen in Hessen bis 2035



Quelle: Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

C.1 Einleitung

Die Zuweisung des stationären Leistungsangebotes, und damit auch der Leistungsgruppen, muss nach § 1 Abs. 1 HKHG bedarfsgerecht erfolgen. Neben dem aktuellen Leistungssortfolio der Krankenhäuser und der aktuellen Nachfrage nach entsprechenden Leistungsangeboten stellt der zukünftig zu erwartende Bedarf an stationären Leistungen im Krankenhaussektor ein wesentliches Element für die bedarfsgerechte Verteilung von leistungsgruppenspezifischen Versorgungsaufträgen dar. Vor diesem Hintergrund hat die HA Hessen Agentur GmbH im Auftrag des HMFG eine Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehens in Hessen bis zum Jahr 2035 vorgenommen.

Es ist geplant, die Patientenvorausberechnung in regelmäßigen Abständen fortzuschreiben, um die Entscheidung über zusätzliche Versorgungsbedarfe im Sinne von Kapitel E treffen zu können. Falls es darüber hinaus zu wesentlichen Änderungen der Grundlagen kommt, soll diese Prognose aktualisiert werden. Wesentliche Änderungen wären z. B. Änderungen in der Definition oder Abgrenzung der Leistungsgruppen, Änderungen des AOP-Kataloges oder Änderungen in der Inanspruchnahme der stationären Versorgung etwa durch eine Ausweitung des SaN-Projektes oder des gemeinsamen Tresens (siehe Kapitel G.3). Die erste Fortschreibung der Patientenvorausberechnung wird erfolgen, sobald die Leistungszahlen des Jahres 2025 vorliegen. Diese wird auch für die Auswahlentscheidung nach Kapitel D.1 maßgeblich sein.

Die vorliegende Vorausschätzung beschreibt den nach aktueller Rechtslage zu erwartenden Versorgungsbedarf bis zum Jahr 2035.

C.2 Methodik

Die Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehens der Krankenhäuser in Hessen umfasst zwei wesentliche Elemente: Zum einen die zu erwartende demografische Entwicklung in Hessen (Demografie-Faktor), zum anderen Annahmen zur Ambulantisierung (Ambulantisierungs-Faktor). Unter Ambulantisierung wird dabei der Trend zu einer zunehmenden ambulanten Versorgung von vormals vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten verstanden. Weitere Annahmen, wie z. B. der medizinisch-technische Fortschritt oder eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch veränderte Lebensweisen, werden explizit ausgeklammert, da die sich daraus ergebenden Effekte schwer vorhersehbar und kaum operationalisierbar sind.

Sowohl für die Bestimmung des Demografie-Faktors als auch des Ambulantisierungs-Faktors werden als Ausgangsbasis die Krankenhausleistungsdaten des Jahres 2024 (Daten nach § 21 Abs. 3 Nr. 3 KHEntgG) herangezogen. Dies hat zwei Gründe: Erstens handelt

es sich bei den Daten des Berichtsjahres 2024 um die zum Zeitpunkt der Berechnung am aktuellsten verfügbaren Daten. Zweitens beinhaltet diese Datenlieferung des InEK erstmalig die Zuordnung der Fälle zu den neu eingeführten Leistungsgruppen.

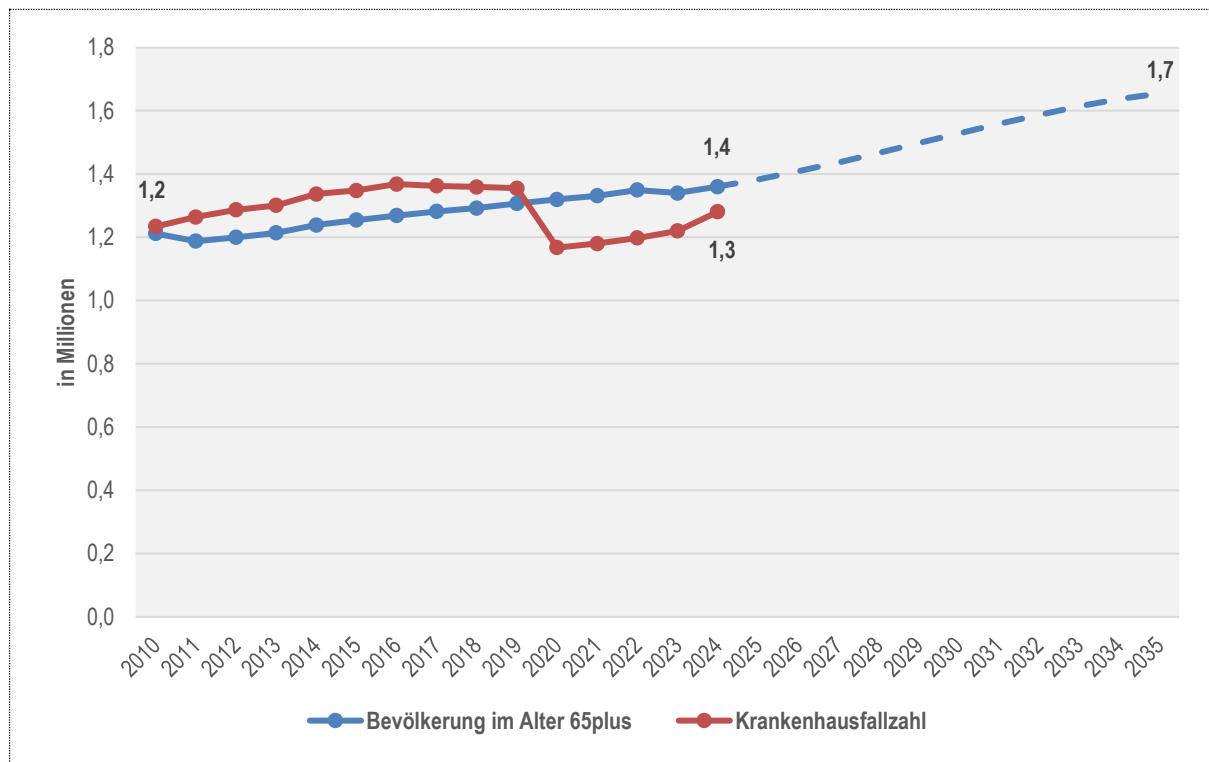
C.2.1 Demografie-Faktor

Grundlegend für die Vorausschätzung des stationären Leistungsgeschehens ist die demografische Entwicklung in Hessen. Der Blick in die Vergangenheit zeigt, dass es eine starke Korrelation zwischen der Zahl der in Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten und der Einwohnerzahl sowie der Altersstruktur der Bevölkerung gibt. Dies wird in Abbildung 1 deutlich. Dort ist für den Zeitraum 2010 bis 2024 die Entwicklung der Krankenhausfälle (rote Linie) sowie die Entwicklung der besonders krankenhausrelevanten Bevölkerungsgruppe im Alter von 65 Jahren und älter (blaue Linie) dargestellt. Abgesehen von dem sehr deutlichen Knick bei der Krankenhausfallzahl im Jahr 2020, der seine Erklärung in der Corona-Pandemie findet, zeigen die beiden Linien ähnliche Entwicklungstendenzen und verlaufen in vielen Bereichen nahezu parallel. Der leichte Knick zwischen den Jahren 2022 und 2023 ist auf den Zensus 2022 zurückzuführen, der zu einer Aktualisierung der Bevölkerungszahl in Hessen sowie innerhalb der betrachteten Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren geführt hat.

In Abbildung 2 ist auch die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungsgruppe im Alter von 65 Jahren und älter bis 2035 dargestellt (blau gestrichelte Linie). Es zeigt sich ein deutlich ansteigender Trend. Die Zahl der Menschen in Hessen im Alter von 65 Jahren und älter ist von 1,2 Millionen im Jahr 2010 auf 1,4 Millionen im Jahr 2024 angestiegen. Bis zum Jahr 2035 ist mit einem weiteren deutlichen Anstieg von 1,4 auf 1,7 Millionen zu rechnen. Dieser enorme Anstieg ist auf die sogenannten Babyboomer-Jahrgänge zurückzuführen. Hierbei handelt es sich um die geburtenstarken Jahrgänge in Deutschland, die von Mitte der 1950er bis Ende der 1960er Jahre geboren wurden.¹⁹ Der geburtenstärkste Jahrgang war im Jahr 1964 mit deutschlandweit 1,36 Millionen Kindern. Dieser Jahrgang feiert im Jahr 2029 den 65. Geburtstag und kommt damit in ein Alter, in dem Krankenhausbehandlungen häufiger werden. Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen wird daher allein die demografische Entwicklung in Hessen dafür sorgen, dass es zu einer deutlichen Fallzahlsteigerung in den hessischen Krankenhäusern kommt.

¹⁹ Pötzsch, O., zur Nieden, F. (2024), Die Babyboomer: Auf dem Gipfel der demografischen Welle. Statistisches Bundesamt WISTA 2024(1), https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2024/01/die-babyboomer-012024.pdf?__blob=publicationFile.

Abbildung 2 Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2010-2024 sowie der Bevölkerungsgruppe im Alter von 65 Jahren und älter 2010-2035



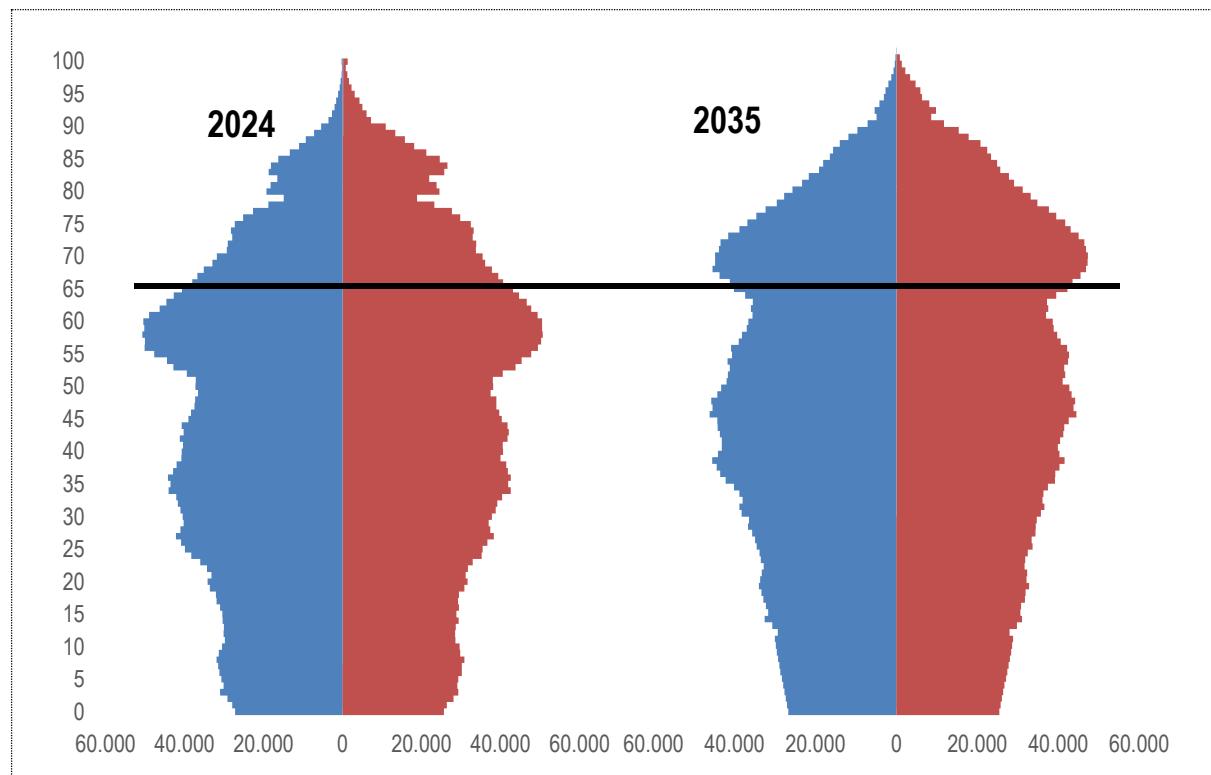
Quelle: HSL 2024, Daten nach § 21 KHEntgG 2024, HMWVW 2025, HMFG 2024, Hessen Agentur.

Anhand der Bevölkerungspyramiden in Abbildung 3 können die anstehenden demografischen Veränderungen in Hessen sehr plastisch veranschaulicht werden. Die linke Bevölkerungspyramide zeigt für das Jahr 2024 den Besatz der einzelnen Altersjahre getrennt nach Geschlecht. In der rechten Bevölkerungspyramide ist der erwartete Altersjahrbesatz für das Jahr 2035 dargestellt. Die schwarze Linie markiert das Alter von 65 Jahren. Während sich im Jahr 2024 der Großteil der Babyboomer-Jahrgänge noch unterhalb der schwarzen Linie befindet, haben im Jahr 2035 fast alle Babyboomer-Jahrgänge das 65. Lebensjahr erreicht. Dies weist auf eine weitere Herausforderung in den kommenden Jahren hin. Durch das Älterwerden der geburtenstarken Babyboomer-Jahrgänge kommen nicht nur immer mehr Menschen in ein Alter, in dem Krankenhausbehandlungen häufiger werden. Es erreichen auch immer mehr Menschen das Renteneintrittsalter und stehen dem Arbeitsmarkt nicht mehr als Fachkräfte zur Verfügung. Der Gesundheitssektor steht daher angesichts des demografischen Wandels von zwei Seiten unter Druck: zum einen durch den absehbaren Anstieg der Zahl behandlungsbedürftiger Personen, zum anderen durch die sich weiter verschärfende Fachkräftesituation im Gesundheitswesen, die bereits jetzt sehr angespannt ist.

Abbildung 3 zeigt einen weiteren demografischen Effekt. In der linken Bevölkerungspyramide sind unterhalb der schwarzen Linie drei Wellen zu erkennen. Die von oben gesehen

erste und ausgeprägteste Welle mit den stärksten Besätzen in den entsprechenden Altersjahren zeigt die bereits thematisierten Babyboomer-Jahrgänge. Die zweite Welle ist nicht mehr ganz so stark besetzt und liegt im Bereich der 20- bis 40-Jährigen. Die dazugehörigen Personen sind die Kinder der Babyboomer-Jahrgänge. Schließlich folgt mit den Enkeln der Babyboomer-Jahrgänge eine wiederum schwächer ausgeprägte dritte Welle im Alter zwischen 0 und 10 Jahren. Diese dritte Welle spiegelt sich auch bei den Geburten in Hessen wider. Ab dem Jahr 2014 ist ein deutlicher Anstieg bei den Geburten zu beobachten, der im Jahr 2018 mit rund 61.000 Geburten seinen Höhepunkt fand und seitdem wieder rückläufig ist und dies in Zukunft voraussichtlich auch bleiben wird.²⁰ Der dadurch entstehende Bevölkerungseffekt ist in der rechten Bevölkerungspyramide für das Jahr 2035 gut erkennbar. Mit dem Fortsetzen des rückläufigen Geburtentrends wird es sichtlich weniger Kinder in Hessen geben.

Abbildung 3 Bevölkerungspyramiden 2024 und 2035, Hessen



Anmerkung: Personen im Alter von 100 Jahren und älter sind nicht dargestellt.

Quelle: HSL 2024, HMWVV 2025, Hessen Agentur.

²⁰ Eine Ausnahme stellt das Jahr 2021 dar, in dem die Zahl der Geburten in Hessen nochmals deutlich anstieg. Dieser kleine Babyboom ist auf die Corona-Pandemie zurückzuführen, was von Autoren des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung treffend als „Geburtenzahlen während Covid-19-Pandemie auf Achterbahnfahrt“ beschrieben wird (Sobotka, T. et al., Pandemic Roller-Coaster? Birth Trends in Higher-Income Countries During the COVID-19 Pandemic. Population and Development Review 2023).

Die in Abbildung 2 und Abbildung 3 gezeigten demografischen Entwicklungen gelten für das Bundesland Hessen. Regional können diese Entwicklungen unterschiedlich ausfallen. Daher wurden auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte geschlechts- und altersgruppenspezifische Krankenhaushäufigkeiten berechnet. Je Altersgruppe (5-Jahres-Schritte), Geschlecht und regionaler Einheit wurden die jeweiligen Krankenhausfälle des Jahres 2024 auf die entsprechende Einwohnerzahl des Jahres 2024 bezogen. Die so ermittelten Krankenhaushäufigkeiten wurden in einem weiteren Schritt mit der Bevölkerungsprognose der Hessen Agentur verknüpft und dadurch das vollstationäre Leistungsgeschehen aus dem Jahr 2024 bis 2035 fortgeschrieben. Als Bevölkerungsprognose wurde die Bevölkerungsvorausschätzung, die als Grundlage der Landesentwicklungsplanung in Hessen dient, herangezogen.²¹ Eine Besonderheit stellen die Patientinnen und Patienten dar, die in hessischen Krankenhäusern behandelt wurden, jedoch ihren Wohnort außerhalb Hessens haben. Es wird angenommen, dass der Anteil dieser Patientinnen und Patienten an der Patientenzahl insgesamt unverändert bleibt. Die „Patientenwanderungen“ werden also konstant gehalten. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten aus Hessen, die in anderen Bundesländern vollstationär behandelt werden. Zudem werden innerhessische „Patientenwanderungen“ fixiert und entsprechend fortgeschrieben.

C.2.2 Ambulantisierungs-Faktor

Der Trend zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen wird sich in den kommenden Jahren verstärken. Dies ist in der Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehens zu berücksichtigen. Daher wurden die Krankenhausleistungsdaten des Jahres 2024 mit dem aktuellen „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“ (AOP-Katalog) des Jahres 2025 abgeglichen. In diesem Katalog sind Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) von Behandlungen definiert, die grundsätzlich auch ambulant erbracht werden können. Im Jahr 2024 hatten insgesamt 27 % der in hessischen Krankenhäusern vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten²² einen entsprechenden OPS-Kode in den Krankenhausdaten kodiert. Allerdings bedeutet dies nicht, dass auch 27 % der Krankenhausfälle tatsächlich ambulant versorgt werden könnten. Im AOP-Katalog 2025 sind deswegen sogenannte Kontextfaktoren definiert. Es handelt sich hierbei um patientenbezogene Kriterien, die eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit anzeigen. Zu den Kontextfaktoren zählen u. a. bestimmte Diagnosen und Operationen, bei denen eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus zwingend erforderlich ist.

²¹ Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr, Wohnen und ländlichen Raum, Ergebnisse der Bevölkerungsvorausschätzung für Hessen und seine Regionen als Grundlagen der Entwicklungsplanung, Wiesbaden, 2025.

²² Ohne Entbindungen und Neugeborene.

Die Systematik des AOP-Katalogs 2025 kann an folgendem Beispiel erläutert werden:
Bei einem Patienten wird in einem Krankenhaus eine transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung (OPS-Kode 1-275) durchgeführt. Die transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung ist im AOP-Katalog 2025 aufgeführt und gilt als prinzipiell ambulant erbringbar. Der Patient befindet sich allerdings aufgrund eines akuten Myokardinfarkts (ICD-Kode I21) im Krankenhaus. Diese Diagnose wird in der Liste des Kontextfaktors „nicht ambulant durchführbare Diagnosen“ aufgelistet. Die Diagnose zeigt also eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit an. Ein Ambulantisierungspotenzial ist dementsprechend nicht gegeben. Dies würde sich aber anders verhalten, wenn kein Kontextfaktor für den Patienten zuträfe. In diesem Fall würde der Patient als potenziell ambulantisierbar gelten.

Zu den regulären operationalisierbaren Kontextfaktoren im AOP-Katalog 2025 zählen im Einzelnen:

- bestimmte stationäre Diagnosen,
- bestimmte stationäre Prozeduren und Operationen,
- motorische und kognitive Funktionseinschränkungen der Patientin bzw. des Patienten,
- ein bestehender Pflegegrad 4 oder 5 (Gebrechlichkeit),
- bestimmte beidseitige Operationen,
- Kinder im ersten Lebensjahr, Kinder bis 12 Jahre in Kombination mit einem Pflegegrad sowie Kinder bis 16 Jahre mit angeborenen Herzfehlern und bestimmten OPS-Kodes,
- bestimmte ophthalmologische Begleiterkrankungen und
- eine Beatmung während des Krankenhausaufenthalts.

Nach Anwendung der im AOP-Katalog 2025 genannten Kontextfaktoren verbleiben 18 % der Krankenhausfälle in Hessen als potenziell ambulantisierbar. Dies deckt sich auch mit dem Ergebnis der Studie „Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkranken-

häusern“,²³ die auf Basis des AOP-Katalogs 2023 einen Anteil von 19 % als ambulantsierbare Fälle identifiziert hat.

Zusätzlich zu den offiziellen im AOP-Katalog 2025 genannten Kontextfaktoren werden in dieser Vorausschätzung weitere Kontextfaktoren berücksichtigt, um das tatsächlich zur Verfügung stehende Ambulantisierungspotenzial noch besser einzugrenzen. Zu diesen zusätzlichen Kontextfaktoren zählen:

- nicht regulär entlassene Patientinnen und Patienten,²⁴
- aus anderen Krankenhäusern zuverlegte Patientinnen und Patienten,²⁵
- Patientinnen und Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt von mehr als drei Tagen,²⁵
- Patientinnen und Patienten mit einem Patient Clinical Complexity Level von 4 und höher.²⁵

Die zusätzlichen Kontextfaktoren wurden teilweise aus bestehenden Überlegungen und Konzeptionen entnommen. So gelten auch im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen Patientinnen und Patienten als nicht ambulantisierbar, die nicht regulär entlassen oder aus anderen Krankenhäusern verlegt wurden. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten mit einem Krankenaufenthalt von mehr als drei Tagen.²⁵ Der zusätzliche Kontextfaktor „Patient Clinical Complexity Level von 4 und höher“ wurde aus dem Gutachten zum Ambulantisierungspotenzial des IGES-Instituts entnommen.²⁶

Nach Berücksichtigung der acht regulären und der vier zusätzlichen Kontextfaktoren verbleibt ein Anteil von 12 % der Krankenhausfälle als berechnetes Ambulantisierungspotenzial. Wie stark die Effekte der einzelnen Kontextfaktoren sind, ist in Abbildung 4 dargestellt. Es ist gut zu erkennen, wie mit Hinzukommen eines weiteren Kontextfaktors das Ambulantisierungspotenzial (dunkelblau) abnimmt. Die Farbe dunkelgrün zeigt den ausschließlichen Effekt des neu hinzukommenden Kontextfaktors an. Falls neben dem neu hinzukommenden Kontextfaktor bereits vorherige Kontextfaktoren zutreffend sind, ist dies mit der

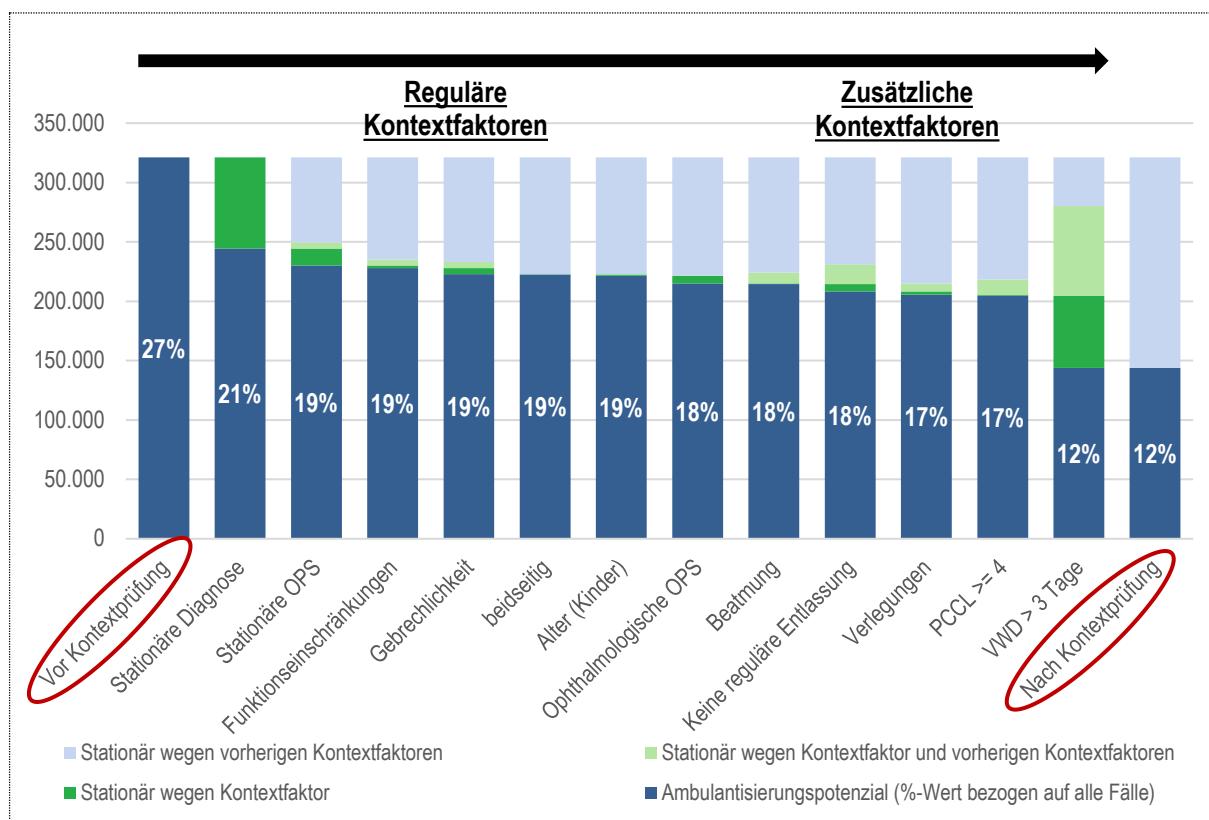
23 Pioch, C. et al., Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkrankenhäusern, 2023, S. 8, https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/Endbericht_AMBPO_30-11-23.pdf.

24 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, Düsseldorf, 2022, S. 109, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/krankenhausplan_nrw_2022.pdf.

25 IGES Institut, Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGV, Berlin, 2022, S. 225. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf

Farbe hellgrün dargestellt. Mit hellblau ist schließlich der Effekt dargestellt, der ausschließlich auf vorherigen Kontextfaktoren beruht. Auch wenn die Reihenfolge der Nennung der einzelnen Kontextfaktoren eine Rolle spielt, wird durch die Abbildung deutlich, dass zwei Kontextfaktoren dominieren. Es handelt sich hierbei um den regulären Kontextfaktor „Stationäre Diagnose“ sowie um den zusätzlichen Kontextfaktor „Verweildauer > drei Tage“.

**Abbildung 4 Ambulantierungspotenzial in den hessischen Krankenhäusern:
Auswirkung der regulären Kontextfaktoren und zusätzlichen Kontextfaktoren**



Quelle: Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

Das identifizierte Ambulantierungspotenzial in Höhe von 12 % der Krankenhausfälle kann dem ambulanten Sektor nicht unmittelbar zugeordnet werden, da davon ausgegangen werden muss, dass die Ambulantierung schrittweise erfolgt und erst entsprechende ambulante Behandlungsstrukturen geschaffen werden müssen. In der Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehens in den hessischen Krankenhäusern wird deshalb davon ausgegangen, dass das im vorherigen Schritt beschriebene ambulantierbare Potenzial schrittweise bis zum Jahr 2035 ausgeschöpft wird und die Entwicklung linear ansteigend verläuft.

An dieser Stelle wird explizit darauf hingewiesen, dass andere Studien, die sich z. B. ausschließlich an den Vorschlägen aus dem Gutachten des IGES-Instituts (2022) orientieren,

ggf. ein höheres Ambulantisierungspotenzial ausweisen. Für die hier dargestellten Berechnungen gilt jedoch der AOP-Katalog 2025 als Ausgangsbasis und damit das geltende Recht zum Zeitpunkt der Erstellung der Vorausschätzung. Dass für die Ambulantisierung ein höheres Potenzial besteht, wird ausdrücklich nicht bestritten.

Neben dem AOP-Katalog steht mit dem Hybrid-DRG-Katalog ein weiteres Instrument zur Verfügung, das die Förderung der Ambulantisierung zum Ziel hat. Das Hybrid-DRG-System sieht eine einheitliche Vergütung definierter medizinischer Leistungen vor – unabhängig davon, ob diese stationär oder ambulant erbracht werden. Im Berichtsjahr 2024 liegen erstmals Daten zu Hybrid-DRGs aus hessischen Krankenhäusern vor. Insgesamt wurden hessenweit 22.400 Hybrid-DRG-Fälle dokumentiert. Eine Analyse dieser Fälle zeigt, dass mit einem Anteil von 95 % nahezu alle über die oben beschriebene Methode als potenziell ambulant durchführbar eingestuft sind. Vor diesem Hintergrund bleibt die bisher genutzte Methode zur Abschätzung des Ambulantisierungspotenzials weiterhin valide. Eine Anpassung oder Erweiterung ist derzeit nicht erforderlich. Änderungen des AOP-Kataloges werden bei der Fortschreibung der Patientenvorausberechnung berücksichtigt.

C.3 Ergebnisse

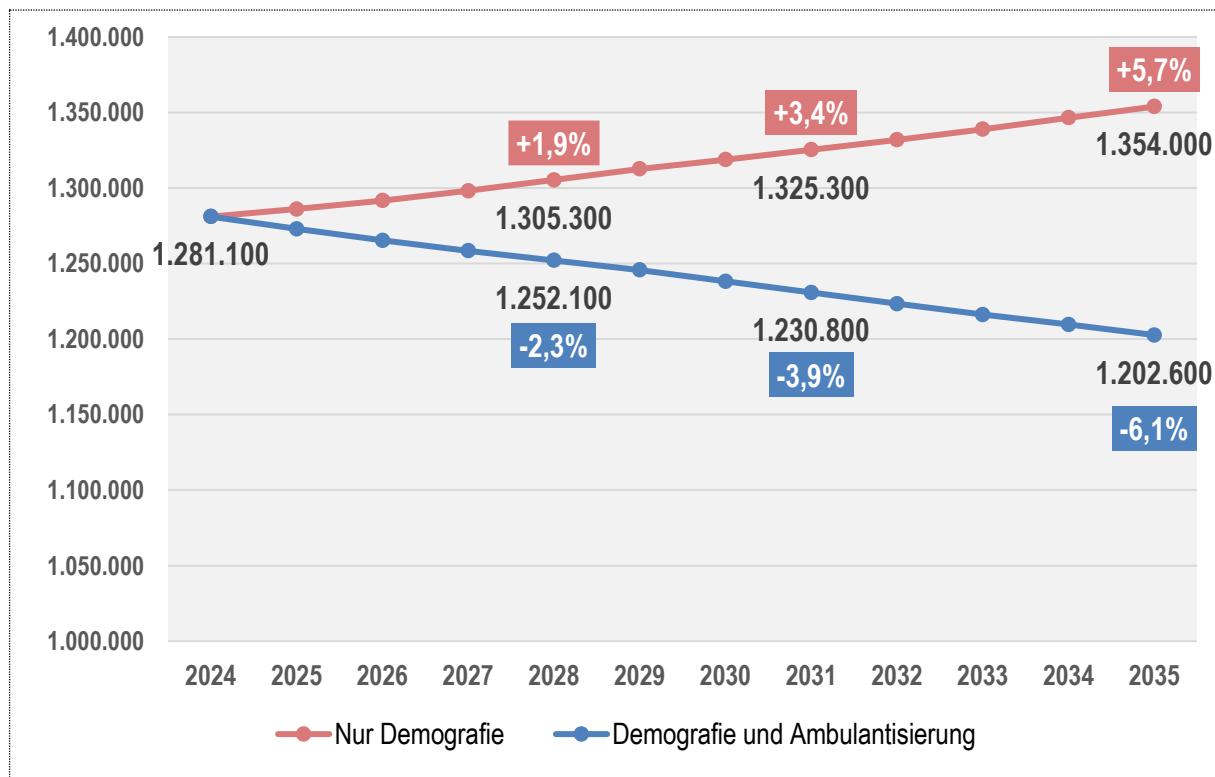
Aufbauend auf der zuvor dargestellten Methodik sind nachfolgend zunächst die Ergebnisse der Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehens für Hessen, für die hessischen Versorgungsgebiete sowie für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte bis zum Jahr 2035 abgebildet. Teilstationäre Fälle werden in den nachfolgenden Betrachtungen nicht berücksichtigt. Daran anschließend werden die Ergebnisse auf Ebene der in Anlage 1 zu § 135e SGB V genannten Leistungsgruppen dargestellt. Die Ergebnisse sind auf den Wohnort der Patientinnen bzw. Patienten und nicht auf den Behandlungsort bezogen.

C.3.1 Hessen

Wird allein die demografische Entwicklung für die Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehens herangezogen, dann ist davon auszugehen, dass sich die Fallzahl in Hessen aufgrund der Alterung der Bevölkerung bis zum Jahr 2035 um insgesamt 5,7 % erhöht. Dies entspricht einer Fallzahlsteigerung von rund 73.000 Fällen gegenüber dem Basisjahr 2024, wobei die Steigerung im Betrachtungszeitraum nahezu linear verläuft. Bei Hinzunahme des Ambulantisierungs-Faktors als zweite Determinante ändert sich der zukünftige Verlauf der Fallzahlentwicklung deutlich. Danach zeigt die Fallzahlentwicklung bis zum Jahr 2035 eine linear fallende Tendenz bis zum Jahr 2035. Bei Hebung des in Kapitel C.2.2 beschriebenen Ambulantisierungspotenzials bis 2035 ist im stationären Bereich von einem Fallzahlenrückgang von -6,1 % gegenüber dem Basisjahr 2024 auszugehen. Das

entspricht einem Fallzahnrückgang von rund 78.500 Fällen (vgl. Abbildung 5). Die Prognoseergebnisse der Variante, die ausschließlich den Demografie-Faktor berücksichtigt, und der Variante, bei der neben dem Demografie-Faktor auch der Ambulantisierungs-Faktor einbezogen wird, unterscheiden sich in ihrem Endwert im Jahr 2035 um 11,8 Prozentpunkte bzw. mit 151.400 Fällen deutlich.

Abbildung 5 Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035

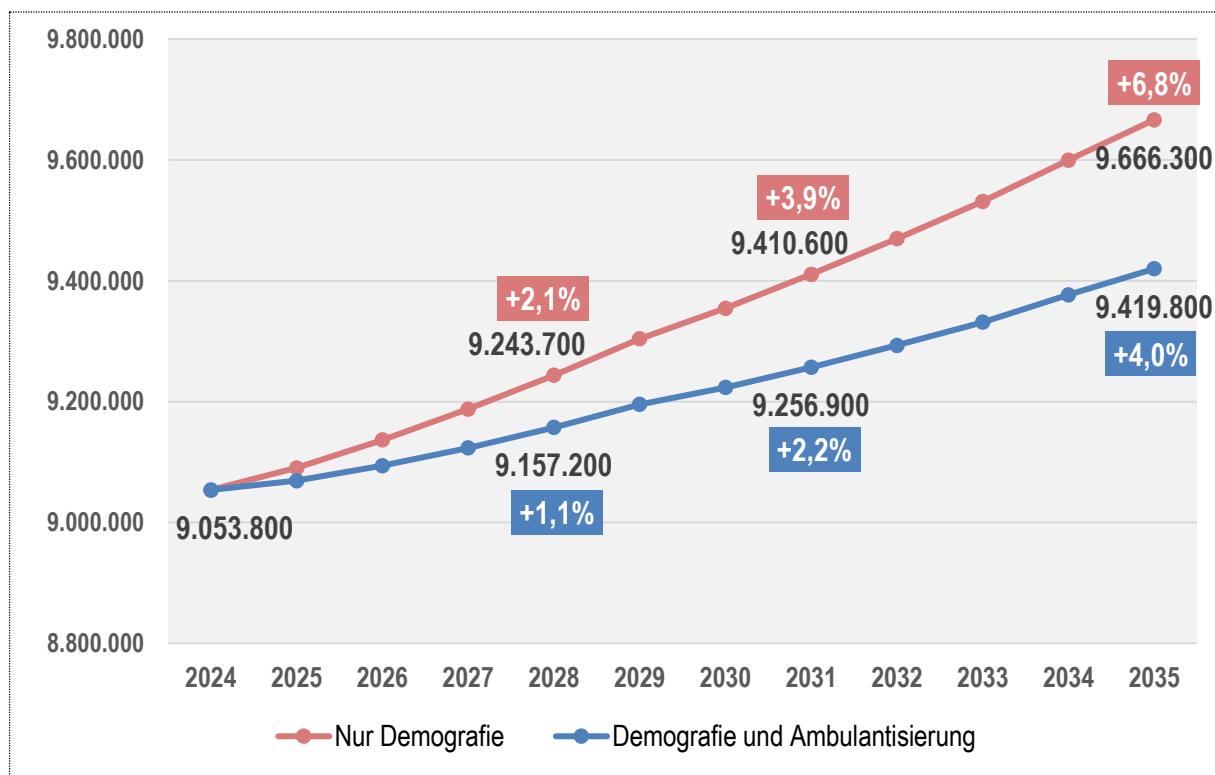


Quelle: Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

Während sich die Entwicklung der Fallzahlen hinsichtlich der unterschiedlichen Annahmen divergent verhält, zeigen beide Varianten (mit Demografie gegenüber mit Demografie und Ambulantisierung) beim Verlauf der Behandlungstage eine ähnliche Tendenz (vgl. Abbildung 6). Beide Varianten zeigen bis zum Jahr 2035 einen deutlichen Anstieg der Behandlungstage. In der Variante mit ausschließlicher Berücksichtigung der Demografie ist ein Anstieg von +6,8 % zu erwarten, in der Variante mit Berücksichtigung von Demografie und Ambulantisierung fällt der Anstieg mit +4,0 % zwar etwas geringer aus, steigt im Unterschied zur Fallzahlentwicklung aber dennoch deutlich an. Dies erklärt sich dadurch, dass bis zum Jahr 2035 zwar viele der aktuell stationär versorgten Fälle voraussichtlich ambulant versorgt werden können, diese Fälle aber aktuell sehr kurze Verweildauern im stationären Setting aufweisen. Durch Herausziehen dieser Fälle mit kurzen Verweildauern ist zukünftig von einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und

Patienten im stationären Bereich auszugehen. Für Hessen insgesamt ist bis zum Jahr 2035 ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer um 0,8 Tage auf 7,8 Tage zu erwarten. Folglich dürfte auch die Zahl der benötigten Betten entsprechend anwachsen, soweit dies nicht mit den eventuell derzeit vorhandenen Überkapazitäten aufgefangen werden kann.

Abbildung 6 Entwicklung der Behandlungstage in hessischen Krankenhäusern 2024-2035



Quelle: Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

Die zuvor dargestellten Ergebnisse zur künftig zu erwartenden Fallzahlentwicklung und zur Entwicklung der Anzahl der Behandlungstage für Hessen insgesamt verdeutlichen die unterschiedlichen Auswirkungen der beiden Modellannahmen. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren ausschließlich auf der Kombination der Faktoren Demografie und Ambulantisierung.

C.3.2 Versorgungsgebiete

In Hessen erfolgt die Krankenhausplanung regional strukturiert nach sechs Versorgungsgebieten. Es handelt sich um die Versorgungsgebiete Kassel, Fulda-Bad Hersfeld, Gießen-Marburg, Frankfurt-Offenbach, Wiesbaden-Limburg und Darmstadt. Auf Ebene dieser Versorgungsgebiete zeichnen sich unterschiedliche Entwicklungsmuster der Leistungsparameter bis zum Jahr 2035 ab (vgl. Tabelle 6). Die drei nördlich gelegenen

Versorgungsgebiete (Kassel, Fulda-Bad Hersfeld und Gießen-Marburg) verzeichnen einen Rückgang der Fälle von 6,2 % und mehr. Damit fällt hier der Rückgang deutlicher aus als hessenweit (-6,1 %). Die übrigen drei Versorgungsgebiete Wiesbaden-Limburg, Frankfurt-Offenbach sowie Darmstadt zeigen ebenfalls eine rückläufige Tendenz bei den Fallzahlen. Allerdings ist hier bis zum Jahr 2035 der rückläufige Trend schwächer ausgeprägt als in Hessen insgesamt. Bezogen auf die Zahl der Fälle, die in den ambulanten Sektor übergehen, weist das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach mit ca. 48.100 Fällen das größte prognostizierte Ambulantisierungspotenzial auf. Bei den Versorgungsgebieten Fulda-Bad Hersfeld und Wiesbaden-Limburg sind es mit rund 12.300 bzw. rund 12.200 deutlich weniger Fälle.

Bei der zukünftigen Entwicklung der Behandlungstage sind ebenfalls Unterschiede zwischen den Versorgungsgebieten feststellbar. Allerdings folgt die versorgungsgebietsspezifische Entwicklung dem hessenweiten Trend bis 2035. Es ist in allen Versorgungsgebieten eine Zunahme der Behandlungstage zu erwarten. Am deutlichsten fällt das Wachstum in den Versorgungsgebieten Frankfurt-Offenbach (+6,1 %) sowie Darmstadt (+5,6 %) aus, gefolgt von den Versorgungsgebieten Wiesbaden-Limburg (+4,5 %) und Gießen-Marburg (+4,1 %). In den beiden nördlichen Versorgungsgebieten Fulda-Bad Hersfeld (+2,1 %) und Kassel (+1,1 %) fällt der Anstieg hingegen schwächer aus. Dies lässt sich auf die unterschiedlichen demografischen Gegebenheiten in den einzelnen hessischen Regionen zurückführen. Während in Südhessen rund um das Rhein-Main-Gebiet künftig mit weiter ansteigenden Bevölkerungszahlen zu rechnen ist, wird in den ländlich geprägten Regionen Nord- und Mittelhessens ein Bevölkerungsrückgang erwartet. Gleichzeitig spielt aber auch die Altersstruktur der Bevölkerung eine Rolle, da der Anteil der älteren Menschen in Nord- und Mittelhessen stärker ansteigen wird als in Südhessen.

Tabelle 6 Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Versorgungsgebieten (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)²⁶

Versorgungsgebiet	2024	2028	2031	2035	beinhaltet: Abgabe an ambulanten Sektor	Verände- rung absolut 2024-2035	Verände- rung relativ 2024-2035
Fälle							
VG Kassel	194.486	188.000	183.800	178.700	-20.500	-15.800	-8,1 %
VG Fulda-Bad Hersfeld	103.827	100.100	97.900	95.200	-12.300	-8.600	-8,3 %
VG Gießen-Marburg	215.144	210.200	206.600	201.700	-25.700	-13.400	-6,2 %
VG Frankfurt-Offenbach	388.757	383.200	377.900	370.300	-48.100	-18.500	-4,8 %
VG Wiesbaden-Limburg	109.435	107.000	105.300	103.400	-12.200	-6.100	-5,5 %
VG Darmstadt	165.013	162.000	159.900	157.200	-20.000	-7.900	-4,8 %
Fälle mit Wohnort außerhalb Hessens	104.500	101.700	99.400	96.100	-12.500	-8.300	-8,0 %
Hessen	1.281.124	1.252.100	1.230.800	1.202.600	-151.300	-78.500	-6,1 %
Tage							
VG Kassel	1.345.167	1.342.500	1.347.600	1.360.100	-	+15.000	+1,1 %
VG Fulda-Bad Hersfeld	688.539	686.900	692.200	702.700	-	+14.100	+2,1 %
VG Gießen-Marburg	1.562.201	1.579.500	1.597.800	1.626.600	-	+64.400	+4,1 %
VG Frankfurt-Offenbach	2.624.069	2.679.800	2.720.600	2.784.100	-	+160.000	+6,1 %
VG Wiesbaden-Limburg	753.981	763.600	772.400	787.600	-	+33.600	+4,5 %
VG Darmstadt	1.115.013	1.134.100	1.151.700	1.177.500	-	+62.500	+5,6 %
Fälle mit Wohnort außerhalb Hessens	964.800	970.800	974.600	981.200	-	+16.400	+1,7 %
Hessen	9.053.790	9.157.200	9.256.900	9.419.800	-	+366.000	+4,0 %
Verweildauer							
VG Kassel	6,9	7,1	7,3	7,6	-	+0,7	+10,0 %
VG Fulda-Bad Hersfeld	6,6	6,9	7,1	7,4	-	+0,7	+11,3 %
VG Gießen-Marburg	7,3	7,5	7,7	8,1	-	+0,8	+11,0 %
VG Frankfurt-Offenbach	6,7	7,0	7,2	7,5	-	+0,8	+11,4 %
VG Wiesbaden-Limburg	6,9	7,1	7,3	7,6	-	+0,7	+10,5 %
VG Darmstadt	6,8	7,0	7,2	7,5	-	+0,7	+10,8 %
Fälle mit Wohnort außerhalb Hessens	9,2	9,5	9,8	10,2	-	+1,0	+10,6 %
Hessen	7,1	7,3	7,5	7,8	-	+0,8	+10,8 %

Quelle: Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

26 Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

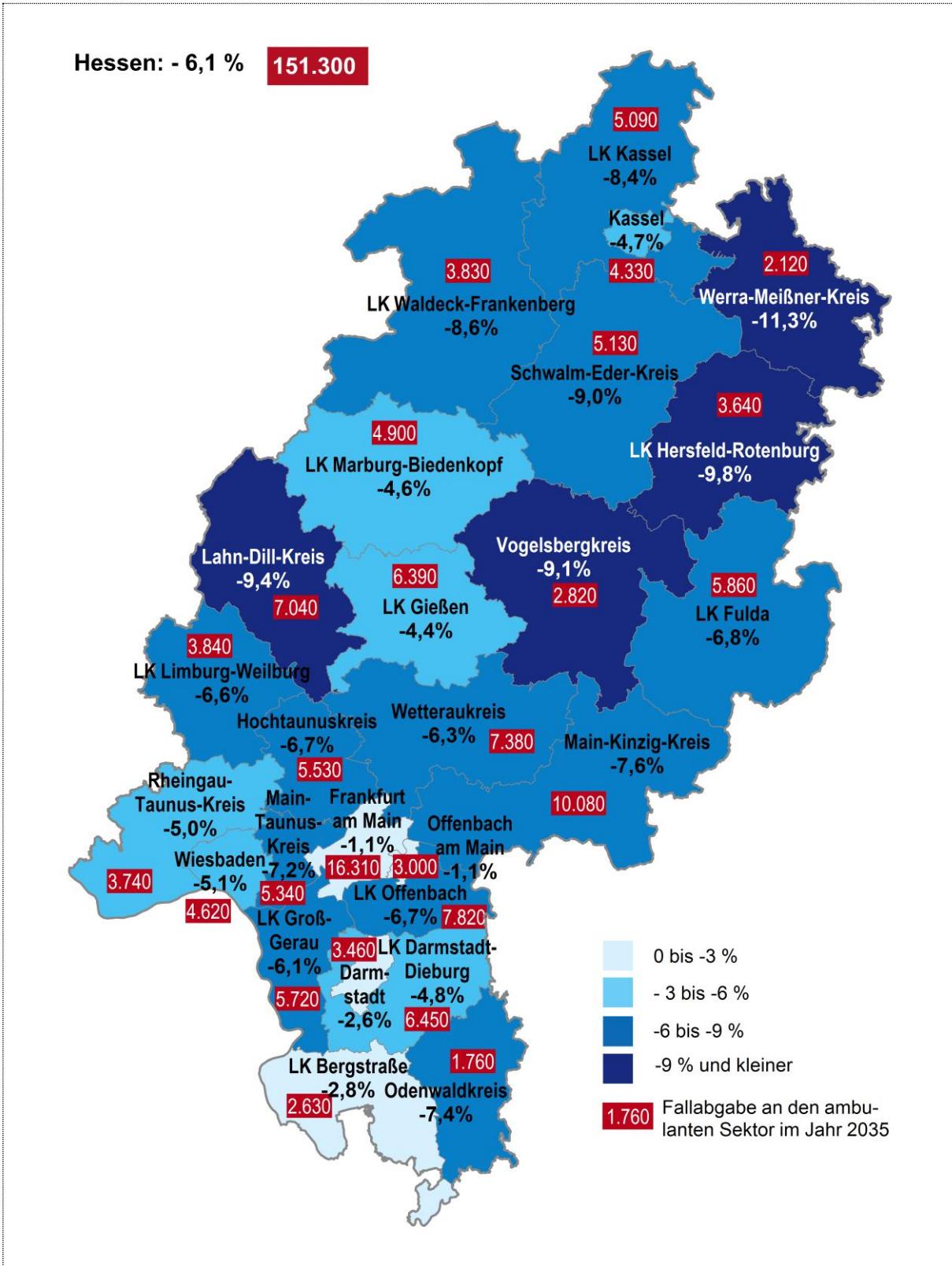
C.3.3 Landkreise und kreisfreie Städte

Auf Ebene der hessischen Landkreise und kreisfreien Städte zeigen sich in der Entwicklung bis zum Jahr 2035 darüber hinaus weitere regionale Unterschiede. Die Ergebnisse der Fallzahlentwicklung sind in Abbildung 7 in Form einer Karte dargestellt. Die Karte zeigt die prognostizierte Veränderung der vollstationären Fallzahlen im stationären Sektor in Hessen bis zum Jahr 2035. Insgesamt wird ein Rückgang von 6,1 % erwartet. Die Einführung der Landkreise veranschaulicht die Spannweite regionaler Entwicklungen: Während städtische Gebiete wie Frankfurt am Main mit nur -1,1 % relativ geringe Rückgänge verzeichnen, weisen ländliche Regionen wie der Werra-Meißner-Kreis (-11,3 %) oder der Landkreis Hersfeld-Rotenburg (-9,8 %) deutlich stärkere Rückgänge auf. Insgesamt zeigt die Karte eine klare Tendenz: Je ländlicher die Region, desto größer ist der prognostizierte Rückgang der stationären Fälle.

Die Zahlen in den roten Kästen zeigen die absolute Fallabgabe an den ambulanten Sektor pro Landkreis. Frankfurt zeigt mit 16.310 Fällen die höchste Abgabe, gefolgt vom Main-Kinzig-Kreis (10.080 Fälle). Dabei ist zu beachten, dass die absolute Zahl der ambulantsierbaren Fälle in Zusammenhang mit der stationären Fallzahl in den einzelnen Regionen steht. So haben die großen kreisfreien Städte in Hessen viele Krankenhausfälle und damit auch eine höhere Fallzahl, die an den ambulanten Sektor abgegeben werden kann.

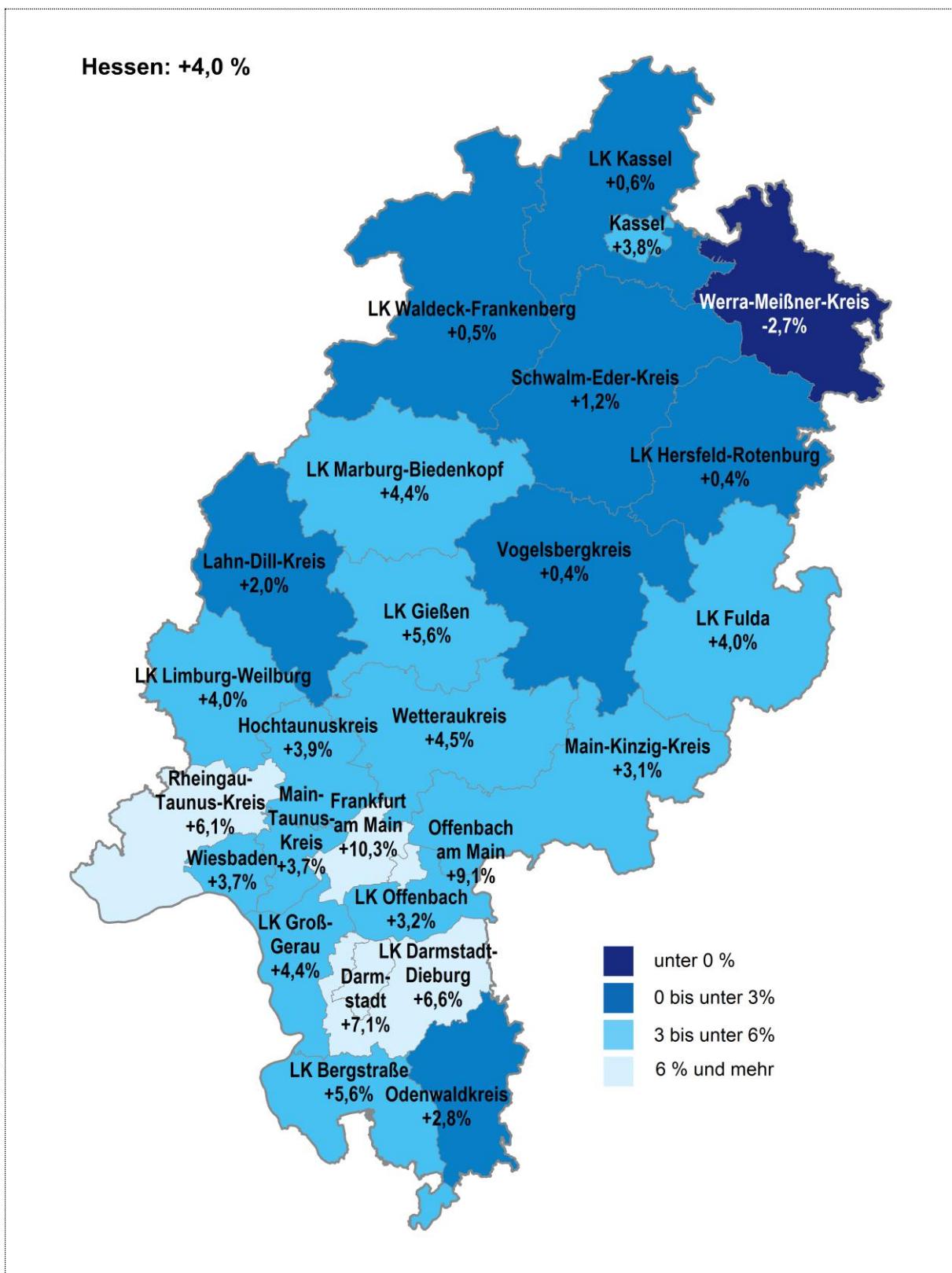
Die Abbildung 8 zeigt die prognostizierte Entwicklung der Behandlungstage im stationären Bereich in den Landkreisen und Städten von 2024 bis 2035. Insgesamt wird ein Zuwachs von 4,0 % landesweit erwartet, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden. Besonders starke Zuwächse werden in den urbanen Zentren prognostiziert: Frankfurt am Main führt mit einem Plus von +10,3 %, gefolgt von Offenbach am Main (+9,1 %), Darmstadt (+7,1 %) und dem Landkreis Darmstadt-Dieburg (+6,6 %). Auch der Rheingau-Taunus-Kreis (+6,1 %) und der Landkreis Bergstraße (+5,6 %) weisen überdurchschnittliche Steigerungen auf. Nur wenige Regionen weisen unterdurchschnittliche oder gar negative Entwicklungen auf. Der Werra-Meißner-Kreis ist mit -2,7 % der einzige Landkreis mit einem Rückgang der Behandlungstage. Weitere Regionen mit geringem Anstieg (<1 %) sind z. B. der Landkreis Hersfeld-Rotenburg (+0,4 %) und der Vogelsbergkreis (+0,4 %). Die Karte zeigt insgesamt eine deutlich zunehmende Inanspruchnahme stationärer Leistungen insbesondere in den Ballungsräumen Südhessens.

Abbildung 7 Entwicklung der vollstationären Fälle in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten 2024-2035 (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)



Quelle: Kartengrundlage GfK GmbH, Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

Abbildung 8 Entwicklung der Behandlungstage in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten 2024-2035



Quelle: Kartengrundlage GfK GmbH, Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

C.3.4 Leistungsgruppen

Ein zentrales Element der Krankenhausreform ist die Einführung von Leistungsgruppen als Planungselement. Diese werden auch in den hessischen Krankenhausplan Eingang finden. Mit dem KHVVG, das am 05.12.2024 durch den Deutschen Bundestag beschlossen und am 11.12.2024 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde, ist § 135e in das SGB V eingefügt worden. § 135e Abs. 1 SGB V beinhaltet die Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit, die konkrete Definition und Ausgestaltung der Leistungsgruppen im Nachgang über eine Rechtsverordnung zu regeln. Solange die Rechtsverordnung noch nicht in Kraft getreten ist, gelten die Leistungsgruppen nach § 135e Abs. 4 SGB V, wie sie in Anlage 1 SGB V genannt sind. Dort sind insgesamt 65 Leistungsgruppen aufgeführt. Es handelt sich um die 60 somatischen Leistungsgruppen aus dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen sowie um fünf weitere Leistungsgruppen, nämlich: „Infektiologie“, „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“, „Spezielle Traumatologie“, „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, „Notfallmedizin“. Das InEK hat auf Basis der in Anlage 1 SGB V definierten 65 Leistungsgruppen einen sogenannten Leistungsgruppen-Grouper entwickelt.²⁷ Dieser ordnet jedem Krankenhausfall eindeutig eine Leistungsgruppe zu. Insgesamt werden über den Grouper 60 der 65 Leistungsgruppen mit Fällen belegt. Fünf Leistungsgruppen bleiben ohne Fallzuordnung. Dabei handelt es sich um die Leistungsgruppen „Infektiologie“, „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“, „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, „Notfallmedizin“ und „Intensivmedizin“.

Durch das KHAG sollen vier der neuen Leistungsgruppen, konkret „Infektiologie“, „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“, „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ und „Notfallmedizin“ wieder entfallen. Auf diese wird im Krankenhausplan daher nicht mehr eingegangen.

Eine Abfrage bei den hessischen Krankenhäusern hat ergeben, dass derzeit bei 19 Krankenhäusern bestimmte Leistungsbereiche nicht durch entsprechende Fachabteilungsschlüssel abgebildet werden. Dies führt dazu, dass der Leistungsgruppen-Grouper in diesen Fällen derzeit nicht korrekt funktioniert und es zu Fehlzuordnungen kommt. Besonders betroffen sind die Komplexe Gastroenterologie und die Komplexe Pneumologie als Subdisziplinen der Inneren Medizin. Fälle, die aus Sicht der Krankenhäuser eindeutig diesen spezialisierten Leistungsgruppen zuzuordnen wären, werden derzeit fälschlich der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin zugewiesen. Es ist davon auszugehen, dass die betroffenen Krankenhäuser zukünftig entsprechende Vereinbarungen über Fachabteilungsschlüssel treffen werden. Dies wird eine korrekte Zuordnung durch den Grouper ermöglichen. Dadurch kommt es jedoch zwangsläufig zu einer Verschiebung von Fällen

²⁷ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), LG-Grouper gemäß KHTG, 2024/2025 V1.0, Leistungsgruppen Definitionen, Siegburg, 2025, <https://www.g-drg.de/media/files/lg-khtg/spezialband-leistungsgruppen-definitionen-2024-2025>.

zwischen den Leistungsgruppen, was auch Auswirkungen auf die Ergebnisse der Vorausberechnung zur Folge hat. Unabhängig davon ist davon auszugehen, dass der vom InEK entwickelte Leistungsgruppen-Grouper weiter überarbeitet und optimiert wird. Zudem sind mögliche Ergebnisse des eingesetzten Leistungsgruppen-Ausschusses sowie etwaige Anpassungen der Leistungsgruppen-Definition zu berücksichtigen. Diese könnten ebenfalls Auswirkungen auf die Prognose des zukünftigen Patientenaufkommens für die einzelnen Leistungsgruppen haben.

C.3.4.1 Leistungsgruppen mit 10.000 Fällen und mehr

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse der Vorausschätzung der vollstationären Fallzahl in Hessen bis 2035 für die großen Leistungsgruppen mit jährlich über 10.000 Fällen dargestellt. Es handelt sich dabei um 20 Leistungsgruppen, die in Summe rund 1,13 Mio. Fälle umfassen. Das entspricht, bezogen auf die Fallzahl, einem Anteil von rund 93 % der Fälle insgesamt. Mit Abstand die größten Leistungsgruppen sind „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“. Allein auf die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ entfielen im Jahr 2024 über 305.000 Fälle, was bezogen auf die vollstationäre Fallzahl einem Anteil von 25 % entspricht. Das bedeutet, dass jede vierte stationäre Patientin bzw. jeder vierte stationäre Patient dieser Leistungsgruppe zuzuordnen ist. Bis zum Jahr 2035 wird die Fallzahl in der Allgemeinen Inneren Medizin voraussichtlich um 11.000 Fälle auf insgesamt 316.100 Fälle ansteigen. Das entspricht einem Anstieg von 3,6 %. Bereits herausgerechnet sind dabei die rund 17.300 Fälle, die zukünftig voraussichtlich ambulant versorgt werden können.

Eine gänzlich entgegengesetzte Entwicklung wird es in der zweiten großen Leistungsgruppe, der „Allgemeinen Chirurgie“ geben. Auf diese Leistungsgruppe entfielen in Hessen im Jahr 2024 rund 220.700 Fälle bzw. ein Anteil von 18 % bezogen auf die Fallzahl insgesamt. Das bedeutet, dass nahezu jede fünfte stationäre Patientin bzw. jeder fünfte stationäre Patient in der „Allgemeinen Chirurgie“ behandelt wird. Bis zum Jahr 2035 ist ein Rückgang in Höhe von 30.800 Fällen bzw. 14 % zu erwarten. Dies ist vor allem auf das große Ambulantisierungspotenzial in dieser Leistungsgruppe zurückzuführen. Bis zum Jahr 2035 können voraussichtlich über 42.200 Fälle rein ambulant versorgt werden, die derzeit noch stationär behandelt werden.

Den beiden sehr großen Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ folgen mit großem Abstand einige weitere größere Leistungsgruppen mit jährlichen Fallzahlen im Bereich zwischen 40.000 und 60.000. Es handelt sich hierbei um die

Leistungsgruppen „Urologie“, „Perinataler Schwerpunkt“²⁸, „Komplexe Gastroenterologie“, „Geburten“, „Allgemeine Neurologie“, „Allgemeine Frauenheilkunde“, „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ sowie „Interventionelle Kardiologie“. Bei den genannten Leistungsgruppen werden teils deutliche Fallzahlrückgänge prognostiziert. Bei den Leistungsgruppen „Urologie“ (-22,6 %), „Allgemeine Frauenheilkunde“ (-27,6 %) und „Interventionelle Kardiologie“ (-30,5 %) erklärt sich der prognostizierte Fallzahlenrückgang insbesondere durch das große Ambulantisierungspotenzial. Bis zum Jahr 2035 können in diesen Leistungsgruppen voraussichtlich teils deutlich über 10.000 Fälle an den ambulanten Sektor abgegeben werden. Hingegen können die Rückgänge bei den Leistungsgruppen „Geburten“ (-4,5 %), und „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ (-6,6 %) nicht auf eine mögliche Ambulantisierung zurückgeführt werden. Vielmehr lässt sich dies rein durch die demografische Entwicklung erklären, da es zukünftig aufgrund der niedrigen Geburtenraten absehbar weniger Geburten und Kinder in Hessen geben wird.

Die Fallzahlentwicklung in der Leistungsgruppe Geriatrie ist ebenfalls ausschließlich auf demografische Faktoren zurückzuführen. Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendmedizin ist hier jedoch nicht mit einem Rückgang, sondern mit einem deutlichen Anstieg zu rechnen. Bis zum Jahr 2035 wird die Geriatrie mit einer zu erwartenden Fallzahlsteigerung von +13,6 % deutlich mehr als 35.000 Fälle verzeichnen. Die nachfolgenden Leistungsgruppen in Tabelle 7 liegen im Bereich zwischen 10.000 und um 30.000 Fällen. Dabei sind die Leistungsgruppen „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ mit einem Rückgang von 26,5 %, „Augenheilkunde“ mit -17,2 % sowie „EPU / Ablation“ mit -14,6 % besonders stark von einem Fallzahlerückgang betroffen, was auch durch die Verschiebung in den ambulanten Sektor erkärbare ist. Leichte Zuwächse verzeichnen hingegen Wirbelsäuleneingriffe (+5,1 %) und die komplexe Pneumologie (+1,1 %). Auffällig ist der Anstieg in der Stroke-Unit um 10,5 %. Auch die Endoprothetik an Knie (+9,0 %) und Hüfte (+9,3 %) nimmt zu. Die Leistungen im Bereich „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ sinken leicht um 6,4 %.

28 In der aktuellen Version des Leistungsgruppen-Groupers (InEK 2025) werden alle gesunden Neugeborenen über das Geburtsgewicht der Leistungsgruppe „Perinataler Schwerpunkt“ zugeordnet. Dies führt dazu, dass dieser Leistungsgruppe eine sehr hohe Fallzahl zugewiesen werden. Auf Bundesebene wurde der Änderungsbedarf an der Leistungsgruppensystematik bereits erkannt.

Tabelle 7 Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Leistungsgruppen mit 10.000 und mehr Fällen (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)²⁹

Leistungsgruppe	2024	2028	2031	2035	beinhaltet: Abgabe an ambulanten Sektor	Verände- rung absolut 2024- 2035	Verände- rung relativ 2024- 2035
Allgemeine Innere Medizin (1)	305.118	307.910	311.060	316.140	-17.330	+11.020	+3,6 %
Allgemeine Chirurgie (14)	220.676	209.610	201.260	189.840	-42.210	-30.840	-14,0 %
Urologie (38)	55.583	51.210	47.850	43.000	-17.800	-12.590	-22,6 %
Perinataler Schwerpunkt (43)	51.551	50.650	49.790	48.300	0	-3.250	-6,3 %
Komplexe Gastroenterologie (4)	48.600	47.020	45.790	44.180	-8.110	-4.420	-9,1 %
Geburten (42)	48.556	48.000	47.300	46.360	0	-2.200	-4,5 %
Allgemeine Neurologie (53)	48.232	47.720	47.470	47.230	-3.960	-1.010	-2,1 %
Allgemeine Frauenheilkunde (39)	47.692	43.050	39.430	34.550	-13.240	-13.150	-27,6 %
Allgemeine Kinder- u. Jugendmedizin (46)	47.628	46.860	45.970	44.500	-1.390	-3.130	-6,6 %
Interventionelle Kardiologie (11)	44.369	39.490	35.820	30.820	-18.110	-13.550	-30,5 %
Geriatrie (56)	31.442	32.260	33.370	35.720	0	+4.270	+13,6 %
HNO (50)	30.852	27.990	25.710	22.680	-8.670	-8.170	-26,5 %
Wirbelsäuleneingriffe (28)	26.587	27.020	27.410	27.950	-230	+1.360	+5,1 %
Komplexe Pneumologie (6)	24.280	24.440	24.550	24.540	-1.970	+260	+1,1 %
Augenheilkunde (35)	23.326	21.870	20.780	19.310	-6.200	-4.020	-17,2 %
Stroke-Unit (54)	19.651	20.240	20.770	21.720	-10	+2.070	+10,5 %
Endoprothetik Knie (24)	15.689	16.260	16.670	17.110	-10	+1.420	+9,0 %
Endoprothetik Hüfte (23)	14.313	14.780	15.180	15.640	-10	+1.330	+9,3 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten (36)	13.718	13.350	13.100	12.840	-1.890	-880	-6,4 %
EPU / Ablation (10)	10.233	9.750	9.360	8.740	-2.510	-1.490	-14,6 %
Summe	1.128.096	1.099.480	1.078.640	1.051.160	-143.650	-76.930	-6,8%

Quelle: Berechnung und Darstellung der Hessen Agentur 2025.

29 Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

C.3.4.2 Leistungsgruppen mit 1.000 bis unter 10.000 Fällen

In Tabelle 8 sind die kleineren Leistungsgruppen im Bereich zwischen 1.000 und 10.000 Fällen pro Jahr aufgeführt. In Summe entfallen auf die 23 Leistungsgruppen knapp über 87.000 Fälle, was bezogen auf die Fallzahl insgesamt einem Anteil von 7 % entspricht. Die Fallzahlentwicklung bis 2035 ist je nach Leistungsgruppe sehr unterschiedlich. Auf der einen Seite gibt es Leistungsgruppen wie die „Palliativmedizin“ (+12,3 %), bei der demografiebedingt von einem deutlichen Anstieg der Fallzahl ausgegangen werden muss. Auf der anderen Seite werden in bestimmten Leistungsgruppen Rückgänge zu verzeichnen sein. Dazu zählt unter anderem die Leistungsgruppe „Senologie“ (-41,2 %), bei der aufgrund der voranschreitenden Ambulantisierung zukünftig voraussichtlich deutlich weniger Fälle im stationären Bereich behandelt werden.

Tabelle 8 Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Leistungsgruppen mit 1.000 bis 10.000 Fällen (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)³⁰

Leistungsgruppe	2024	2028	2031	2035	beinhaltet: Abgabe an ambulanten Sektor	Verände- rung absolut 2024- 2035	Verände- rung relativ 2024- 2035
Neurochirurgie (52)	8.519	8.630	8.720	8.820	-210	+300	+3,5 %
Kinder- und Jugendchirurgie (15)	7.361	6.970	6.620	6.100	-990	-1.260	-17,1 %
Senologie (41)	6.384	5.460	4.740	3.750	-2.940	-2.630	-41,2 %
MKG (37)	6.131	5.730	5.430	5.040	-1.270	-1.090	-17,8 %
Komplexe Nephrologie (5)	5.841	5.880	5.910	5.990	-370	+150	+2,6 %
Palliativmedizin (57)	5.661	5.890	6.100	6.360	0	+690	+12,3 %
Komplexe Rheumatologie (7)	5.001	5.050	5.090	5.140	-20	+140	+2,8 %
Plastische und Rekonstruktive Chirurgie (17)	4.872	4.640	4.450	4.200	-800	-670	-13,8 %
Herzchirurgie (21)	4.813	5.030	5.170	5.260	0	+450	+9,3 %
Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) (55)	4.775	4.930	5.070	5.280	0	+500	+10,5 %
Komplexe periphere arterielle Gefäße (20)	3.757	3.910	4.030	4.180	-40	+420	+11,2 %
Bariatrische Chirurgie (30)	2.881	2.840	2.810	2.750	-60	-130	-4,4 %
Komplexe Endokrinologie u. Diabetologie (2)	2.788	2.850	2.890	2.950	-20	+160	+5,7 %
Kardiale Devices (12)	2.698	2.670	2.670	2.660	-340	-40	-1,4 %
Carotis operativ/ interventionell (19)	2.610	2.620	2.640	2.650	-330	+40	+1,4 %
Leukämie und Lymphome (9)	2.569	2.630	2.680	2.720	-70	+150	+5,7 %
Spezielle Traumatologie (27)	2.296	2.350	2.400	2.460	-20	+170	+7,2 %
Minimalinvasive Herzkappenintervention (13)	2.025	2.060	2.120	2.320	-10	+290	+14,4 %
Revision Knieendoprothese (26)	1.785	1.840	1.880	1.930	0	+150	+8,2 %
Thoraxchirurgie (29)	1.335	1.400	1.440	1.490	0	+150	+11,5 %
Revision Hüftendoprothese (25)	1.197	1.240	1.280	1.340	0	+140	+11,9 %
Tiefe Rektumeingriffe (34)	1.027	1.050	1.080	1.110	-10	+80	+7,7 %
Bauchaortenaneurysma (18)	1.010	1.040	1.070	1.100	-60	+90	+8,6 %
Summe	87.336	86.720	86.280	85.580	-7.550	-1.760	-2,0 %

Quelle: Berechnung der Hessen Agentur 2025.

30 Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

C.3.4.3 Leistungsgruppen mit weniger als 1.000 Fällen

Zu den im Rahmen der Krankenhausreform vorgegebenen Leistungsgruppen zählen auch hochspezialisierte Leistungsgruppen mit weniger als 1.000 Fällen pro Jahr, die in Tabelle 9 dargestellt sind. Es handelt sich hierbei um insgesamt elf Leistungsgruppen, auf die in Summe nur rund 4.000 Fälle im Jahr entfallen. Bezogen auf die Fallzahl insgesamt entspricht dies einem Anteil von 0,3 %. In Tabelle 9 sind die fünf Transplantationsleistungsgruppen sowie die beiden Leistungsgruppen der Kinderhämatoologie und -onkologie aufgrund der sehr geringen Fallzahl nicht dargestellt. Insgesamt sind die Ergebnisse der Vorausberechnung bei diesen relativ gering besetzten Leistungsgruppen mit einer größeren Unsicherheit verbunden als die zuvor dargestellten Ergebnisse. Vor diesem Hintergrund sind die Zahlen in Tabelle 9 entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

Tabelle 9 Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Leistungsgruppen mit weniger als 1.000 Fällen (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)³¹

Leistungsgruppe	2024	2028	2031	2035	beinhaltet: Abgabe an ambulanten Sektor	Verände- rung absolut 2024-2035	Verände- rung relativ 2024-2035
Pankreaseingriffe (33)	695	710	730	760	0	+60	+9,2 %
Cochleaimplantate (51)	536	550	550	560	-10	+20	+4,3 %
Ovarial-CA (40)	498	470	450	420	-90	-80	-15,9 %
Lebereingriffe (31)	390	400	420	430	0	+40	+9,7 %
Kinderhämatoologie und -onkologie, Leukämie und Lymphome (49)	377	370	360	350	-20	-30	-8,3 %
Stammzelltransplantation (8)	357	370	360	360	0	0	-0,2 %
Perinatalzentrum Level 1 (44)	353	350	340	330	0	-20	-6,7 %
Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche (22)	227	220	220	210	0	-10	-5,5 %
Ösophaguseingriffe (32)	226	230	240	240	0	+10	+5,4 %
Perinatalzentrum Level 2 (45)	180	180	170	170	0	-10	-6,2 %
Nierentransplantation (62)	109	110	110	110	0	0	-3,5 %
Summe	3.948	3.960	3.960	3.920	-130	-30	-0,6 %

Quelle: Berechnung der Hessen Agentur 2025.

31 Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

C.3.5 Bettenbedarf

Die in C.3.1 dargestellten Ergebnisse zur Fallzahlentwicklung und zur Entwicklung der Behandlungstage bis zum Jahr 2035 zeigen, dass trotz rückläufiger Fallzahlentwicklung mit einer deutlichen Zunahme an Behandlungstagen zu rechnen ist. Ursächlich dafür ist die Verringerung der Zahl leichter Krankenhausfälle, da diese voraussichtlich an den ambulanten Sektor abgegeben werden können, bei gleichzeitiger demografiebedingter Zunahme von schweren Krankenhausfällen von älteren Patientinnen und Patienten mit längeren Liegedauern. Dies führt in der Konsequenz auch dazu, dass sich der Bettenbedarf erhöhen wird.

In der bisherigen Krankenhausplanung in Hessen waren bestimmten planerischen Fachgebieten verweildauerabhängige Normauslastungsgrade zugeordnet,³² um einen entsprechenden Bettenbedarf berechnen zu können. Fachgebiete mit niedrigen durchschnittlichen Verweildauern der Patientinnen und Patienten hatten entsprechend niedrigere Normauslastungsgrade als Fachgebiete mit hohen durchschnittlichen Verweildauern (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10 Verweildauerabhängige Normauslastungsgrade in der hessischen Krankenhausplanung

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

Quelle: HMSI 2020.

Wird diese Systematik auf die leistungsgruppenspezifische durchschnittliche Verweildauer angewendet, können entsprechende Normauslastungen auf Leistungsgruppenebene ermittelt und in einem zweiten Schritt die benötigte Bettenkapazität bzw. der konkrete Bettenbedarf berechnet werden.³³ Die Ergebnisse sind für die großen Leistungsgruppen mit 10.000 und mehr Fällen in Tabelle 11 dargestellt. Es zeigt sich insbesondere für die

³² Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplan 2020, Wiesbaden, 2020, https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-08/krankenhausplan_hessen_2020.pdf.

³³ Zu beachten ist, dass es mit dieser Vorgehensweise zu einer Unschärfe kommt. Die gesamte Verweildauer einer Patientin bzw. eines Patienten wird der maßgeblichen Leistungsgruppe zugeschlagen, obwohl ggf. ein Durchlauf durch mehrere Fachgebiete bzw. Leistungsbereiche erfolgte.

Leistungsgruppen „Geriatrie“ (+13,9 %), „Stroke-Unit“ (+11,5 %), „Endoprothetik Hüfte“ (+10,6 %), „Endoprothetik Knie“ (+10,2 %) sowie „Allgemeine Innere Medizin“ (+9,4 %) ein deutlich ansteigender Bettenbedarf. Hingegen berechnet sich für die Leistungsgruppen „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ (-13,7 %), „Allgemeine Frauenheilkunde“ (-13,4 %) und „Augenheilkunde“ (-11,1 %) mit Blick auf das Jahr 2035 ein geringerer Bettenbedarf als im Jahr 2024.

Tabelle 11 Behandlungstage 2024, durchschnittliche Verweildauer 2024, Normauslastung sowie Bettenbedarf 2024 und 2035 in hessischen Krankenhäusern nach Leistungsgruppen mit 10.000 und mehr Fällen³⁴

Leistungsgruppe	Behandlungsstage 2024	Ø Verweildauer in Tagen 2024	Normauslastung	Bettenbedarf 2024	Bettenbedarf 2035	Veränderung absolut 2024-2035	Veränderung relativ 2024-2035
Allgemeine Innere Medizin (1)	1.674.123	5,5	80 %	5.718	6.250	+540	+9,4 %
Allgemeine Chirurgie (14)	1.149.370	5,3	80 %	3.925	4.030	+110	+2,8 %
Urologie (38)	228.148	4,2	80 %	779	770	-10	-1,4 %
Perinataler Schwerpunkt (43)	180.563	3,5	75 %	658	620	-40	-6,1 %
Komplexe Gastroenterologie (4)	235.353	4,9	80 %	804	830	+30	+3,7 %
Geburten (42)	179.212	3,7	75 %	653	630	-30	-4,3 %
Allgemeine Neurologie (53)	316.582	6,6	80 %	1.081	1.140	+60	+5,6 %
Allgemeine Frauenheilkunde (39)	147.438	3,2	75 %	537	470	-70	-13,4 %
Allgemeine Kinder- u. Jugendmedizin (46)	161.261	3,4	75 %	587	570	-20	-3,4 %
Interventionelle Kardiologie (11)	231.951	5,4	80 %	792	790	-10	-0,9 %
Geriatrie (56)	645.386	20,5	90 %	1.959	2.230	+270	+13,9 %
HNO (50)	88.061	2,9	75 %	321	280	-40	-13,7 %
Wirbelsäuleneingriffe (28)	209.977	7,9	85 %	675	730	+60	+8,1 %
Komplexe Pneumologie (6)	165.531	6,8	80 %	565	610	+50	+8,7 %
Augenheilkunde (35)	61.877	2,7	75 %	225	200	-30	-11,1 %
Stroke-Unit (54)	148.524	7,5	85 %	477	530	+60	+11,5 %
Endoprothetik Knie (24)	112.322	7,1	85 %	361	400	+40	+10,2 %
Endoprothetik Hüfte (23)	105.968	7,3	85 %	341	380	+40	+10,6 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten (36)	62.244	4,6	80 %	213	210	0	+0,5 %
EPU / Ablation (10)	25.114	2,5	75 %	91	90	0	-3,3 %
Summe	6.129.005	5,5	-	20.762	21.750	+990	+4,8 %

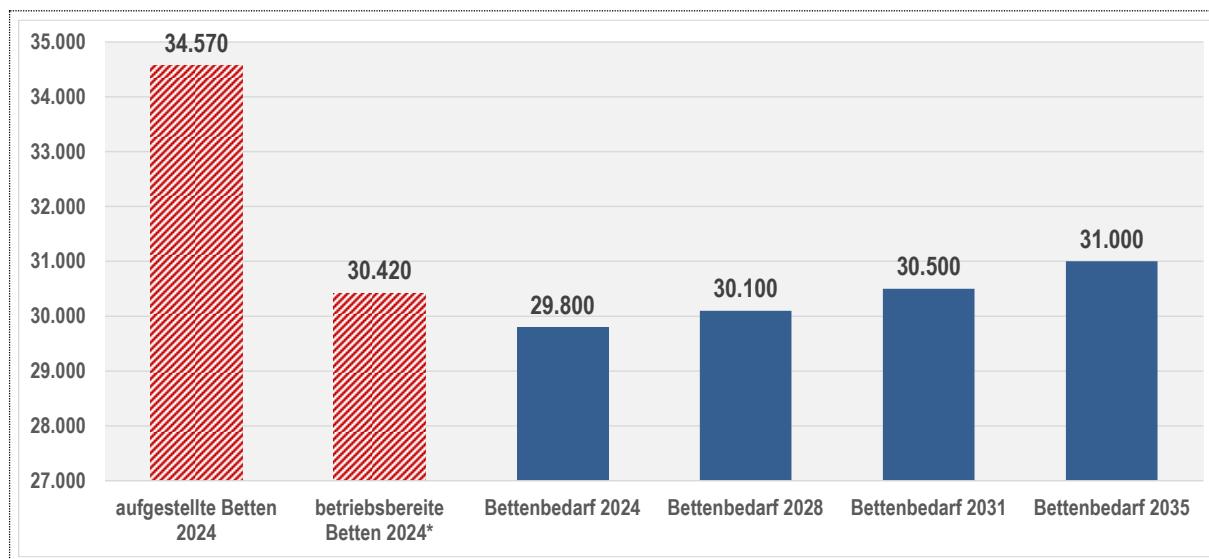
Quelle: Berechnung der Hessen Agentur 2025.

34 Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

Bei den 20 großen Leistungsgruppen mit 10.000 und mehr Fällen pro Jahr ist insgesamt ein Bettenbedarf festzustellen, der im Jahr 2035 voraussichtlich rund 1.000 Betten bzw. 5 % höher liegt als noch im Jahr 2024. Dies muss allerdings nicht bedeuten, dass bis 2035 tatsächlich 1.000 neue Betten in Betrieb gesetzt werden müssen. Bei der Abschätzung des zusätzlichen Bettenbedarfs bis 2035 haben verschiedene Faktoren einen Einfluss. Dabei spielen auch ggf. bestehende Überkapazitäten eine Rolle, die entsprechend geprüft werden.

Derzeit liegen keine Informationen zu der Zahl der aufgestellten Betten je Leistungsgruppe vor. Über alle Leistungsgruppen hinweg kann jedoch ein Bettenbedarf in Höhe von rund 29.800 Betten für Hessen im Jahr 2024 berechnet werden (vgl. Abbildung 9). Die Zahl der aufgestellten Betten lag bei rund 34.600 und damit fast 14 % über dem tatsächlichen Bedarf. Ein Abgleich mit den von den hessischen Krankenhäusern über die IVENA-Sonderlage gemeldeten Daten zu den belegten und freien Bettenkapazitäten zeigt jedoch, dass die tatsächlich zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten in etwa 12 % unterhalb der aufgestellten Betten lagen. Dies bedeutet, dass im Jahr 2024 für die Versorgung tatsächlich nur rund 30.400 Betten zur Verfügung standen. Entsprechend reduziert sich die Differenz zwischen den betriebsbereiten Betten 2024 und dem berechneten Bettenbedarf 2024 auf nur noch 2 %. Mit Blick auf das Jahr 2035 würde dies bedeuten, dass die Zahl der betriebsbereiten Betten bei gleichbleibenden Parametern hessenweit um weitere 580 Betten bzw. +2 % aufgestockt werden müssten.

Abbildung 9 Aufgestellte und betriebsbereite Betten 2024 sowie Bettenbedarf 2024, 2028, 2031 und 2035, Krankenhäuser in Hessen insgesamt



* Die betriebsbereiten Betten 2024 wurden auf Basis einer Auswertung der IVENA-Sonderlage ermittelt. Hierbei wurde deutlich, dass die tatsächlich betriebsbereiten Betten im Schnitt 12 % unter den in der Krankenhausstatistik gemeldeten aufgestellten Betten lagen. Die 34.570 aufgestellten Betten wurden deshalb um 12 % auf rund 30.420 Betten reduziert.

Quelle: Darstellung und Berechnung der Hessen Agentur 2025.

D Verfahrensregelungen

D.1 Das Verfahren der Krankenhausplanung bei der erstmaligen Zuweisung der Leistungsgruppen

Die nachfolgend dargestellten Verfahrensschritte gelten für die erstmalige Zuweisung der Leistungsgruppen gemäß § 6a des KHG. Umfasst sind nur die somatischen Leistungsgruppen. Für die Psychiatrie und die Psychosomatik gilt das Kapitel F.

D.1.1 Entscheidungsreihenfolge

Die Entscheidung, welchem Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe zugewiesen wird, stützt sich auf einen zweistufigen Bewertungsprozess.

Auf der ersten Stufe wird geprüft, ob am jeweiligen Krankenhausstandort die für die Leistungsgruppe geltenden bundesrechtlichen Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) gemäß der nach § 135e Abs. 2 S. 2 SGB V erlassenen Rechtsverordnung bzw. bis zu deren Inkrafttreten die Mindestvoraussetzungen gemäß § 135e Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1 SGB V erfüllt sind.

Übersteigt die Anzahl der beantragten Leistungsgruppen den Bedarf in der jeweiligen Planungsebene, wird auf einer zweiten Stufe eine Auswahlentscheidung auf Basis der bundesrechtlichen Qualitätskriterien (Auswahlkriterien) gemäß der nach § 135e Abs. 2 S. 2 SGB V erlassenen Rechtsverordnung bzw. bis zu deren Inkrafttreten gemäß § 135e Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1 SGB V sowie auf Basis der landesrechtlichen Qualitätsanforderungen (gemeinsam: Auswahlkriterien) durch das HMFG getroffen.

Eine feste Gewichtung zwischen den Auswahlkriterien erfolgt nicht. Eine solche ist auf dieser Ebene nach ständiger Rechtsprechung deutscher Verwaltungsgerichte³⁵ und der Rechtsprechung des EuGH³⁶ auch nicht erforderlich.

Die Auswahlentscheidung erfolgt nach pflichtgemäßem Ermessen des Landes, indem das HMFG die Auswahlkriterien untereinander abwägt und eine Entscheidung trifft, die der Erreichung der Versorgungsziele des Landes Hessen am besten dient.

³⁵ Vgl. z. B. OVG Münster, Urteil v. 16. August 2019, 4 B 659/18, juris, Rn. 48 m.w.N.

³⁶ Vgl. EuGH, Urteil v. 18. November 2010, C-226/09, Kommission v Irland, Rn. 43.

Die Regelungen zur Auswahlentscheidung werden entsprechend angewandt, wenn in einer Versorgungsebene kein Krankenhaus die bundesrechtlichen Qualitätskriterien erfüllt (siehe D.1.2), um zu ermitteln, für welches Krankenhaus von der Ausnahmemöglichkeit nach § 6a Abs. 4 KHG Gebrauch gemacht wird. Die Regelungen werden auch entsprechend angewandt, wenn auf der jeweiligen Versorgungsebene die Anzahl der Krankenhäuser, die die bundesrechtlichen Qualitätskriterien vollständig erfüllen, nicht ausreichend ist, um den jeweiligen Versorgungsbedarf zu decken (siehe C.3).

D.1.2 Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) nach Bundesrecht

Grundsätzlich können nur diejenigen Anträge die nächste Entscheidungsstufe erreichen, bei denen die bundesrechtlichen Qualitätskriterien erfüllt sind.

Ausnahmen von der strikten Bindung der Leistungsgruppenzuweisung an die bundesrechtlichen Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) sind nur in Fällen möglich, in denen dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies nicht nach der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V für die Leistungsgruppe im Einzelfall ausgeschlossen ist (§ 6a Abs. 4 KHG). Diese Anforderungen sind lediglich in den in § 6a Abs. 4 KHG genannten Fällen gewahrt.

Um dem strategischen Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung Rechnung zu tragen, findet eine Leistungsgruppenzuweisung an ein Krankenhaus, das nicht alle maßgeblichen Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) erfüllt, in entsprechender Anwendung des § 6a Abs. 4 S. 1 KHG statt, wenn auf der jeweiligen Versorgungsebene die Anzahl der Krankenhäuser, die die bundesrechtlichen Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) vollständig erfüllen, nicht ausreichend ist, um den prognostizierten Bedarf der Patientinnen und Patienten zu versorgen. Dies gilt insbesondere für die flächendeckende Gewährleistung der Notfallversorgung.

In allen Fällen, in denen einem Krankenhaus, das nicht alle Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) erfüllt, eine Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, gilt das Verfahren nach dem KHG.

Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht (§ 6a Abs. 1 S. 4 KHG).

D.1.3 Verfahren bei einer Auswahlentscheidung

Wenn die beantragten Leistungsgruppen den Bedarf in der jeweiligen Planungsebene übersteigt (potenzielles Überangebot), ist eine Auswahlentscheidung durch das Land notwendig. Die Auswahlentscheidung wird nach § 6a Abs. 1 S. 5 KHG in Verbindung mit

Anlage 1 zu § 135e SGB V bzw. der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V und den nachfolgenden Kriterien getroffen. Der Auswahlentscheidung sind folgende Auswahlkriterien zugrunde zu legen:

- die nach § 6a Abs. 1 S. 5 KHG zu berücksichtigenden Qualitätskriterien nach der Tabellenzeile Auswahlkriterium der Anlage 1 zum § 135e SGB V (D.1.4)
- universelle Auswahlkriterien des Landes Hessen (D.1.5)
- Qualitätsanforderungen des Landes Hessen in der Notfallversorgung (D.1.6)
- Qualitätsanforderungen des Landes Hessen in der elektiven Versorgung (D.1.7)
- Leistungsgruppenindividuelle Auswahlkriterien des Landes Hessen (D.1.8)

D.1.4 Qualitätskriterien (Auswahlkriterien) des Bundes

Die Qualitätskriterien des Bundes ergeben sich aus der Tabellenzeile Auswahlkriterium der Anlage 1 zu § 135e SGB V. Sobald diese Anlage durch die Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V ersetzt wird, sind die Auswahlkriterien der Rechtsverordnung maßgeblich.

In der Auswahlentscheidung ist gemäß § 6a Abs. 3 S. 3 und S. 4 KHG auch der bundesgesetzlich niedergelegte Auftrag der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu berücksichtigen. Diesen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach ihrer Aufgabenstellung Ressourcen vorhalten.

D.1.5 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen – universelle Auswahlkriterien

Aus den genannten Versorgungszielen ergeben sich die nachfolgenden Qualitätsanforderungen des Landes Hessen. Alle nachfolgenden Qualitätsanforderungen dienen dabei letztlich Zielen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patientengerechten, bedarfsgerechten und verlässlichen Versorgung sowie der Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen.

Das Land Hessen schafft diese Qualitätsanforderungen u. a. durch die Festsetzung von universellen Auswahlkriterien, die für alle Leistungsgruppen gelten. Bei einer Auswahlentscheidung sind folgende Qualitätsanforderungen (Auswahlkriterien) heranzuziehen:

1. Mitwirkung in der Notfallversorgung
2. Personalausstattung der Krankenhäuser
3. Erfahrung in der Leistungserbringung
4. Herstellung der erforderlichen Kooperationen
5. Mitwirkung in der Weiterbildung
6. Bedeutung der Leistungsgruppe für Forschung und Lehre
7. Qualität der Versorgung

D.1.5.1 Mitwirkung in der Notfallversorgung

Das Auswahlkriterium „Mitwirkung in der Notfallversorgung“ ist für die Auswahlentscheidung von Bedeutung, da es nach § 1 Abs. 2 HKHG die Schutpflicht des Landes Hessen und primäre Aufgabe der stationären Versorgung ist, die Notfallversorgung sicherzustellen. Die Versorgung von Schwerverletzten setzt umfangreiche Kompetenzen voraus. Patientinnen und Patienten haben in vielen Fällen keinen singulär gelagerten Behandlungsbedarf und benötigen, zumindest zur Abklärung, die Leistung einer Vielzahl von Fachärztinnen und Fachärzten, auch wenn der Fall im Nachhinein nur einer Leistungsgruppe zugeordnet wird.

Die Mitwirkung in der Notfallversorgung kann aufgrund dieser übergreifenden Zielsetzung auch für eine elektive Leistungsgruppe berücksichtigt werden. Zur Bewertung dieses Auswahlkriteriums werden die Zahl der zuteilungsfähigen, planungsrechtlich notfallversorgungsrelevanten Leistungsgruppen, die Zahl derrettungsdienstlichen Zuweisungen und die zum Entscheidungszeitpunkt vorhandene Notfallstufe nach der G-BA-Regelung über ein gestuftes System der Notfallversorgung berücksichtigt. Dieses Kriterium dient somit auch dem strategischen Ziel der bedarfsgerechten Versorgung und dem strategischen Ziel der verlässlichen Versorgung.

D.1.5.2 Personalausstattung der Krankenhäuser

Das Auswahlkriterium „Personalausstattung der Krankenhäuser“ ergibt sich daraus, dass die über die Qualitätskriterien (Mindestvoraussetzungen) gemäß Anlage 1 zu § 135e SGB V bzw. der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V hinausgehende Zahl der Fachärztinnen und -ärzte in einer Leistungsgruppe ein geeignetes Kriterium für

die Messung der medizinischen Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses und damit zur Erreichung der Versorgungsziele des Landes Hessen ist. Zur Absicherung der Versorgung ist wichtig, dass die Krankenhäuser nicht nur die personelle Mindestausstattung vorweisen können, sondern darüber hinaus über Fachpersonal verfügen. Zum einen führt dies zu einer Steigerung der Qualität, zum anderen sorgt zusätzliches Personal dafür, dass ein Unterschreiten der personellen Mindestausstattung und damit ein Aufhebungsverfahren nach § 6a Abs. 5 KHG unwahrscheinlicher wird. Zur Bewertung dieses Auswahlkriteriums wird die bei der Antragstellung mitgeteilte bzw. durch Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) nachgewiesene Zahl der für die jeweilige Leistungsgruppe relevanten Fachärztinnen und -ärzte in Relation zur Fallzahl und Fallschwere bzw. ggf. zur Planfallzahl herangezogen. Dabei wird auch berücksichtigt, dass für die Sicherstellung der Ausfallsicherheit vor allem die erste zusätzliche Fachärztin / der erste zusätzliche Facharzt wichtig ist.

D.1.5.3 Erfahrung in der Versorgung

Das Auswahlkriterium „Erfahrung in der Versorgung“ ergibt sich daraus, dass die qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten eine komplexe und anspruchsvolle Tätigkeit ist. Die Erfüllung der Qualitätskriterien in § 135e SGB V zu der Vorhaltung von ärztlichem Personal und die Einhaltung der Personaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) stellen lediglich Mindestvoraussetzungen dar. Bei der Auswahl kann daher berücksichtigt werden, inwieweit Krankenhäuser über die in Anlage 1 zu § 135e SGB V bzw. der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V niedergelegten Qualitätskriterien hinaus entsprechend ausgebildetes und erfahrenes Personal und auch eine entsprechende bauliche Infrastruktur vorhalten, die zu einer qualitativ hochwertigeren Versorgung beitragen.

Darüber hinaus kommt der Erfahrung eines Krankenhauses eine zentrale Bedeutung für die dauerhaft qualitativ hochwertige Sicherstellung der stationären Versorgung zu. Aus der Tatsache, dass ein Krankenhaus die Versorgung seit langer Zeit qualitativ hochwertig sicherstellt, kann im Allgemeinen geschlussfolgert werden, dass dies mit großer Wahrscheinlichkeit auch zukünftig gewährleistet ist. Daher kann auch berücksichtigt werden, über welchen Zeitraum ein Krankenhaus bereits Leistungen in relevantem Umfang in der jeweiligen Leistungsgruppe erbringt. In relevantem Umfang sind auch die Leistungen des Krankenhauses mit einzubeziehen, die im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V oder am Standort des Krankenhauses im Rahmen einer Ermächtigung nach § 95 SGB V von im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Erfahrungen in der Erbringung von leistungsgruppenrelevanten Leistungen, die länger als fünf Jahre zurückliegen, bleiben außer Betracht. Die für das jeweilige Krankenhaus relevanten Angaben zum Zeitraum der Versorgung werden von der Hessen Agentur ermittelt und im Hessischen Krankenhaus-Informationssystem (HEKIS) bereitgestellt. Soweit für die

Jahre keine Daten in der Gruppierung des InEK zur Verfügung stehen, werden die Daten in der NRW-Gruppierung verwendet.

D.1.5.4 Herstellung der erforderlichen Kooperationen

Das Auswahlkriterium „Herstellung der erforderlichen Kooperationen“ wird in die Auswahlentscheidung aufgenommen, da viele Krankenhäuser auf den Abschluss eines Kooperationsvertrages angewiesen sind, um die Qualitätskriterien des Bundes zu erfüllen. Die Anlage 1 zu § 135e SGB V knüpft für die Qualitätsmindestkriterien in einer Vielzahl der Leistungsgruppen an Kooperationen zwischen Krankenhäusern an. Um ein breit aufgestelltes Leistungsspektrum der Krankenhäuser in der Fläche sicherzustellen, wird das Verantwortungsbewusstsein der Krankenhäuser mit breitem Leistungsspektrum im Hinblick auf die Herstellung der erforderlichen Kooperationen berücksichtigt. Es wird von den Krankenhäusern mit breitem Leistungsspektrum erwartet, dass sie die für andere Krankenhäuser erforderlichen Kooperationen eingehen. In die Betrachtung werden dabei nur die Kooperationen einbezogen, die für die bedarfsgerechte Versorgung notwendig und rechtlich möglich sind. Eine räumliche Nähe der Kooperationspartner ist eine wichtige Voraussetzung für eine praktisch funktionierende Kooperation. Diese räumliche Nähe ist grundsätzlich entweder innerhalb eines Versorgungsgebietes oder dann gegeben, wenn die kooperierenden Krankenhäuser nicht mehr als 30 Minuten PKW-Fahrzeit voneinander entfernt sind. In begründeten Fällen kann das HMFG auch Kooperationen mit einer größeren Distanz zulassen.

D.1.5.5 Mitwirkung in der Weiterbildung

Das Auswahlkriterium „Mitwirkung in der Weiterbildung“ ergibt sich daraus, dass es für die dauerhafte Leistungsfähigkeit der (stationären) Versorgung unabdingbar ist, dass die ärztliche Weiterbildung in dem erforderlichen Umfang stattfindet. Aus diesem Grund verpflichtet § 19 Abs. 3 HKHG alle Krankenhäuser zur Bereitstellung von Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte.

Bei der Beurteilung dieses Kriteriums wird berücksichtigt, ob die in einem Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte über eine fachärztliche Weiterbildungsermächtigung verfügen, die für die jeweilige Leistungsgruppe ebenfalls relevant ist. Dabei wird zwischen einer vollen und einer beschränkten Weiterbildungsermächtigung differenziert. Weiterbildungsverbünde werden ebenfalls berücksichtigt.

D.1.5.6 Bedeutung der Leistungsgruppe für Forschung und Lehre

Das Auswahlkriterium „Bedeutung der Leistungsgruppe für Forschung und Lehre“ ergibt sich aus der engen Verbindung der Krankenversorgung mit Forschung und Lehre sowie zwischen der Sicherung der ärztlichen Weiterbildung und der universitären Ausbildung der angehenden Medizinerinnen und Mediziner. Für die dauerhafte Sicherung der Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung ist es unabdingbar, dass die curriculare Lehre, die universitätsmedizinische Forschung und die Qualität der universitären Ausbildung in der erforderlichen Dimension und fachlichen Breite sichergestellt sind. Hinzu kommt der grundrechtliche Schutz der Forschung und Lehre durch Art. 5 Abs. 3 GG sowie der besondere Status der Universitätsmedizin durch das Gesetz für die Hessischen Universitätskliniken vom 26.06.2000.

Um den Bestand und die fachliche Breite der Universitätsmedizin zu sichern, wird die besondere Bedeutung für Forschung und Lehre bei der Zuweisung von Leistungsgruppen an Universitätskliniken angemessen berücksichtigt.

D.1.5.7 Qualität der Versorgung

Das Auswahlkriterium „Qualität der Versorgung“ folgt zum einen daraus, dass nach § 1 Abs. 1 HKHG eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung eines der Ziele des Hessischen Krankenhausgesetzes ist. Die Berücksichtigung der Qualitätsaspekte erfolgt zum einen durch leistungsgruppenindividuelle Auswahlkriterien des Landes Hessen. Zum anderen soll aber auch die Behandlungsqualität eines Krankenhauses insgesamt berücksichtigt werden. Dies erfolgt anhand von zwei Qualitätssicherungsverfahren des G-BA, der in diesen Verfahren von dem fachlich unabhängigen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt wird, sowie einem analogen Landesprojekt zur Vermeidung von multiresistenten Erregern. Diese Indikatoren finden ebenfalls in einer Auswahlentscheidung Berücksichtigung. Es handelt sich hierbei um:

a) QS MRE Hessen (Multiresistente Erreger)

Nosokomiale Infektionen stellen in Deutschland trotz seines hochentwickelten Gesundheitssystems ein relevantes Patientenrisiko und eine Herausforderung an die klinische Hygiene sowie den Infektionsschutz dar. Im Fokus der nosokomialen Infektionen stehen schon seit längerem die Infektionen, welche durch Multiresistente Erreger (MRE) hervorgerufen werden. Das MRE-Projekt Hessen wird in allen hessischen Kliniken verpflichtend umgesetzt. Es bezieht insgesamt sechs Qualitätskennzahlen in die Beurteilung ein, die sich zum einen auf wesentliche Prozesse der Versorgung von kolonisierten und / oder infizierten Patienten (Dekolonisierung von MRSA-besiedelten Patientinnen und Patienten,

Isolierung und Informationsweitergabe an Weiterbehandelnde) beziehen, und zum anderen die Inzidenzrate der nosokomialen multiresistenten Keime pro Krankenhausstandort abbilden. Das Verfahren beleuchtet damit sowohl prozessrelevante Themen als auch strukturelle Gegebenheiten in Bezug auf die Hygiene- und Infektionsstrukturen der teilnehmenden hessischen Klinikstandorte. Das Verfahren bietet durch seine umfängliche Beleuchtung aller Indikationen und Fachrichtungen des betreffenden Krankenhauses einen aussagefähigen Blick auf die Qualität der Hygienestrukturen des gesamten Klinikstandortes. Da die Kriterien einheitlich für alle Kliniken in Hessen gelten, bietet das Verfahren darüber hinaus eine gute Vergleichsmöglichkeit in der Umsetzung der hessenweiten Infektionsschutz- und Hygienevorgaben. Das Projekt ist somit in hohem Maße zur vergleichenden Qualitätsdarstellung und -bewertung geeignet.

Berücksichtigt wird der Indikator „Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage“. Zur Begründung ist darauf zu verweisen, dass nosokomiale Infektionen im europäischen Vergleich trotz größtenteils hochentwickelter Gesundheitssysteme die zweithäufigsten tödlichen Infektionskrankheiten darstellen. Durch die Einhaltung standardisierter Hygienemaßnahmen ist die nosokomiale Infektion mit multiresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) im Sinne eines Ausbruchsgeschehens in nahezu allen Fällen vermeidbar.

Berücksichtigt werden darüber hinaus die Indikatoren „Anteil aller nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden“ sowie „Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (>= vier Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden“. Um eine Keimausbreitung multiresistenter Erreger im Krankenhaus zu verhindern und somit die Patientensicherheit zu gewährleisten, ist die Isolierung kolonisierter bzw. infizierter Patientinnen und Patienten probates Mittel der Wahl im Rahmen der Basishygienemaßnahmen.

b) QS DEK (Dekubitusprophylaxe)

Ein Dekubitus, auch als Druckgeschwür, Dekubitalulcus oder Wundliegen bezeichnet, wird als lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes beschrieben, welche oft über Knochenvorsprünge und infolge von Druck oder von Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Diese ernstzunehmende Komplikation tritt häufig bei zu pflegenden Patientinnen und Patienten auf und kann im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge von Bewegungseinschränkungen entstehen. Das etablierte DeQS-Verfahren QS DEK beleuchtet diese schwerwiegende Komplikation in allen Klinikstandorten deutschlandweit. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer sowie aus ökonomischer Perspektive ist es ein zentrales Ziel, Dekubitus konsequent vorzubeugen und entsprechende Prophylaxemaßnahmen umzusetzen. Das Verfahren überwacht dies aktuell durch zwei Qualitätsindikatoren, die zum einen schwere Verläufe im Rahmen einer

Einzelfallanalyse bewerten und zum anderen die Rate an neu aufgetretenen Dekubitus in risikoadjustierter Form auswerten. Das Verfahren ermöglicht durch den Einsatz einheitlicher Bewertungskriterien in allen Fachbereichen und über alle Indikationen hinweg ein sehr probates Mittel zur Vergleichbarkeit der umgesetzten Pflegequalität in der interdisziplinären Patientenversorgung. Das Verfahren bietet sowohl die Möglichkeit das gesamte Patientenklientel in die Bewertung einzubeziehen als auch berufsgruppenübergreifende Prozessfunktionalitäten und Schnittstellen zu beleuchten und kann somit grundlegende Qualitätsmängel in der Patientenversorgung effektiv identifizieren. Aus diesen Gründen eignet sich das Verfahren, um eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung zu verifizieren.

Berücksichtigt wird der Indikator „Stationärer erworbener Dekubitalulcus Stadium / Kategorie 4“. Zur Begründung ist darauf zu verweisen, dass die Inzidenz im Krankenhaus neu aufgetretener und im Behandlungsverlauf bis zur ausgeprägtesten Hautschädigung fortschreitender Dekubitus international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit gilt. Sie ermöglicht Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen. Bei einer wirkungsvollen Prophylaxe können Dekubitalulcera in den meisten Fällen entweder gänzlich verhindert oder ihr Fortschreiten eingedämmt werden.

c) QS WI (postoperative Wundinfektionen)

Postoperative Wundinfektionen können als Komplikationen nach einer Operation auftreten. Sie entstehen durch das Eindringen von Krankheitserregern (überwiegend Bakterien) über die äußere Hautschicht oder über die inneren Schleimhäute in Operationswunden. Es kommt zu einer Vermehrung der Krankheitserreger und zur Auslösung einer lokalen Reaktion bzw. einer Reaktion des ganzen Organismus. Das Verfahren QS WI basiert auf zwei Säulen. Es wird zum einen das Hygiene- und Infektionsmanagement einer Einrichtung auf Basis einer jährlichen einrichtungsbezogenen Erhebung untersucht, zum anderen wird die Prävalenz von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen untersucht, die fallbezogen dokumentiert werden. Durch die Verknüpfung mit Sozialdaten der Krankenkassen können letztere der Einrichtung zugeordnet werden, die den entsprechenden Indexeingriff durchgeführt hat, der wiederum mutmaßlich eine Wundinfektion zur Folge hatte. Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Qualität der Maßnahmen von Leistungserbringern zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen und des Hygiene- und Infektionsmanagements, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachgebietsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können. Das bundesweite Verfahren QS WI kann somit dazu beitragen, Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Vermeidung nosokomialer Infektionen zu erkennen und auszuschöpfen.

Berücksichtigt werden die Indikatoren „Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)“ sowie „Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“. Zur Begründung ist darauf hinzuweisen, dass in Deutschland die Inzidenz der im Krankenhaus erworbenen, nosokomialen postoperativen Wundinfektionen auf ca. 225.000 pro Jahr geschätzt wird, von denen ca. 25-30 % vermeidbar erscheinen.³⁷ Die Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen bewahrt Patientinnen und Patienten vor schweren Folgeerkrankungen und ggf. Folgeoperationen.

Zu diesen Verfahren liegen bewährte und wissenschaftlich anerkannte Qualitätsmessungsverfahren vor.

d) Verfahren der Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren und leistungsgruppen-individuellen Qualitätsindikatoren

Zur Prüfung dieses Auswahlkriteriums greift das HMFG auf die Daten der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) zurück. Bei Prüfung der Qualitätsindikatoren prüft das HMFG, ob nach der Bewertung durch die LAGQH eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Wichtig ist somit, ob sich die Unterschiede erklären lassen.

Wird eine qualitative Auffälligkeit festgestellt, erhält das betreffende Krankenhaus die Gelegenheit zur Stellungnahme. Das HMFG kann die LAGQH um eine Bewertung der Stellungnahme bitten.

37 Geffers CH, Gastmeier P (2010). Häufigkeit und Vermeidbarkeit nosokomialer Infektionen – Eine Hochrechnung für Deutschland., Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung, Volume 32, Issue 5, October 2010, Pages 140-143; Brandt, C; Sohr, D; Behnke, M; Daschner, F; Ruden, H; Gastmeier, P (2006). Reduction of surgical site infection rates associated with active surveillance. Infect Control Hosp Epidemiol 27(12): 1347-1351; Carlet, J; Astagneau, P; Brun-Buisson, C; Coignard, B; Salomon, V; Tran, B; et al. (2009). French National Program for Prevention of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance, 1992–2008: Positive Trends, But Perseverance Needed. Infect Control Hosp Epidemiol 30(8): 737-745

D.1.6 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung

Für die Leistungsgruppen der Notfallversorgung gelten aufgrund der Besonderheiten der zeitkritischen Versorgung von Notfällen folgende zusätzliche Qualitätsanforderungen (Auswahlkriterien) des Landes Hessen:

1. Erreichbarkeit
2. Schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

D.1.6.1 Erreichbarkeit

Das Auswahlkriterium „Erreichbarkeit“ ergibt sich direkt aus den Versorgungszielen des Landes Hessen. Aufgrund der staatlichen Schutzwicht ist die schnelle Erreichbarkeit in der Notfallversorgung von überragender Bedeutung. Bei vielen kritischen Notfällen gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Dauer der therapiefreien Prähospitalzeit und dem Behandlungserfolg. Exemplarisch ist hier auf bestimmte neurologische Notfälle hinzuweisen, für die das Prinzip „Zeit ist Gehirn“ gilt.

Infolgedessen wird bei der Auswahlentscheidung darauf geachtet, dass die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser so in der Fläche des Landes verteilt sind, dass die Versorgungsziele und Erreichbarkeitskriterien des Landes Hessen eingehalten werden. Die maßgeblichen zeitlichen Grenzen ergeben sich aus Kapitel B.4.1. Entsprechend der Intention des Bundesgesetzgebers und unter Berücksichtigung der Wertung der KHSichZV liegt eine für die Versorgung wesentliche Unterversorgung dann vor, wenn mehr als 3.000 Personen in der Regel nicht in der zeitlichen Grenze nach Kapitel B.4.1 versorgt werden können. Die Einwohnergrenze ergibt sich aus § 3 S. 7 der Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 1 KHSichZV.

In den meisten Fällen gilt: Je schneller das Krankenhaus erreichbar ist, desto effektiver ist die Notfallversorgung. Bei der Auswahl wird deshalb auch berücksichtigt, für wie viele Menschen das Krankenhaus eine zeitnahe Versorgung sicherstellt.

Krankenhäuser, bei denen eine größere Bedeutung im Hinblick auf die flächendeckende Notfallversorgung festzustellen ist, werden grundsätzlich vorrangig berücksichtigt.

D.1.6.2 Schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Das Auswahlkriterium „schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit“ ergibt sich daraus, dass sich die Qualität einer Notaufnahme unter anderem dadurch ausdrückt, dass die Struktur schnell in der Lage ist, zwischen eilbedürftigen und weniger eilbedürftigen Notfällen zu differenzieren. Die Regelung in § 12 Nr. 2 der Regelung des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V legt hier eine eindeutige Zeitvorgabe fest. Nach dieser hat in den an der Notfallversorgung mitwirkenden Krankenhäusern eine Einschätzung der Behandlungspriorität innerhalb von zehn Minuten zu erfolgen. Die Fähigkeit zur schnellen Triage ist vor allem für dringende Notfälle von zentraler Bedeutung.

D.1.7 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung

Bei der Entscheidung über die elektiven Leistungsgruppen wird zusätzlich das Auswahlkriterium der wirtschaftlichen Dauerhaftigkeit der Leistungserbringung berücksichtigt.

Das Auswahlkriterium der wirtschaftlichen Dauerhaftigkeit der Leistungserbringung berücksichtigt, dass eine zukunftsreiche stationäre Versorgung eine wirtschaftlich tragfähige Struktur voraussetzt. Auch ein qualitativ sehr hochwertiges Krankenhaus wird letztlich scheitern, wenn es dauerhaft defizitär ist.

Es kann bei der Auswahlentscheidung über die Vergabe einer Leistungsgruppe ebenfalls berücksichtigt werden, ob und in welchem Umfang sich ein Krankenhaus bei der Vermeidung von Versorgungsdefiziten bei anderen Leistungsgruppen engagiert.

D.1.8 Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen – Leistungsgruppenspezifische Auswahlkriterien

Die Qualitätsanforderungen des Bundes, die universellen und die für die notfallversorgungsrelevanten bzw. die elektiven Leistungsgruppen geltenden Auswahlkriterien bilden einen Großteil der Aspekte der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses im Sinne der hessischen Versorgungsziele ab, bieten aber kein vollständiges Bild. Für einen vollständigen Gesamteindruck ist es unabdingbar, auch weitere Auswahlkriterien zu verwenden, die individuell auf eine einzelne Leistungsgruppe bezogen sind. Dies sind z. B. Qualitätsindikatoren, die jeweils auf eine oder mehrere Leistungsgruppen bezogen sind. Diese leistungsgruppenspezifischen Auswahlkriterien werden in den Datenblättern der einzelnen Leistungsgruppen angegeben und begründet.

Eine Übersicht über alle leistungsgruppenspezifischen Auswahlkriterien ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Tabelle 12 Leistungsgruppenspezifische Auswahlkriterien

LG	Bezeichnung	Leistungsgruppenspezifisches Auswahlkriterium
7	Komplexe Rheumatologie	G-BA-Zentrum Rheumatologie oder Kinder Rheumatologie
8	Stammzelltransplantation	G-BA-Zentrum Onkologie
9	Leukämie und Lymphome	G-BA-Zentrum Onkologie
11	Interventionelle Kardiologie	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
12	Kardiale Devices	Sondendislokation oder -dysfunktion -Herzschrittmacher, Sondendislokation oder -dysfunktion -implantierbare Defibrillatoren
14	Allgemeine Chirurgie	G-BA-Traumazentrum
19	Carotis operativ / interventionell	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch; Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - katethergestützt
23	Endoprothetik Hüfte	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation; Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Fallzahl der Endoprothesen, die wegen eines Notfalls der LG Allgemeine Chirurgie zugeordnet werden
25	Revision Hüftendoprothese	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel; Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel
27	Spezielle Traumatologie	G-BA-Traumazentrum
32	Ösophaguseingriffe	G-BA-Zentrum Onkologie
33	Pankreaseingriffe	G-BA-Zentrum Onkologie
40	Ovarial-CA	G-BA-Zentrum Onkologie
41	Senologie	G-BA-Zentrum Onkologie; Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung; Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie, -Stammzelltransplantation	G-BA-Zentrum Kinderonkologie
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie -Leukämie und Lymphome	G-BA-Zentrum Kinderonkologie
53	Allgemeine Neurologie	G-BA-Neurovaskuläres Zentrum
54	Stroke-Unit	G-BA-Neurovaskuläres Zentrum; Erste Bildgebung (innerhalb 30 Min. nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <= 6 h); Door-to-needle-time <= 60 Min. (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme <= 4 h)
56	Geriatrie	Erfüllung der Qualitätsmerkmale der spezialisierten klinisch-Geriatrischen Versorgung im Sinne von Kapitel F des Geriatriekonzeptes

Quelle: Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege.

D.1.9 Verfahren bei Unterschreitung des notwendigen Versorgungsbedarfes

Bei einer absehbaren Unterschreitung des notwendigen Versorgungsbedarfes führt das HMFG rechtzeitig vor der Auswahlentscheidung unter Einhaltung des Grundsatzes der Nichtdiskriminierung Gespräche mit den Krankenhäusern, die für eine Behebung oder Verminderung des Versorgungsdefizits in Betracht kommen.

Die Regelung des § 6a Abs. 4 KHG erlaubt es der Krankenhausplanungsbehörde, Ausnahmen von den in der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V festgelegten Qualitätskriterien bzw. bis zu deren Inkrafttreten von den Qualitätskriterien nach § 135e Abs. 4 SG V in Verbindung mit Anlage 1 zu § 135e SGB V vorzusehen, sofern dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V ausgeschlossen ist. Das Land Hessen wird von seinem diesbezüglichen Ermessen insbesondere Gebrauch machen, um die strategischen und operativen Versorgungsziele des Landes Hessen sicherzustellen. Dies betrifft vor allem die Sicherstellung der Notfallversorgung sowie die Sicherung wichtiger ambulanter Leistungsangebote.

Gemäß § 6a Abs. 4 S. 4 KHG sind Zuweisungen nach § 6a Abs. 4 S. 1 KHG zeitlich befristet. Eine solche befristete Zuweisung ist insbesondere zweckmäßig, um die notwendigen Änderungen in der Krankenhausstruktur möglich zu machen und Versorgungsdefizite zu vermeiden. Dies betrifft sowohl den Aus- und Aufbau von Leistungsangeboten am zukünftigen Standort als auch den geordneten Abbau von Versorgungsangeboten. Da solche Änderungsprozesse, gerade wenn Neubauten oder bauliche Ertüchtigungen notwendig sind, eine längere Zeit benötigen, wird das Land Hessen im Einzelfall erwägen die bundesrechtlichen Möglichkeiten der befristeten Zuweisung von Leistungsgruppen auszuschöpfen.

Auch die Gewährung einer unbefristeten Ausnahme nach § 6a Abs. 4 S. 5 KHG für Krankenhäuser, die in der Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntG aufgenommen sind, steht im Ermessen der Krankenhausplanungsbehörde. Von diesem Ermessen wird das HMFG in erster Linie zur Sicherung der bedarfsnotwendigen planungsrechtlichen Notfallversorgung und der Geburtshilfe Gebrauch machen.

Da eine Ausnahme immer auch ein teilweises Abweichen von den bundeseinheitlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung bedeutet, wird das Land Hessen von der Möglichkeit entsprechender Ausnahmen nur insoweit Gebrauch machen, soweit dies unter adäquater Berücksichtigung der strategischen und operativen Versorgungsziele erforderlich und angemessen ist.

D.2 Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser

D.2.1 Die umfassende Erfüllung des Versorgungsauftrages

Nach § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG sind die Krankenhäuser zur umfassenden Erfüllung des Versorgungsauftrages verpflichtet. Der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses ergibt sich aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie unter Umständen bestehenden ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V. Die umfassende Erfüllung des Versorgungsauftrages beinhaltet zum einen die Pflicht, alle zugewiesenen Leistungsgruppen anzubieten. Zum anderen beinhaltet die Pflicht auch die Bereitstellung eines Leistungsangebotes, das in der Lage ist, den tatsächlich bestehenden Versorgungsbedarf im Einzugsgebiet des Krankenhauses abzudecken. Die Erbringung aller Leistungen, die zu einer Leistungsgruppe gehören können, wird nicht verlangt. Die Pflicht umfasst jedoch sowohl die Bereitstellung einer hinreichenden Kapazität als auch die Sicherstellung der nach dem tatsächlich bestehenden Versorgungsbedarf gebotenen fachlichen Breite innerhalb der Leistungsgruppe.

Für die für die planungsrechtliche Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen bedeutet dies, dass eine Versorgung grundsätzlich ganzjährig rund um die Uhr sichergestellt werden muss. Bei den elektiven Leistungsgruppen muss ein bedarfs- und patientengerechtes Leistungsangebot vorgehalten werden. Gerade bei den elektiven Leistungsgruppen mit hohen Fallzahlen oder hoher Komplexität kann das auch eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit bedeuten.

D.2.2 Die Überwachung der vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages durch das HMFG

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Leistungsangebotes innerhalb der Leistungsgruppen ist Aufgabe der eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäuser (B.4.5). Die strategische Entscheidung, wie ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot erreicht bzw. gewährleistet wird, obliegt daher grundsätzlich den Krankenhausbetreibern.

Maßgebliche Kriterien für die Überwachung durch das HMFG und die Beurteilung der Frage, ob der Versorgungsauftrag vollständig erfüllt wird, sind:

- die konkrete Fallzahl der Behandlungen in einer Leistungsgruppe im Krankenhaus im Zeitverlauf unter Berücksichtigung der Patientenvorausberechnung und der Ambulantisierung,
- bei notfallversorgungsrelevanten Leistungsgruppen die tatsächliche zeitliche Verfügbarkeit der Versorgung,
- bei allen anderen Leistungsgruppen, ob in diesen Leistungsgruppen auftretende Notfälle in zeitlich angemessenem Rahmen behandelt werden und
- Planfallzahlen, sofern und soweit diese für dieses Krankenhaus und für diese Leistungsgruppe festgelegt wurden.

D.2.3 Vollständige Erfüllung des Versorgungsauftrages in den für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen

Zur Bewertung der vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages in den für die planungsrechtliche Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen werden die Indikatoren der IVENA-Abmeldequote und der Dispositionsänderungsquote herangezogen.

Dabei ist unter der IVENA-Abmeldequote der prozentuale Anteil der Abmeldungen an der Gesamtzeit des maßgeblichen Zeitraums zu verstehen. Bei der Berechnung der Gesamtabmeldequote eines Krankenhauses erfolgt eine Gewichtung der Abmeldungen je Rückmeldezahlen (RMI) nach der Fallzahl.

Die Dispositionsänderungsquote bestimmt den Anteil der Fälle, in denen ein Krankenhaus tatsächlich nicht erstversorgungs- und aufnahmefähig, aber in IVENA als aufnahmefähig hinterlegt war und eine rettungsdienstliche Zuweisung erhalten hat. In diesen Fällen kommt es zu einer kurzfristigen Ablehnung der Zuweisung und einer Änderung der Disposition, weil die Patientin oder der Patient in ein anderes Krankenhaus zugewiesen werden muss. Eine solche Situation birgt nicht unerhebliche Risiken für Patientinnen und Patienten, da sich die notwendige Diagnostik, Therapie oder stationäre Unterbringung zusätzlich erheblich verzögert. Dabei wird auch die Abmeldung einzelner Ressourcen berücksichtigt.

Die Abmeldequote und die Dispositionsänderungsquote werden von der Hessen Agentur aus den IVENA-Daten ermittelt. Die Krankenhäuser in Hessen erhalten über das Hessische Krankenhaus-Informationssystem (HEKIS) die Möglichkeit, ihre Dispositions-

änderungs- und Abmeldequote auch im Vergleich zu dem jeweiligen Durchschnittswert aller hessischen Krankenhäuser einzusehen.

Bei der Beurteilung der Erfüllung des Versorgungsauftrages wird das HMFG berücksichtigen, dass aus verschiedenen Gründen eine ständige Verfügbarkeit nicht gewährleistet werden kann. Beispielhaft für solche Gründe sind Paralleleinsätze, Geräteschäden oder hausinterne Notfälle. Bei der Bewertung der Abmeldequote und der Dispositionssänderungsquote ist entscheidend, welche Werte das Krankenhaus in Relation zu den vergleichbaren Krankenhäusern und allen Krankenhäusern aufweist.³⁸

D.2.4 Folgerungen aus der Verpflichtung zur vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages

Folge der Pflicht nach § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG in Verbindung mit der Bestandskraft eines Feststellungsbescheides ist die Tatsache, dass ein Krankenhaus nicht einseitig die Erfüllung des Versorgungsauftrages einstellen oder wesentlich einschränken kann.

D.3 Die Änderung der Zuteilung von Leistungsgruppen auf Antrag des Krankenausträgers

Sieht der Träger eines Krankenhauses die Notwendigkeit, den bestehenden Versorgungsauftrag an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen, z. B. durch den Verzicht auf die Erbringung einzelner Leistungsgruppen, erfordert dies eine Änderung des Versorgungsauftrages durch das HMFG. Eine einseitige „Rückgabe“ eines Versorgungsauftrages seitens des Trägers des Krankenhauses ist nach § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG nicht zulässig. Bis zur Änderung des Versorgungsauftrages ist der Träger des Krankenhauses zur vollständigen Erfüllung des Versorgungsauftrages verpflichtet. Der Krankenausträger kann in diesem Fall ein Wiederaufgreifen des Verfahrens nach § 51 Abs. 1 HVwVfG beantragen bzw. nach § 51 Abs. 5 i.V.m. §§ 48, 49 HVwVfG anregen.

Um eine zügige Verfahrensdurchführung im Sinne des § 10 S. 2 HVwVfG zu ermöglichen, ist es von zentraler Bedeutung, dass das antragstellende Krankenhaus das HMFG möglichst frühzeitig über die beabsichtigte Antragstellung informiert. Erfolgt eine frühzeitige Kommunikation, ist die Abstimmung des Verfahrens vor Ort mit dem Änderungsverfahren auf Seiten des HMFG wesentlich einfacher möglich.

³⁸ Der Vergleich erfolgt in den Gruppen der Maximalversorger, städtische Zusatzversorger, Regionalversorger, Lokalversorger und Fachkrankenhaus.

Im Regelfall erfolgt die Entscheidung des HMFG über die Änderung des Versorgungsauftrages unter Beteiligung des Landeskrankenhausausschusses und nach Abgabe einer Empfehlung durch diesen.

D.4 Das Vorgehen des HMFG bei Nichterfüllung der gesetzlichen Aufgaben

Erfüllt ein Krankenhaus die ihm obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen oder Aufgaben nicht, bestimmen sich die Rechtsfolgen nach § 13 Abs. 4 HKHG. Demnach sieht das HKHG ein zweistufiges Verfahren vor:

- Stufe 1 ist nach § 13 Abs. 4 S. 1 HKHG die Anweisung der Krankenhausaufsichtsbehörde an das Krankenhaus, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen.
- Stufe 2 ist die Einschränkung oder Entziehung des Versorgungsauftrages. Diese Maßnahme darf nach § 13 Abs. 4 S. 2 HKHG nur ergriffen werden, wenn es sich um wiederholte oder erhebliche Verstöße gegen die gesetzlichen Verpflichtungen oder Aufgaben handelt.

Gleiches gilt für die Entziehung einer besonderen Aufgabe nach Kapitel B.5.7.

D.5 Der Entzug des Versorgungsauftrags und einzelner Leistungsgruppen durch das HMFG

Stellt das HMFG im Rahmen der routinemäßigen Überwachung der Tätigkeit der Krankenhäuser aufgrund der Anzeige einer Patientengefährdung oder aufgrund von Beschwerden fest, dass ein Versorgungsauftrag nicht vollständig erfüllt wird, und führen Maßnahmen nach § 13 Abs. 4 S. 1 HKHG nicht zum Erfolg, wird die Prüfung eines Verfahrens zum (teilweisen) Entzug des Versorgungsauftrages und in Folge des Entzugs der Leistungsgruppe wegen (teilweiser) Herausnahme aus dem Krankenhausplan gem. § 6a Abs. 5 S. 1 Nr. 1 KHG für die einzelnen Leistungsgruppen eingeleitet.

Das Verfahren beinhaltet nach der Ermittlung des Sachverhaltes durch das HMFG, erforderlichenfalls der Einholung einer Stellungnahme bei der LAGQH und der Anhörung des betroffenen Krankenhauses nach § 28 HVwVfG auch eine Beratung im Landeskrankenhausausschuss sowie die Abgabe einer Empfehlung durch diesen.

Gleiches gilt für die Entziehung einer besonderen Aufgabe nach Kapitel B.5.7.

D.6 Verfahrensdurchführung

D.6.1 Modus der Antragstellung

Die Beantragung der Leistungsgruppenzuweisung erfolgt über das Online-Portal HEKIS. Alle Krankenhäuser in Hessen, die derzeit im Hessischen Krankenhausplan enthalten sind oder die Vertragskranenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V, die somatisch tätig sind, verfügen über einen Zugang zum HEKIS-Portal. Krankenhäuser, die eine Neuauflnahme in den Hessischen Krankenhausplan anstreben, können gegenüber dem HMFG einen Antrag auf Zugang zu HEKIS stellen.

Um die Urheberschaft der Antragstellung zu dokumentieren, unterzeichnen die Krankenhäuser den Antrag und laden diesen in HEKIS hoch.

Für die Wahrung von Fristen ist die elektronische Antragstellung über das HEKIS-Portal maßgeblich.

D.6.2 Zeitpunkt der Antragstellung

Der frühestmögliche Termin der Antragstellung und das Ende der Antragsfrist werden vom HMFG durch Erlass nach Kapitel D.6.4 festgelegt.

D.6.3 Transparenz der Eröffnung des Antragsverfahrens

Um allen Krankenhäusern in Hessen eine Antragstellung zu gleichen Bedingungen zu ermöglichen, schafft das HMFG umfassende Transparenz über den Krankenhausplan und die Modalitäten der Antragstellung. Elemente dieser Transparenz sind:

- die Veröffentlichung des neuen Krankenhausplans im Staatsanzeiger nach § 18 Abs. 3 S. 3 HKHG.
- die Veröffentlichung des neuen Krankenhausplans auf der Homepage des HMFG.
- die Veröffentlichung des Erlasses nach Kapitel D.6.4 im Staatsanzeiger des Landes Hessen sowie auf der Homepage des HMFG.
- die direkte Information der derzeit in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser sowie der bekannten Interessenten durch das HMFG.

D.6.4 Regelung der Einzelheiten

Das HMFG regelt Einzelheiten der Antragstellung, insbesondere die Frist der Antragstellung durch Erlass. Sollte infolge einer Änderung des bundesgesetzlichen Rechtsrahmens eine nochmalige Antragstellung notwendig werden, kann das HMFG ein ergänzendes Antragsverfahren durchführen. Auch dieses wird nach Kapitel D.6.3 transparent gemacht.

E

Das Verfahren der späteren Zuweisung von Leistungsgruppen

Für alle Verfahren zur Zuweisung von Leistungsgruppen, die nach der Erstzuteilung der Leistungsgruppen zum 01.01.2027 erfolgen, werden die Ausführungen unter Punkt D.1 durch die nachfolgenden Regelungen ergänzt.

E.1 Elektive Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl

E.1.1 Ausgangslage bei elektiven Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl

Bei einigen elektiven Leistungsgruppen weist der Versorgungsbedarf in Hessen (Kapitel C) eine in den Folgejahren steigende Fallzahl aus. Das HMFG wird die Entwicklung in diesen Leistungsgruppen kontinuierlich beobachten und bei Bedarf die Entscheidung treffen, wie der zusätzliche Versorgungsbedarf erfüllt werden kann.

Die Entscheidung über die Deckung des zusätzlichen Versorgungsbedarfs erfolgt transparent, diskriminierungsfrei und auf Grundlage der strategischen und operativen Ziele des Hessischen Krankenhausplans. Im Sinne eines Qualitätswettbewerbes (B.2.1), der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (B.4.3) und der wirtschaftlichen Eigenverantwortung (B.4.5) soll allen potenziellen Krankenhausträgern in einem geordneten Verfahren die Gelegenheit gegeben werden, sich um einen Versorgungsauftrag zu bewerben (E.1.2).

Das HMFG wird jährlich ermitteln, welcher zusätzliche Versorgungsbedarf auf einer Planungsebene besteht, und in für die jeweilige Leistungsgruppe und die Entwicklung der Bedarfssituation sinnvollen Zeitabständen entscheiden. Sinnvoll ist ein Zeitraum, der eine zusätzliche Fallzahl auf der Planungsebene erwarten lässt, die den Betrieb eines wirtschaftlich tragfähigen Behandlungsangebotes sowie die Erfüllung der Auswahlkriterien nach Kapitel D.1 möglich macht. Dieses Verfahren ist geboten, da ein Zuweisungsverfahren bei einer zu kleinteiligen Aufteilung eine faktische Zugangsbeschränkung für Krankenhäuser darstellt, die derzeit diese Leistungsgruppe noch nicht anbieten.

E.1.2 Verfahren bei elektiven Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl

Nachdem das HMFG den Versorgungsbedarf auf Grundlage der durch die Hessen Agentur ermittelten Behandlungszahlen auf der jeweiligen Versorgungsebene ermittelt hat, erhalten alle potenziellen Leistungsanbieter die Möglichkeit, einen Antrag auf Zuweisung dieser

Leistungsgruppe zu stellen. Das HMFG kann die Zuweisung aufteilen, wenn dies zur Erreichung der Versorgungsziele des Landes Hessen, vor allem im Hinblick auf eine patientengerechte und regional ausgewogene Verteilung der Angebote, geboten ist.

Für die Entscheidung ist der Bedarf im Prognosezieljahr maßgeblich. Das Prognosezieljahr ist das dritte Jahr nach dem Jahr, in dem die Entscheidung zu treffen ist.

Da über die Erstzuteilung der Leistungsgruppen im Jahr 2026 entschieden wird, fließt in diese Entscheidung der prognostizierte Bedarf des Jahres 2029 ein. Das nachfolgende Verfahren kann daher erstmals im Entscheidungsjahr 2027 mit dem Prognosezieljahr 2030 Anwendung finden.

Das Verfahren umfasst folgende Schritte

1. Das HMFG ermittelt jährlich den zusätzlichen Versorgungsbedarf auf der jeweiligen Versorgungsebene (pro Versorgungsgebiet oder hessenweit) und bewertet, ob die seit der letzten Vergabe zusätzlicher Versorgungsaufträge hinzugekommene Fallzahl den Betrieb eines wirtschaftlich tragfähigen Leistungsangebotes möglich macht. Erforderlichenfalls erfolgt eine Aufteilung der Versorgungsaufträge.
2. Das HMFG legt die Zahl der zusätzlich zuzuweisenden Leistungsgruppen und die ggf. erforderliche Planfallzahl fest.
3. Der Aufruf zur Stellung von Anträgen über HEKIS innerhalb einer angemessenen Frist wird im Staatsanzeiger veröffentlicht.
4. Die Krankenhäuser stellen ihre Anträge über das elektronische Antragsverwaltungs- und Dokumentationssystem HEKIS.
5. Das Verfahren nach D.1 wird durchgeführt.

Dem ausgewählten Krankenhaus wird – wenn es sich um ein Krankenhaus handelt, dem diese Leistungsgruppe bislang noch nicht zugewiesen war – erforderlichenfalls nach § 6a Abs. 1 S. 2 HS 2 HKG eine Planfallzahl zugewiesen. Diese Zuweisung erfolgt nur für das Jahr der Neuaufnahme der Leistungen, bei unterjähriger Leistungsaufnahme erforderlichenfalls für zwei Jahre.

E.2 Elektive Leistungsgruppen mit sinkender oder konstanter Fallzahl sowie bei Entzug des Versorgungsauftrages oder Änderung des Versorgungsauftrages auf Antrag des Krankenhausträgers oder Insolvenzverfahren

Handelt es sich um eine Leistungsgruppe, bei der nach der Patientenvorausberechnung mit einer sinkenden oder konstanten Zahl an Fällen zu rechnen ist, besteht kein Bedarf an einer Ausweitung der Versorgung. Eine Zulassung weiterer Krankenhäuser wäre in diesem Fall nicht bedarfsgerecht (B.2.3) und würde auch nicht der Anforderung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (B.4.3) entsprechen.

Allerdings sind auch bei Leistungsgruppen mit sinkender oder konstanter Fallzahl Änderungen in der Versorgungsstruktur möglich. Zu denken ist hier an einen notwendig gewordenen Entzug der Leistungsgruppe durch das HMFG, die Änderung des Versorgungsauftrages auf Antrag des Krankenhausträgers oder einen Leistungswegfall wegen eines Insolvenzverfahrens. In diesem Fall prüft das HMFG, ob durch den Wegfall eines Leistungserbringens ein Versorgungsdefizit eintritt. Tritt ein Versorgungsdefizit ein, wird das Verfahren nach Kapitel E.1.2 Schritte 1 bis 5 durchgeführt. In dem Fall, dass ein neues Krankenhaus in einem Zuweisungsantrag begehrt, in einer neuen Auswahlentscheidung eine Leistungsgruppenzuweisung zu erhalten, wird das HMFG im Rahmen der nächsten anstehenden Überprüfung unter Einbindung und Wahrung der Verfahrens- und materiellen Rechte der bestehenden Krankenhäuser der Leistungsgruppe eine neue und ggf. geänderte Auswahlentscheidung treffen. Wenn die neu zuzuweisende Leistungsgruppe einen engen Bezug zu Leistungsgruppen aufweist, die für die planungsrechtliche Notfallversorgung relevant sind, wird auch dies berücksichtigt.

E.3 Für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppen mit steigender Fallzahl

Für die Leistungsgruppen mit Relevanz für die planungsrechtliche Notfallversorgung, bei denen die Fallzahl steigt, erfolgt zunächst eine Entscheidung des HMFG, ob es sich um einen Bedarf in der gesamten Fläche der Planungsebene (Erreichbarkeitsvorgabe oder landesweit) handelt oder ob nur einzelne Teile einer Planungsebene besonders betroffen sind.

Betrifft der Bedarf die gesamte Fläche der Planungsebene, prüft das HMFG, ob der vorhandene Bedarf durch einen neuen Standort abgedeckt werden kann oder ob der zusätzliche Bedarf auf die vorhandenen Standorte verteilt werden muss.

Nach der Festlegung der notwendigen Zahl der zusätzlichen Standorte und der ggf. erforderlichen Planfallzahl wird das Verfahren nach E.1.2 Schritt 3 bis 6 durchgeführt.

Betrifft der Zuwachs nur Teile der Planungsebene, wird das Verfahren nur für diesen Teil der Planungsebene durchgeführt.

E.4 Für die Notfallversorgung relevante Leistungsgruppen mit sinkender Fallzahl

Bei einer planungsrechtlich notfallversorgungsrelevanten Leistungsgruppe ist der Bezugsbereich für die Neuzuteilung eines Versorgungsauftrages wesentlich geringer. Aufgrund der hohen Bedeutung des Auswahlkriteriums der Erreichbarkeit (D.1.6.1) werden nur die Krankenhäuser in die Betrachtung einbezogen, die den wegfallenden Standort der Notfallversorgung auch im Hinblick auf die flächendeckende Versorgung ersetzen können.

Nach der Festlegung der notwendigen Zahl der zusätzlichen Leistungsgruppen und der ggf. erforderlichen Planfallzahl wird das Verfahren nach E.1.2 Schritt 3 bis 6 durchgeführt.

E.5 Änderungen im Zeitraum bis zum 31.12.2026

Treten im Zeitraum bis zum 31.12.2026 besondere Ereignisse auf, wie z. B. eine Insolvenz, die die Zuweisung zusätzlicher Versorgungsaufträge zwingend notwendig machen, können Anträge nur in Abstimmung mit dem HMFG gestellt werden. Die Verfahrensregelungen unter Punkt D gelten entsprechend.

F

Planung in der Psychiatrie / Psychosomatik

Die Behandlung psychisch erkrankter Menschen bedarf einer eng abgestimmten Kooperation aller Behandlungs- und Betreuungsangebote, die in einem gemeindepsychiatrischen Verbund verankert sein sollen. Dies ist in § 6a des Hessischen Gesetzes über Hilfe bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) entsprechend festgeschrieben. Damit bei entsprechender Indikation die Therapie, die bereits im Krankenhaus begonnen wurde, nach Entlassung fortgesetzt werden kann, ist die Vernetzung mit psychosozialen Diensten und Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, besonders mit dem ambulanten psychosozialen Versorgungssystem, den psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialen Teilhabe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern, Nervenärztinnen und Nervenärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzten im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung wesentlich.

Insbesondere für Personen mit rezidivierenden oder lang andauernden schweren psychischen Erkrankungen sind sowohl unter fachlichen als auch ökonomischen Aspekten personenzentriert ausgerichtete Komplexleistungsangebote, die schon während der Akutbehandlung mit den anderen Leistungserbringern abgestimmt werden, erforderlich. Daher spielen die psychiatrischen Krankenhäuser eine Schlüsselrolle im Versorgungssystem.

Zur Erfüllung der inhaltlich-qualitativen Anforderungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sind die evidenzbasierten medizinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) für nahezu alle dort behandelten Krankheitsbilder umzusetzen.

Für den Bereich der Psychiatrie liegt aktuell ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem auf Basis tagesbezogener Entgelte vor. Sofern in Zukunft eine Anpassung des Systems auf eine Fallzahlenzuweisung erfolgen sollte, muss als Grundlage hierfür eine differenzierte Versorgungsanalyse erstellt werden.

F.1 Verfahrensregelungen in der Psychiatrie

Der Fachbereich Psychiatrie ist nicht Gegenstand der Krankenhausreform auf Bundesebene. Das bisherige System der psychiatrischen Fachgebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ bleibt daher vorerst bestehen.

Derzeit bestehende Versorgungsaufträge werden ohne Änderung in den neuen Krankenhausplan übernommen. Für das Verfahren gilt das Kapitel 7 des Hessischen Krankenhausplans 2020. Dieses ist als Anhang 3 Bestandteil dieses Krankenhausplans.

F.2 Verfahrensregelungen in der Psychosomatik

Der Fachbereich Psychosomatik ist von der derzeitigen Bundesreform der Krankenhausversorgung ausgenommen. Das bisherige System der psychosomatischen Versorgung bleibt daher vorerst bestehen.

Derzeit bestehende Versorgungsaufträge werden ohne Änderung in den neuen Krankenhausplan übernommen. Für das Verfahren gilt das Kapitel 7 des Hessischen Krankenhausplans 2020. Dieses ist als Anhang 3 Bestandteil dieses Krankenhausplans.

G

Besondere Anforderungen an die Notfallversorgung und die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst

G.1 Einleitung

Das Hessische Krankenhausgesetz weist der Notfallversorgung und den intensivmedizinischen Kapazitäten in § 1 Abs. 2 HKHG eine besondere, herausragende Bedeutung zu. Aus diesem Grund legt der Hessische Krankenhausplan unter Kapitel B.3.1 Versorgungsziele in der Notfallversorgung fest.

G.2 Übersicht über die tatsächlich verfügbaren Behandlungskapazitäten

Die Sicherung der Notfallversorgung erfordert zu jedem Zeitpunkt eine aktuelle Übersicht über die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten. Um die verfügbaren Behandlungskapazitäten, auch im Ausnahmefall transparent darzustellen, nutzen alle Krankenhäuser und alle Zentralen Leitstellen das System e-Health – Interdisziplinärer Versorgungsnachweis. Durch die Nutzung von IVENA erfüllen die Krankenhäuser ihre gesetzliche Pflicht über die Organisation eines Bettennachweises nach § 9 Abs. 1 HKHG i. V. m. § 5 Abs. 6 HRDG.

G.3 Patientensteuerung im Verhältnis zur Versorgung ambulanter Akutfälle

Ein wichtiges Element der Notfallversorgung ist die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zur bedarfsgerechten Versorgungsform. Diese Abgrenzung ist im Hinblick auf die Versorgung ambulanter Akutfälle von besonderer Bedeutung. Ambulante Akutfälle, einschließlich sogenannter Selbsteinweiser, nach Ersteinschätzung sind nicht Gegenstand der Notfallversorgung im Sinne des Hessischen Krankenhausplans. Bei diesen handelt es sich um Fälle, die keiner stationären Aufnahme bedürfen, sondern ambulant behandelt werden können. Für eine präzise und bedarfsgerechte Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene wird angestrebt, an den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern, die über Leistungsgruppen der allgemeinen, vertieften oder spezialisierten planungsrelevanten Notfallversorgung verfügen und an der Notfallversorgung teilnehmen, einen gemeinsamen Tresen nach dem Vorbild des „Höchster Modells“ einzuführen. Hierzu stimmen die Krankenhäuser und die Kassenärztliche Vereinigung sich miteinander ab und erarbeiten angelehnt an die regionalen Besonderheiten weitere Details. Außerdem soll das Projekt Sektorübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN) weiterentwickelt und ausgeweitet werden. Dabei werden auch die Ergebnisse der Notfallreform auf Bundesebene berücksichtigt. Einzelheiten zur Versorgung bei einem Massenanfall von Verletzten / Erkrankten

und in den Szenarien der zivilen Verteidigung werden in Abstimmung mit den Trägern des Rettungsdienstes, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Katastrophenschutzbehörden durch Erlass des HMFG geregelt.

G.4 Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und Rettungskette

Gemäß § 3 Abs. 4 HRDG sind Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt. Eine Besonderheit bildet der psychiatrische Notfall, der in Kapitel G.7 separat betrachtet wird.

Die rettungsdienstliche Zuweisung, im Regelfall durch die zentrale Leitstelle, erfolgt nach § 3 Abs. 5 HRDG in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus. Welches Krankenhaus geeignet ist, ergibt sich aus den Leistungsgruppen und der Notfallstufe im Sinne des gestuften Systems der Notfallversorgung des G-BA folgenden Zuweisung der Rückmeld-eindikation (RMI) in IVENA sowie den Umständen des konkreten Einzelfalls. Maßgeblich ist dabei die Entscheidung des Rettungsdienstes darüber, welches der erreichbaren Krankenhäuser als Erstes in der Lage ist, die entscheidenden notfallmedizinisch relevanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Stabilisierung, Operation/Intervention) im Sinne des bestmöglichen Patientenoutcomes durchzuführen. Zwar ist die Möglichkeit zur dauerhaften Behandlung stets zu berücksichtigen, aber bei Vorrang einer lebensrettenden Sofort-Diagnostik / Therapie nicht ausschlaggebend. Bei fehlender (Intensiv-)Bettenkapazität muss bei Bedarf nach Stabilisierung und Initialtherapie (ggf. inkl. Operation/Intervention) ein Sekundärtransport in ein dauerhaft versorgungsfähiges Krankenhaus veranlasst werden. Grundsätzlich ist es das Ziel des HKHG, dass die Notfallpatientinnen und -patienten möglichst ohne nachfolgende Sekundärtransporte versorgt werden.

Aus der Pflicht zur Hilfe in Notfällen nach § 5 Abs. 2 S. 1 HKHG folgt, dass Notfallpatientinnen und -patienten erforderlichenfalls in allen Krankenhäusern, denen notfallversorgungsrelevante Leistungsgruppen zugewiesen sind und die an der Notfallversorgung teilnehmen, medizinisch soweit ersteingeschätzt und mittels Diagnostik und Therapie bzw. Intervention versorgt werden können, dass sie im Bedarfsfall stabilisiert zur qualifizierten notfallmedizinischen Weiterbehandlung in Kliniken verlegt werden können, die die benötigten Leistungsgruppen vorhalten oder denen besondere Aufgaben nach Kapitel B.5.7 zugewiesen sind. Einzelheiten zur rettungsdienstlichen Zuweisungsstrategie können im Erlass „Zuweisungsstrategie im Rettungsdienst“ festgelegt werden. Für zeitkritische Sekundärverlegungen bzw. Sekundärverlegungen in entfernte Zielkliniken für die weitere

Behandlung und stationäre Aufnahme kommt der Luftrettung eine besondere Bedeutung (Kapitel H.1.3.2) zu.

Kommt es in einem Krankenhaus zu einer für dieses Krankenhaus nicht mehr beherrschbaren Behandlungssituation, bei der eine Stabilisierung oder Behandlung der Patientin oder des Patienten nicht möglich ist und besteht gleichzeitig eine akut lebensrettende Behandlungsmöglichkeit in einem anderen Krankenhaus, ist ein Primäreinsatz des Rettungsdienstes gemäß Ziffer 1.1.6 des Rettungsdienstplans des Landes Hessen auszulösen. In diesem Fall übernimmt der Rettungsdienst die weitere Behandlung und Zuweisung in das nächste geeignete aufnahmebereite Krankenhaus. Dabei hat das Krankenhaus, in dem der Notfall aufgetreten ist, den Rettungsdienst und das aufnehmende Krankenhaus bei der Notfallversorgung (z. B. Geräte / Material / Dokumentation) sowie bei der Patientenübergabe zu unterstützen.

Stehen für einen Notfall mehrere geeignete Krankenhäuser innerhalb der Erreichbarkeitskriterien gemäß Kapitel B.3.1 und Kapitel G.6 zur Verfügung, soll der Rettungsdienst das Krankenhaus anfahren, das voraussichtlich eher zu einer vollständigen Notfallversorgung in der Lage ist (Diagnostik, Therapie, Unterbringung). Wenn es medizinisch vertretbar ist, kann dabei auch eine längere Transportzeit innerhalb der durch die Erreichbarkeitskriterien vorgegebenen Fahrzeiten in Kauf genommen werden.

G.5 Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst

Aus Patientensicht ist es entscheidend, im Notfall nach der Alarmierung des Rettungsdienstes so schnell wie möglich die erforderliche medizinische Diagnostik und Therapie zu erhalten. Die Rettungskette, das heißt alle Aktivitäten zwischen dem Eingang eines Notrufs und dem Beginn der erforderlichen Notfallversorgung im Krankenhaus, muss insgesamt so organisiert sein, dass eine adäquate Behandlung erfolgen kann. Hierzu gehört die Zeitspanne zwischen Alarmierung und Eintreffen im geeigneten Krankenhaus, die möglichst kurz sein soll. Eine Prähospitalzeit von einer Stunde soll nicht überschritten werden. Hierfür ist die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Krankenhäusern weiter zu optimieren. Die Vorgaben zur zeitlichen Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten nach § 5 Abs. 2 Nr. 2 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V bleiben unberührt.

Die gesetzlich vorgeschriebene, planerische Hilfsfrist des Rettungsdienstes von im Regelfall 10 Minuten (§ 15 Abs. 2 S. 2 HRDG) sorgt in Kombination mit den Regeln zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern dafür, dass die Versorgung in der Fläche planerisch gesichert ist.

Das Land Hessen hat sowohl die rechtlichen als auch die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, damit eine Prähospitalzeit von einer Stunde grundsätzlich eingehalten werden kann. Das HRDG sieht in § 15 Abs. 2 S. 2 eine planerische Hilfsfrist (Zeit vom Eingang einer Notfallmeldung bis zum Eintreffen am Einsatzort) von im Regelfall zehn Minuten vor. Die geographische Erreichbarkeit und das Vorhalten der notwendigen notfallmedizinischen Angebote spielen für das Erreichen dieser Hilfsfrist eine zentrale Rolle. Der Einsatz von Telenotärztinnen und Telenotärzten kann eine weitere Verbesserung bewirken. Eine optimale Notfallversorgung der hessischen Bevölkerung kann nur im Zusammenspiel zwischen den Zentralen Leitstellen, dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern erfolgen. Ergänzend haben Voraushelfersysteme, Modelle smartphonebasierter Ersthelfersysteme sowie eine breite Öffentlichkeitsarbeit zur verstärkten Ausbildung des Selbstschutzes eine Bedeutung.

Nach Kapitel B.3.1 ist es das strategische Ziel des Landes Hessen in der Notfallversorgung, dass von jedem Einsatzort in Hessen aus im Regelfall innerhalb von 30 Minuten für jede Leistungsgruppe der allgemeinen Notfallversorgung ein Krankenhaus erreichbar sein soll. Krankenhäuser, die an der vertieften oder spezialisierten Notfallversorgung teilnehmen, sollen in bedarfsgerechtem Umfang ebenfalls möglichst flächendeckend zur Verfügung stehen.

Grundsätzlich muss es das Ziel sein, den Zeitraum ohne Therapie (therapiefreies Intervall) in der Rettungskette weiter zu minimieren, z. B. durch den Einsatz von Voraushelfersystemen oder digitalen Ersthelfersystemen.

G.6 Die Versorgung der Tracerdiagnosen

Eine besondere Bedeutung kommt der zeitnahen Versorgung bei den sogenannten Tracerdiagnosen zu. Dies sind Diagnosen, die in der Notfallversorgung eine große Bedeutung haben und zugleich stellvertretend für eine Vielzahl anderer Notfälle stehen. Gemäß den Empfehlungen der am Rettungsdienst beteiligten Organisationen, Institutionen und Fachgesellschaften³⁹ sollen folgende Zeiten ab Notrufeingang bei den folgenden Tracerdiagnosen nicht überschritten werden:

39 Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed (2025), <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01612-6>. Dieses Eckpunktepapier stellt eine Weiterführung des Eckpunktepapiers 2016 dar. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016), <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>. Reanimationsleitlinie 2021 (ERC-Leitlinie), https://www.grc-org.de/files/Contentpages/document/Leitlinienkompakt_26.04.2022.pdf.

- Schädel-Hirn-Trauma: maximal 90 Minuten bis zum OP-Beginn
(60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)
- Schlaganfall: maximal 90 Minuten bis zur Entscheidung der Therapieart
(60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)
- Schwerverletzte / Polytrauma: maximal 90 Minuten bis zum OP-Beginn
(60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)
- Sepsis: maximal 90 Minuten bis zur Diagnostik inkl. mikrobiologischer Probenentnahme
(60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)
- ST-Hebungsinfarkt: maximal 90 Minuten bis zur perkutanen koronaren Intervention (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme)
- Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand: (60 Minuten bis zur Klinikaufnahme), im Falle einer extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR) soll nach aktuellen Leitlinien der extrakorporale Kreislauf spätestens 60 Minuten nach Eintritt des Kreislaufstillstandes hergestellt sein, woraus ein anzustrebendes Zeitintervall von weniger als 40 bis 45 Minuten bis zur Klinikaufnahme resultiert⁴⁰

Um diese Vorgaben erreichen und möglichst weit unterschreiten zu können, ist es das Ziel, die außerhalb der Verantwortung der Kliniken liegende Prähospitalzeit, d. h. vom Eingang des Notrufes bis zur Ankunft im Zielkrankenhaus, nicht über 60 Minuten dauern zu lassen, sondern möglichst kurz zu halten. In vielen Fällen wird eine kürzere Prähospitalzeit möglich sein, was im Sinne des Patientenoutcomes anzustreben ist. Wenn präklinisch lebensrettende Maßnahmen erforderlich sind, kann der hierfür erforderliche Zeitbedarf auch zu einer gerechtfertigten Verlängerung der Prähospitalzeit führen. Zur angestrebten Minimierung der Prähospitalzeit muss auch die Wahl der Transportmittel beachtet werden. Die Krankenhäuser, denen Leistungsgruppen der planungsrechtlichen Notfallversorgung zugewiesen sind und die an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen in der Lage sein, die notwendige Diagnostik und Therapie sofort einzusetzen zu können, um die oben genannten Empfehlungen einzuhalten.

Für die Tracerdiagnosen gelten folgende Vorgaben für die zeitliche Erreichbarkeit:

⁴⁰ Reanimationsleitlinie 2021 (ERC-Leitlinie), https://www.grc-org.de/files/Content-pages/document/Leitlinienkompakt_26.04.2022.pdf.

- Für die Tracerdiagnose schweres Schädel-Hirn-Trauma soll durch die Krankenhausplanung sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus, dem die Leistungsgruppe Neurochirurgie zugewiesen ist, vom Einsatzort im Regelfall möglichst innerhalb von 30 Minuten erreicht werden kann. Steht innerhalb der 30 Minuten Erreichbarkeit, auch ggf. unter frühzeitiger Einbeziehung der Luftrettung, kein zertifiziertes Traumazentrum mit der Leistungsgruppe Neurochirurgie oder kein aufnahmefähiges zertifiziertes Traumazentrum mit der Leistungsgruppe Neurochirurgie zur Verfügung, kann die betroffene Patientin oder der Patient auch in einem zertifizierten Traumazentrum ohne die Leistungsgruppe Neurochirurgie behandelt werden. Dieses sollte möglichst telemedizinisch an eine Neurochirurgie angeschlossen sein. Erforderlichenfalls ist schnellstmöglich eine Weiterverlegung an ein geeignetes Krankenhaus zu veranlassen.
- Für die Tracerdiagnose Schlaganfall soll durch die Krankenhausplanung sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus, dem die Leistungsgruppe Stroke-Unit zugewiesen ist, vom Einsatzort im Regelfall innerhalb von 30 Minuten, auch ggf. unter frühzeitiger Einbeziehung der Luftrettung, erreichbar ist. Erforderlichenfalls ist schnellstmöglich eine Weiterverlegung an ein geeignetes Krankenhaus zu veranlassen.
- Für die Tracerdiagnose Schwerverletzte / Polytrauma soll durch die Krankenhausplanung sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus, dem die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ zugewiesen ist, vom Einsatzort im Regelfall möglichst innerhalb von 30 Minuten erreicht werden kann. Steht innerhalb der 30 Minuten Erreichbarkeit, auch ggf. unter frühzeitiger Einbeziehung der Luftrettung, kein Krankenhaus mit der Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“, das auch als überregionales oder regionales Traumazentrum zertifiziert ist, oder kein entsprechend aufnahmefähiges Krankenhaus zur Verfügung, so kann auch ein anderes Krankenhaus mit einem zertifizierten Traumazentrum angefahren werden. Erforderlichenfalls ist schnellstmöglich eine Weiterverlegung an ein geeignetes Krankenhaus zu veranlassen.
- Für die Tracerdiagnose Sepsis soll durch die Krankenhausplanung sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus, dem die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie zugewiesen ist, vom Einsatzort im Regelfall innerhalb von 30 Minuten, auch ggf. unter frühzeitiger Einbeziehung der Luftrettung, erreichbar ist.
- Für die Tracerdiagnose ST-Hebungsinfarkt soll durch die Krankenhausplanung sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus mit der Leistungsgruppe Interventionelle Kardiologie vom Einsatzort im Regelfall in maximal 30 Minuten erreichbar ist.

Entscheidend ist dort die Betriebsbereitschaft des Herzkatheterlabors (inkl. Personal) bereits bei Eintreffen des Patienten. Dabei soll der Rettungsdienst den Patienten direkt ohne Umwege ins Herzkatheterlabor bringen.

- Dabei sind jeweils die pädiatrischen Aspekte zu berücksichtigen.

G.7 Psychiatrische Notfälle

Ein psychiatrischer Notfall kann zu lebensgefährlichen Zuständen führen und erfordert somit unmittelbares therapeutisches Handeln. Psychiatrische Notfallpatientinnen und -patienten unterfallen insofern ebenfalls dem § 3 Abs. 4 HRDG.

Zu den wichtigsten psychiatrischen Notfällen gehören akute Psychosen, akute Suizidalität, akute Unruhe- und Erregungszustände, Angststörungen, Delir, Stupor und Katatonie sowie Intoxikationen teilweise verbunden mit einer Eigen- und / oder Fremdgefährdung.

G.7.1 Unterbringungsfälle nach PsychKHG

Im Falle einer erheblichen Gefahr für das Leben und die Gesundheit einer Person oder das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer infolge einer psychischen Störung der Person kann nach § 9 Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gerichtlich angeordnet werden (§ 312 ff. FamFG). Nach § 17 PsychKHG kann eine sofortige vorläufige Unterbringung durch eine bestellte Ärztin oder einen bestellten Arzt angeordnet werden, wenn die Voraussetzungen nach § 9 PsychKHG mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegen und Gefahr im Verzug ist. In diesem Fall ist unverzüglich eine gerichtliche Anordnung zu beantragen.

Alle psychiatrischen Krankenhäuser nach § 108 Nr. 1 oder Nr. 2 des SGB V – also alle im Krankenhausplan aufgenommenen psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern – sind in Hessen nach § 11 PsychKHG durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Land Hessen mit dieser Aufgabe beliehen.

Für diese Fälle besteht eine genau definierte regionale Pflichtversorgung, die in den jeweiligen krankenhausplanerischen Bescheiden oder in den Beleihungsverträgen nach § 11 Abs. 2 PsychKHG festgelegt ist, also eine Aufnahmeverpflichtung des jeweiligen psychiatrischen Krankenhauses aller Patientinnen und Patienten nach PsychKHG aus dem jeweiligen Pflichtversorgungsgebiet. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dabei nicht die Meldeadresse wesentlich, sondern der gewöhnliche Aufenthaltsort.

Die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser sind dazu verpflichtet sicherzustellen, dass in dem jeweiligen psychiatrischen Krankenhaus jederzeit die zur ordnungsgemäß en Durchführung der Unterbringung erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind. Hierzu zählt, dass sichergestellt wird, dass

- sich die untergebrachte Person ihrer Unterbringung nicht entzieht,
- einer akuten Selbst- und Fremdgefährdung in therapeutisch geeigneter Weise entgegengewirkt werden kann sowie
- eine körperlich lebensbedrohlich erkrankte oder verletzte Person in eine geeignete Fachabteilung bzw. in ein geeignetes Krankenhaus mit den entsprechenden Leistungsgruppen verlegt wird.

In einer somatisch lebensbedrohlichen Situation ist die Person in eine geeignete Fachabteilung des Krankenhauses bzw. im Falle eines psychiatrischen Fachkrankenhauses in ein geeignetes Krankenhaus mit den entsprechenden Leistungsgruppen zu verlegen. Im letzten Fall hat das psychiatrische Fachkrankenhaus die notfallmedizinische somatische Versorgung seiner Patientinnen und Patienten mit den im Landkreis oder der kreisfreien Stadt vorhandenen Notfallkrankenhäusern abzustimmen.

Auf § 17 Abs. 3 S. 2 PsychKHG und die Mitteilungspflichten im Falle der Zuführung durch die örtlichen Polizei- und Ordnungsbehörden nach § 32 Abs. 4 S. 1 des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG) wird verwiesen.

G.7.2 Psychiatrische Notfälle, die nicht vom PsychKHG erfasst sind

Nicht alle psychiatrischen Notfälle unterfallen dem Anwendungsbereich des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes. Zu denken ist z. B. an Situationen, in denen die betroffene Person auch im psychiatrischen Notfall letztlich freiwillig dazu bereit ist, vom Rettungsdienst in ein psychiatrisches Krankenhaus befördert zu werden, sodass damit eine Unterbringung nach § 9 oder § 17 PsychKHG nicht erfolgen muss.

G.7.2.1 Versorgung nach Pflichtversorgungsgebieten

Die Versorgung von psychiatrischen Notfallpatientinnen und -patienten erfolgt in Anlehnung an die Pflichtversorgung nach § 10 PsychKHG i.V.m. den jeweiligen krankenhausplanerischen Bescheiden in den jeweiligen Pflichtversorgungsgebieten. Dies trägt den Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Rechnung, die möglichst

regional zu erbringen ist. Die Festlegung dient außerdem der Konstanz der Versorgung, der Kontinuität der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aus den verschiedenen Bereichen der Sozialgesetzgebung vor Ort und damit der Verhinderung von Drehtüreffekten.

In einer somatisch lebensbedrohlichen oder anderweitig kritischen Situation ist die Person in eine geeignete Fachabteilung des Krankenhauses bzw. im Falle eines psychiatrischen Fachkrankenhauses in ein geeignetes Krankenhaus mit den entsprechenden Leistungsgruppen zu verlegen. Im letzteren Fall hat das psychiatrische Fachkrankenhaus die notfallmedizinische somatische Versorgung seiner Patientinnen und Patienten mit den im Landkreis oder der kreisfreien Stadt vorhandenen Notfallkrankenhäusern abzustimmen.

G.7.2.2 Ersteinschätzung

Auch psychiatrische Kliniken sind gemäß § 5 HKHG zur Notfallversorgung verpflichtet und müssen diese entsprechend sicherstellen. Im Regelfall wird die Notfallversorgung durch die nach den Kapiteln G.7.2.1 zuständigen Krankenhäuser sichergestellt. Es sind aber Ausnahmefälle denkbar, in denen die Dringlichkeit einer Ersteinschätzung hoch ist und das zuständige Krankenhaus zu weit entfernt ist, oder auch ein anderes Krankenhaus bereits Erfahrung mit dieser Person hat. Alle psychiatrischen Krankenhäuser sind daher im Ausnahmefall, unabhängig von der Frage des Wohnsitzes der Patientin oder des Patienten, zur psychiatrischen Ersteinschätzung verpflichtet.

Ein Ausnahmefall besteht, wenn die Fahrtzeit vom Einsatzort zur eigentlich für die Pflichtversorgung zuständigen Klinik 60 Minuten übersteigt. Bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt die Fahrtzeit 80 Minuten. Eine weitere Ausnahme besteht bei einer Behandlung in der jeweiligen Psychiatrischen Klinik innerhalb der letzten 30 Tage. Der Rettungsdienst fährt in diesem Fall das nächstgelegene verfügbare Krankenhaus an. Regionale Besonderheiten können in der rettungsdienstlichen Zuweisungsstrategie berücksichtigt werden.

Auf Basis der psychiatrischen Ersteinschätzung der psychiatrischen Patientin oder des psychiatrischen Patienten entscheidet das einschätzende psychiatrische Krankenhaus darüber, ob eine Aufnahme zur stationären Versorgung notwendig ist. Die Ersteinschätzung umfasst die Übernahme des Patienten aus dem Rettungsmittel und Exploration. Wurde die Ersteinschätzung bei Patientinnen und Patienten aufgrund der Fahrtzeit nicht von dem eigentlich zuständigen pflichtversorgenden Krankenhaus durchgeführt und besteht die Notwendigkeit einer weiteren stationären Behandlung, fordert das erstversorgende Krankenhaus einen Sekundärtransport bei der zuständigen Zentralen Leitstelle an. Die Information des für die Pflichtversorgung zuständigen Krankenhauses erfolgt durch die

ersteinschätzende Klinik. Ist eine stationäre Aufnahme gemäß der ärztlichen psychiatrischen Ersteinschätzung nicht angezeigt, erfolgt die Nicht-Aufnahme der Notfallpatientin bzw. des Notfallpatienten durch das ersteinschätzende psychiatrische Krankenhaus.

G.7.2.3 Folgen für die stationäre Versorgung

Psychiatrische Kliniken können insofern weder für die Pflichtversorgung gemäß PsychKHG noch für die Versorgung bei anderen psychiatrischen Notfällen im Sinne von Kapitel G.7.2.1 aus dem eigenen Pflichtversorgungsbereich auf ihre Ressourcen-Einschränkung in IVENA verweisen. IVENA dient in diesem Fall ausschließlich der Information der Klinik über angemeldete Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sowie der Erfassung der Patientenzahlen und damit der Leistungen der einzelnen Krankenhäuser.

Die Einzelheiten zur rettungsdienstlichen Zuweisungsstrategie bei psychiatrischen Notfällen außerhalb des HSOG bzw. PsychKHG können im Erlass zur Zuweisungsstrategie im Rettungsdienst geregelt werden.

H Weitere Anforderungen an Krankenhäuser

H.1 Bauliche Anforderungen an Krankenhäuser

H.1.1 Grundsätzliches zu den baulichen Anforderungen

Krankenhäuser müssen baulich darauf eingerichtet sein, die für sie geltenden und zukünftige Anforderungen zu erfüllen. Dies betrifft vor allem die Sicherstellung der qualitativ hochwertigen (B.2.1), patientengerechten (B.2.2), bedarfsgerechten (B.2.3), verlässlichen (B.2.4) und auch in Ausnahmefällen aufnahmebereiten Versorgung (B.2.5), aber auch die unter Punkt B.4 dargestellten Anforderungen. Eine herausgehobene Bedeutung haben dabei die quantitativ hinreichende Dimensionierung des Krankenhauses (B.4.9 und D.2.1) und die Sicherstellung einer schnellen Triage von Notfällen (D.1.6) sowie der schnellen Behandlung von Notfällen.

Die gegenwärtige und zukünftige Gewährleistung einer geeigneten baulichen Struktur eines Krankenhauses zur Erfüllung rechtlich verbindlicher Anforderungen des Hessischen Krankenhausplans ist aufgrund der organisatorischen und wirtschaftlichen Eigenständigkeit der Krankenhäuser (B.4.5) Aufgabe der Geschäftsführung des Krankenhauses.

H.1.2 Bauliche Zielvorgaben des Landes Hessen

Die nachfolgenden baulichen Anforderungen geben die Zielvorgaben des Landes Hessen wieder. Diese Zielvorgaben sind bei dem Neubau von Krankenhäusern oder bei Modernisierungsmaßnahmen in nicht unerheblichem Umfang zu beachten. Es ist die erklärte Absicht des Landes Hessen, mittel- und langfristig die bauliche Struktur aller Krankenhäuser in Hessen an die nachfolgenden Anforderungen hinzuführen. Die Umsetzung dieser Vorgaben wird die enge Abstimmung aller an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Institutionen wie z. B. auch des Rettungsdienstes erfordern.

H.1.3 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf den Rettungsdienst und die Notfallversorgung

Die Belange des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung führen unter zwei Aspekten zu baulichen Anforderungen an die Krankenhäuser. Diese betreffen den bodengebundenen Rettungsdienst und die Luftrettung.

H.1.3.1 Anforderungen des bodengebundenen Rettungsdienstes

Im Hinblick auf den bodengebundenen Rettungsdienst sind folgende Anforderungen zu berücksichtigen:

a) Räumliche Lage der Rettungsdienstanfahrt

Die Fahrzeughalle soll für den Rettungsdienst ohne weitere Verzögerung befahrbar sein und sich auf derselben Ebene (Zugang ohne Aufzug) in unmittelbarer Nähe zur Zentralen Notaufnahme (ZNA), den Schockräumen sowie dem Notfall-CT befinden, jeweils auf derselben Gebäudeebene. Zahl, Größe und Anordnung der Stellplätze für Rettungswagen (RTW) und Krankentransportwagen (KTW) sind so zu bemessen, dass bei regelhafter Beanspruchung alle Fahrzeuge unabhängig voneinander ein- und ausfahren können. Zur Verbindung der Fahrzeughalle mit der ZNA sind Türen mit Schleusenfunktion einzuplanen, um eine sichere und hygienische Übergabe zu gewährleisten. Falls Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) in der Halle stationiert werden, sind gesondert ausgewiesene Stellplätze mit Stromanschlüssen vorzusehen. Zu- und Abfahrten der Fahrzeughalle sollen durch automatische Rolltore gesichert werden, um die Betriebsabläufe zu optimieren und die Sicherheit zu erhöhen.

Für den Rettungsdienst sind die Wege zu allen notfallrelevanten Einrichtungen des Krankenhauses ab der Fahrzeughalle bis zum Zielort, durchgängig leicht erkennbar und eindeutig zu kennzeichnen, insbesondere

- ZNA / Schockräume
- Notfall-CT
- Interventionseinheiten (z. B. Herzkatheter-Labor, Hybrid-OP / Angiografie, Endoskopie)
- Kreißsaal
- Intensivstationen
- OP-Patientenschleuse
- Blutbank
- Spezialambulanzen mit Notfallbehandlungsfunktion (z. B. Augen, HNO, Kinder, Akutpsychiatrie)

b) Vorbereitung der Fahrzeughalle für die Nutzung bei einem Massenanfall von Verletzten

Wenn die Fahrzeughalle bei einem Massenanfall von Verletzten auch als Triage- oder temporäre Versorgungseinheit genutzt werden soll, sind ausreichend Anschlüsse für Sauerstoff, Druckluft, IT und Strom einzuplanen. Dabei ist auf die Konformität mit dem Brandschutz zu achten. Wünschenswert sind darüber hinaus Räumlichkeiten, die als Lager für Medikamente und Verbrauchsmaterial auch für den Rettungsdienst genutzt werden können. Diese Infrastruktur gewährleistet eine flexible Nutzung der Fahrzeughalle in Krisensituationen. Hierzu ist der entsprechende individuelle Krankenhausalarm- und -einsatzplan (KAEP) zu beachten (siehe Kapitel J.3.).

Vor den Krankenhouseingängen (Rettungsdienstanfahrt) ist zukünftig, wenn möglich, eine Fläche von ca. 600 m² für einen Behandlungsplatz (BHP 25–50) des Katastrophenschutzes zur Pufferung von Patientinnen und Patienten im Katastrophen- und im Zivilschutzfall vorzuhalten (mobil oder baulich).

c) Stellplätze

Die Anzahl der Stellplätze für Rettungsmittel (v.a. RTW und NEF) ist entsprechend der Bettenkapazität des Krankenhauses sowie der dort vorhandenen durchschnittlichen Frequenz rettungsdienstlicher Anfahrten zur Einlieferung und Verlegung von Patientinnen und Patienten zu planen und so zu gestalten, dass eine ständige Zu- und Ausfahrt von Rettungsmitteln gewährleistet ist.

Für Rettungsmittel ist sicherzustellen, dass das Ausladen von Fahrtragen oder Tragestühlen – und damit auch der Patientinnen und Patienten – bei geschlossenem Torsystem und Belegung aller Stellplätze möglich ist. Dafür wird eine Mindestlänge von ca. neun Metern pro Stellplatz benötigt. Zusätzlich soll ein seitlicher Freiraum von etwa ein bis zwei Metern eingeplant werden, um ausreichend Bewegungsfreiheit für das Personal zu gewährleisten.

d) Deckenhöhe

Für eine reibungslose Einfahrt von Rettungsmitteln ist eine Mindestdeckenhöhe von vier Metern erforderlich. Dadurch ist gewährleistet, dass selbst hohe Fahrzeuge mit aufmontierten Funkantennen die Einfahrt problemlos passieren können, ohne das Klinikdach zu beschädigen.

Zudem muss die Einfahrt so dimensioniert sein, dass auch Sonderfahrzeuge wie Intensivtransportwagen (ITW) gemäß DIN 75076 uneingeschränkt Zugang erhalten. Dadurch ist

sichergestellt, dass die Fahrzeughalle für den gesamten üblichen Rettungsfuhrpark geeignet ist, einschließlich solcher Spezialfahrzeuge, die in besonderen Einsatzsituationen erforderlich sind. Einzelheiten zur notwendigen Deckenhöhe sind zwischen dem Krankenhaus und allen betroffenen Rettungsdiensträgern im Verfahren nach Kapitel H.1.7 abzustimmen. Dabei ist auch die Häufigkeit der Verwendung der einzelnen Rettungsmittel zu berücksichtigen.

e) Neigungswinkel der Zufahrt

Um Beschädigungen des Trittbretts am Heck der Rettungsfahrzeuge zu vermeiden, sollte der Neigungswinkel im Zufahrtsbereich der Fahrzeughalle einen maximalen Wert von 7° nicht überschreiten. Dadurch ist gewährleistet, dass auch tief liegende oder schwer beladene Fahrzeuge sicher ein- und ausfahren können, ohne dass Fahrzeugkomponenten wie Trittbretter oder Unterfahrschutz beschädigt werden.

f) Wendemöglichkeit

Zur Optimierung der Verkehrsführung und zur Vermeidung von Rangiermanövern sollte nach Möglichkeit eine Durchfahrtmöglichkeit für Rettungsmittel geschaffen werden. Dies kann durch eine Art Kreisverkehr oder eine Schleifenführung realisiert werden, die eine einfache und zügige Durchfahrt gewährleistet. Falls eine solche Lösung nicht umsetzbar ist, ist eine Wendemöglichkeit einzuplanen, die den üblichen Wendekreis (Durchmesser) von ca. 14,5 Metern für Rettungsfahrzeuge berücksichtigt.

g) Publikumsverkehr

Die Fahrzeughalle sollte ausschließlich für Rettungsdienstfahrzeuge vorgesehen werden. Patientinnen oder Patienten, die mit privaten Fahrzeugen oder in Rollstühlen oder von Krankenfahrdiensten in die Klinik gebracht werden, müssen über einen separaten Eingang in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) gelangen. Dadurch werden Überschneidungen zwischen Rettungsdiensten und dem allgemeinen Publikumsverkehr vermieden und ein störungsfreier Ablauf gewährleistet.

Dies kann durch bauliche Maßnahmen oder klare Verkehrsführungen realisiert werden. Um die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten zu schützen und die Arbeitsbedingungen des Rettungsdienstpersonals sicherzustellen, ist vom Krankenhaus baulich oder anders zu gewährleisten, dass keine Einblicke in Rettungsfahrzeuge durch vorbeilaufende Personen oder wartende Besucherinnen und Besucher möglich sind. Ebenso ist sicherzustellen,

dass der Laufweg von der Fahrzeughalle zu den Schockräumen vor Blicken Dritter abgeschirmt ist. Dies kann auch durch Sichtschutzwände oder bauliche Abtrennungen erfolgen.

h) Desinfektion

Da Rettungsmittel üblicherweise bereits in der Fahrzeughalle wieder einsatzbereit gemacht werden, sollte ein abwischbarer Tisch gemäß den geltenden Hygienevorgaben bereitgestellt werden, um Einsatzmaterialien und -geräte aufzubereiten. Ergänzend sind ein Waschbecken sowie eine kleine Lagermöglichkeit für Desinfektionsmaterialien vorzusehen.

H.1.3.2 Anforderungen im Hinblick auf die Luftrettung

a) Einsätze der Luftrettung

Innerhalb des Rettungsdienstes kann der Luftrettung in bestimmten Fällen eine herausgehobene Bedeutung zukommen. Dies ist z. B. der Fall für den Transport von schwer verletzten oder kritisch erkrankten Patientinnen und Patienten vom rettungsdienstlichen Einsatzort in ein zur Behandlung geeignetes Krankenhaus (insbesondere, wenn die rasche Versorgung in einem Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung im Sinne des gestuften Systems der Notfallversorgung des G-BA oder anderen spezialisierten Krankenhäusern erforderlich und der Luftransport mit einem relevanten Zeitvorteil verbunden ist). Infolge des medizinischen Fortschritts stehen mittlerweile für eine Reihe von Erkrankungen, die akut lebensbedrohlich oder mit einem hohen Risiko gravierender bleibender Schäden verbunden sind, lebensrettende oder wiederherstellende Notfalltherapien zur Verfügung. Diese sind allerdings nur an wenigen Standorten etabliert und leistbar, weil nur so eine entsprechende Auslastung mit Expertise und Kosteneffektivität möglich ist. Wird ein spezieller akuter Behandlungsbedarf in einem Krankenhaus einer niedrigen Versorgungsstufe erkannt, in das der Patient zunächst selbstständig gelangt ist oder vom bodengebundenen Rettungsdienst zur Sofort-Diagnostik und Erstversorgung gebracht wurde, ist ein Weitertransport durch die Luftrettung oftmals die schnellste Möglichkeit für den Transport zur lebensrettenden / wiederherstellenden Therapie in einem (oft weit entfernten) Spezialzentrum. Eine direkte Zuführung aller potenziellen Patientinnen oder Patienten durch den Rettungsdienst in geeignete Zentrumsversorger scheidet aber aus, weil

- sich eine Vielzahl an Verdachtsfällen nicht bestätigt und die Zentrumsversorger nicht die Masse der Sofort-Diagnostik und Erstversorgung für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten leisten könnten,

- unterschiedliche Spezialtherapieoptionen teilweise an unterschiedlichen Zentren angeboten werden und die Verfügbarkeit je nach Belegung variiert, es also oft von Nachteil wäre, wenn Patientinnen und Patienten ohne Diagnose pauschal in einen Zentrumsversorger gebracht würden.

Eine schnelle Diagnose und gezielte Erstversorgung in einem nahegelegenen Krankenhaus bedeuten nicht unbedingt einen Nachteil, sondern können sogar von Vorteil sein, wenn die Patientin oder der Patient rasch die Diagnose erhält und möglichst stabilisiert und gezielt direkt der Therapie im Zentrum zugeführt wird.

Exemplarisch sei an dieser Stelle der akute Schlaganfall genannt, der in vielen Krankenhäusern mit der Leistungsgruppe Stroke-Unit aufgenommen, rasch diagnostiziert und mit einer initialen Notfalltherapie (ggf. inkl. Thrombolyse) versorgt werden kann, aber dann ggf. so schnell wie möglich in eines der hessischen Thrombektomiezentrren verbracht werden muss. Durch einen möglichst raschen Transport können in einem solchen Fall Tod, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit und Langzeitpflegebedürftigkeit oft in einem so hohen Umfang vermieden werden, dass der Lufttransport medizinisch geboten sowie auch ansonsten gerechtfertigt ist. Weitere Beispiele für einen Einsatz der Luftrettung sind Sekundärverlegungen über weitere Strecken (z. B. Spezielle Chirurgie, Beatmungsentwöhnung / Weaning), notfallmäßiger Zu-/Abtransport von Spezialpersonal (z. B. ECMO-Teams), der notfallmäßige Transport von Medikamenten, Blutprodukten oder Organen sowie die Notwendigkeit von sogenannten strategischen Verlegungen im Pandemiefall oder in weiteren Ausnahmefällen.

Die nachfolgenden Zielvorgaben berühren die Mitwirkung an der Notfallversorgung im Sinne der G-BA-Regelung über ein gestuftes System der Notfallversorgung nicht.

b) Erreichbarkeit des Hubschrauberlandeplatzes

Bei Krankenhäusern, die über Leistungsgruppen der vertieften oder spezialisierten planungsrelevanten Notfallversorgung verfügen, oder an der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung im Sinne des gestuften Systems der Notfallversorgung des G-BA teilnehmen, ist es zwingende Anforderung, dass im Falle eines Luftrettungseinsatzes am Krankenhaus (Zubringung oder Abholung) kein Zwischentransport mit einem RTW erforderlich sein darf. Da viele Rettungshubschrauber nicht über eine Fahrtrage verfügen, ist an jedem Hubschrauberlandeplatz mindestens ein zugelassenes fahrbares und höhenverstellbares Universaltragenuntergestell für nicht fahrbare Hubschraubertragen (auch mit Aufsetzen wie Inkubator oder Isolationseinheit) vorzuhalten (z. B. Scherenhubtisch).

Bei allen anderen an der Notfallversorgung mitwirkenden Krankenhäusern soll ein unter den in H.1.3.2 c) genannten Kriterien entsprechender Hubschrauberlandeplatz möglichst vorhanden sein. Dies gilt insbesondere für Krankenhäuser im ländlichen Raum, mit großer Entfernung (> 30 km Luftlinie) zu einem Krankenhaus, das an der umfassenden Notfallversorgung im Sinne des gestuften Systems der Notfallversorgung des G-BA teilnimmt.

c) Anforderungen an den Hubschrauberlandeplatz

Jedes an der Notfallversorgung mitwirkende Krankenhaus (siehe B.3.1) soll über einen Hubschrauberlandeplatz verfügen, der

- vollumfänglich ertüchtigt (inkl. Feuerlöschanlage, Befeuerung für Nachtbetrieb, ausreichende Belastbarkeit auch für große ITH – z. B. höchstzulässige Startmasse 6 t),
- luftfahrtrechtlich genehmigt (möglichst Sonderlandeplatz für Rettungshubschrauber, § 6 des Luftverkehrsgesetzes i.V.m. § 49 ff. Luftverkehrs-Zulassungsordnung),
- von der ZNA (Schockraum) und Intensivstation einfach und rasch erreichbar ist (kurze Wege ohne Hindernisse, Zugangscodes etc.) und
- auch für Rettungsdiensttransfers von Patientinnen und Patienten nutzbar ist, die nicht im jeweiligen Krankenhaus versorgt werden (z. B. Rendezvous mit bodengebundenem Rettungsdienst).

Bei Krankenhäusern, die über Leistungsgruppen der vertieften oder spezialisierten planungsrelevanten Notfallversorgung verfügen, ist es wünschenswert, dass mehrere Hubschrauberlandeplätze bestehen und dass einer dieser bis zu einer Startmasse von zwölf Tonnen belastbar ist.

Für die Beschilderung gelten die Ausführungen unter H.1.3.1 a) entsprechend.

Das HMFG kann im Einzelfall Ausnahmen zulassen.

H.1.4 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf die Umsetzung der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung

Die Vorbereitung der Krankenhäuser zur Sicherstellung der Einsatzfähigkeit in besonderen Situationen ist Gegenstand der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (KAEP). Kern der

Krankenhausalarm- und -einsatzplanung der einzelnen Krankenhäuser ist die Risikoanalyse. Dies schließt eine bauliche Härtung der Krankenhäuser ein, da Polizei und Bundeswehr in einem Krisenfall kaum in der Lage sein werden, alle zentralen Einrichtungen des Gesundheitswesens dauerhaft zu sichern. Aus dieser leiten sich Planungen ab und ggf. folgen daraus auch bauliche Anforderungen. Bauliche Anforderungen werden auf Basis der Risikoanalyse von dem Krankenhaus im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden festgelegt.

H.1.5 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf akutpsychiatrische Stationen

Für psychiatrische Akutstationen gibt es evidenzbasierte und auf Erfahrungswissen beruhende Erkenntnisse. Die architektonisch-bauliche Gestaltung von psychiatrischen Stationen hat einen entscheidenden Einfluss auf das therapeutische Milieu. Wichtig sind deeskalierend wirkende bauliche Maßnahmen, die den Patientinnen und Patienten zugutekommen und mit denen auch ein Schwerpunkt auf Gewaltprävention gelegt wird.

Zu beachten sind bauliche Maßnahmen im Hinblick auf:

- vorzusehende Aufnahmeflächen,
- die Sicherheit der Mitarbeitenden,
- Zugangs- und Aufenthaltsbereiche, die alternative Nutzungen zulassen und fakultativ schließbare Führungen ermöglichen,
- sicherheitsbezogene Aspekte, die ein hohes Maß an Sicherheit für Patientinnen und Patienten sowie Personal gewährleisten, insbesondere im Hinblick auf Selbst- und Fremdgefährdung,
- Therapie- und Funktionsräume, die flexibel geplant und multifunktional nutzbar sein sollten,
- Patientinnen- und Patientenzimmer, die Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten bieten und im Idealfall maximal für eine Doppelbelegung konzipiert sein sollten,
- Personalbereiche, die zentral vorzuhalten sind und eine Beobachtung der Station ermöglichen müssen,

- Außenflächen, die soweit möglich vorgesehen werden und auch für unterbrochene Menschen geschützt zugänglich sein sollen,
- Aspekte zur Barrierefreiheit bzw. -armut und Orientierung.

Jede Planung von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten psychiatrischer Stationen bietet eine Chance für Verbesserungen der architektonisch-baulichen Bedingungen, auch hinsichtlich ihres deeskalierenden Potenzials. Dabei werden verschiedene Elemente einer deeskalierenden Architektur adressiert: Raumaufteilung und maßvolle Raumbezüge, mehr Tageslicht, größere Übersicht, langlebige Möbel, wohnlichere Ausstattung etc. Sofern es sich um (fakultativ) geschlossene Stationen handelt, müssen zudem besondere Sicherheitserfordernisse bedacht werden, gleichzeitig soll die Umgebung auch behandlungsförderlich gestaltet sein.

Das heißt, es sind sowohl patienten- als auch mitarbeiterschützende Maßnahmen mit förderlichen therapeutischen Aspekten in Einklang zu bringen. Gleichzeitig sind die heterogenen Bedingungen in vorhandenen Bauten zu berücksichtigen.

H.1.6 Bauliche Anforderungen im Hinblick auf Isoliermöglichkeiten

Zur Bewältigung eventuell zukünftig auftretender Pandemien und zum Umgang mit infektiösen Patientinnen und Patienten ist es notwendig, dass die Krankenhäuser in bedarfsgerechtem Umfang über Isolierzimmer verfügen. In jedem an der Notfallversorgung im Sinne des gestuften Systems der Notfallversorgung des G-BA mitwirkenden Krankenhaus sollen im Sinne einer organisatorischen Flexibilitätsvorgabe 10 % aller Behandlungskapazitäten (Betten) zur Aufnahme von isolationspflichtigen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

H.1.7 Förderung des Landes Hessen für die baulichen Anforderungen an Krankenhäuser

Das Land Hessen unterstützt die Erfüllung der in diesem Kapitel dargelegten baulichen Anforderungen an die Krankenhäuser im Rahmen der zur Verfügung stehenden Investitionsfördermittel. Die in diesem Kapitel angesprochenen baulichen Anforderungen sind in bedarfsgerechtem Umfang förderfähig.

Aufgrund der Kooperationspflicht nach § 4 Abs. 2 HKHG ist es eine wichtige Aufgabe der Krankenhäuser, bei der Durchführung von Baumaßnahmen eine rechtzeitige und frühestmögliche Einbindung der im Einzugsgebiet des Krankenhauses tätigen Träger des Rettungsdienstes und der Leistungserbringer im Rettungsdienst sowie des Trägers der

Luftrettung in die Bauplanung zu gewährleisten. Ist für einen Krankenhausneubau und einen Sanierungs- oder Erweiterungsbau eine Genehmigung durch das HMFG nach § 22 Abs. 6 HKHG notwendig, so ist die einheitliche (gemeinsame) Stellungnahme der Träger des Rettungsdienstes und der Leistungserbringer mit zur Genehmigung der Maßnahme einzureichen. Alle beteiligten Akteure wirken hieran mit.

Aus-, Fort- und Weiterbildungskapazitäten

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist eine wichtige gemeinsame Aufgabe der Krankenhäuser und auch aller anderen Akteure im Gesundheitswesen (siehe Kapitel B.4.7). Deren Sicherstellung ist für die langfristige Stabilität der gesundheitlichen Versorgung insgesamt unerlässlich. Aus diesem Grund sind die Krankenhäuser nach § 19 Abs. 3 S. 1 HKHG verpflichtet, im Rahmen ihrer Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen nach § 2 Nr. 1a KHG mitzuwirken.

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

Die so geschaffenen und auch vom Land Hessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Investitionsfördermittel unterstützten Ausbildungskapazitäten dürfen im gebotenen Umfang auch für die Fort-, Aus- und Weiterbildung anderer Berufe und Qualifikationen verwendet werden, bei denen ein Praktikum in einem Krankenhaus ebenfalls zwingend durch eine Ausbildungsordnung vorgeschrieben ist. Dies betrifft folgende Berufe und Qualifikationen:

- Notfallsanitäterin und Notfallsanitäter
- Rettungssanitäterin und Rettungssanitäter
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Medizinischer Masseur und Bademeister nach MB-APrV
- Podologe / Podologin nach PodAPrV

Die Krankenhäuser sind ebenso wie bei den in § 2 Nr. 1a KHG genannten Berufen dazu aufgerufen, die Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesen Berufen und Qualifikationen so weit wie möglich zu unterstützen.

J

Die gesundheitliche stationäre Versorgung in Hessen in Ausnahmesituationen sichern

Vor dem Hintergrund der globalen Sicherheitslage und den politischen Vorgaben durch den Operationsplan Deutschland (OPlan Deu) bedarf es der allgemeinen Vorbereitung auf Krisensituationen, die auch die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung im Spannungs- und Verteidigungsfall sicherstellt. Hier gilt es vor allem zu beachten, dass die Aktivierung des OPlan Deu schon weit vor der Feststellung eines Spannungs- oder Verteidigungsfalles erfolgen wird und somit ein potenziell höherer Bedarf an medizinischen Ressourcen, zumindest punktuell z. B. durch Unfälle, Kriegsverletzungen und traumatisierten Personen, entstehen kann. Das medizinische Personal der Streitkräfte wird sodann im Schwerpunkt an den Einsatzorten der Streitkräfte eingesetzt sein. Die Feststellung, dass es unabdingbar ist, sich auch für Ausnahmesituationen, von einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV/MANE-Fall), über Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle, Pandemien, Katastrophen bis hin zu kriegerischen Ereignissen im Sinne der Landes- und Bündnisverteidigung vorzubereiten, liegt folgerichtig auch dem Hessischen Krankenhausplan 2025 zugrunde. Vor diesem Hintergrund sieht der Krankenhausplan in Kapitel B.2.5 vor, dass die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Ausnahmesituationen ein gleichwertiges strategisches Ziel im Hessischen Krankenhausplan ist.

J.1 Die Risikoanalyse

Die Grundlage der Erhaltung der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit in Ausnahmesituationen ist eine Analyse der vorhandenen Risiken. Diese Analyse erfolgt auf internationaler Ebene, auf nationaler Ebene, auf Ebene des Landes und auch auf Ebene des einzelnen Krankenhauses. Dabei ist es unabdingbar, dass die Risikoanalysen aufeinander aufbauen und möglichst auch die Zuständigkeit für die Bewältigung der Risiken festgelegt wird. Exemplarisch kann dies am Beispiel der Elektrizitätsversorgung dargelegt werden. Die Stabilität der Elektrizitätsversorgung muss grundsätzlich auf europäischer oder nationaler Ebene gewährleistet werden. Gegen einen langfristigen Stromausfall kann ein einzelnes Krankenhaus nahezu unmöglich vorsorgen. Allerdings ist es von jedem Krankenhaus zu erwarten, dass es sich mit dem Risiko eines kurzfristigen Stromausfalls auseinandersetzt und die erforderlichen Gegenmaßnahmen ergreift, um kurze Stromausfälle von bis zu 72 Stunden Dauer selbstständig zu bewältigen. Auf die Kapitel H.1.2 und H.1.4 wird verwiesen.

Aus diesem Grund sind alle Krankenhäuser, einschließlich der nicht in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser, nach § 9 Abs. 2 und 3 HKHG, § 5 Abs. 3 Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGDÖG), § 5 Abs. 6, § 7 Abs. 4

Nr. 3, § 7 Abs. 5, § 7 Abs. 6 HRDG und § 19 ff. der Durchführungsverordnung zum HRDG(HRDG-DVO) dazu verpflichtet, einen individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzplan aufzustellen. Diese Pflicht beinhaltet insbesondere die Erstellung einer Risikoanalyse, die sowohl die ggf. aus der Risikoanalyse übergeordneter Ebenen (EU, Bund, Land) abzuleitenden Szenarien als auch lokale Risiken einbezieht.

Die Risikoanalyse muss alle unter Kapitel J.2 dargestellten Szenarien beinhalten. Es ist empfehlenswert, sich auf das Worst-Case-Szenario vorzubereiten, da dies die Vorbereitung für alle weniger schwerwiegenden Szenarien automatisch beinhaltet.

J.2 zu berücksichtigende Szenarien

Grundsätzlich folgt die Risikovorsorge dem All-Gefahren-Ansatz. Die insbesondere von den Krankenhäusern zu berücksichtigenden Szenarien lassen sich in die Kategorien Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV/MANE-Fall), Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle, Pandemien, Katastrophen und kriegerische Ereignisse unterteilen. Diese Szenarien unterscheiden sich auch durch den jeweils geltenden rechtlichen Rahmen. Für die Abgrenzung wird auf das Hessische Brand- und Katastrophenschutzgesetz (HBKG) sowie auf die Anlage 1.2 des Hessischen Katastrophenschutzkonzeptes verwiesen.

Dabei haben die Krankenhäuser zu berücksichtigen, dass nur einige der Szenarien rechtlich trennscharf abgrenzbar sind. Beispielsweise wird der Katastrophenfall nach § 34 Abs. 1 HBKG festgestellt. Die epidemische Lage von nationaler Tragweite wird nach § 5 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom Deutschen Bundestag festgestellt. Hingegen ist die Abgrenzung zwischen Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten erheblich von den örtlichen Kapazitäten abhängig. Ein MANV 50 kann in einem sehr großen Krankenhaus noch gut bewältigbar sein. In einem kleineren Krankenhaus kann es notwendig sein, dass die Aufgabenträger nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 HBKG gemäß § 19 Abs. 1 HBKG Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes einsetzt. Hier ist eine enge Abstimmung mit der unteren Katastrophenschutzbehörde notwendig, da davon auszugehen ist, dass die Einheiten des Katastrophenschutzes schon schadensnah am auslösenden Ereignis eingesetzt sind. Dabei soll die Abstimmung die vier Phasen des Resilienzzyklus aus Prävention, Vorbereitung, Bewältigung und Nachbereitung, wie er auch in der Hessischen Resilienzstrategie aufgeführt ist, umfassen.

J.3 Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP)

Nach § 9 Abs. 2 HKHG sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, Krankenhausalarm- und -einsatzpläne zu erstellen. Zur Unterstützung der Krankenhäuser in Hessen kann das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege den Krankenhausalarm- und -einsatzplan (KAEP) herausgeben. Der KAEP hat die Aufgabe, den einzelnen Krankenhäusern für die aufgeführten Situationen eine Hilfe und Orientierung zu bieten. Darüber hinaus hat er die Funktion, für eine Einheitlichkeit der individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzpläne zu sorgen.

Verletzt ein Krankenhaus seine Pflicht zur Erstellung und erforderlichenfalls Aktualisierung des Krankenhausalarm- und -einsatzplanes, stellt dies einen Verstoß gegen eine ihm obliegende gesetzliche Verpflichtung im Sinne des § 13 Abs. 4 HKHG dar und kann entsprechend sanktioniert werden. Auf Kapitel H.1.4 wird verwiesen.

J.4 Krisenvorsorge und Bevorratung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA)

Grundsätzlich ist die Sicherstellung der dauerhaften Betriebsfähigkeit eines Krankenhauses Aufgabe des wirtschaftlich eigenständigen Krankenhauses (siehe Kapitel B.4.5). Diese Pflicht beinhaltet auch die materielle Krisenvorsorge und insbesondere die angemessene Bevorratung mit persönlicher Schutzausrüstung.

Unter einer angemessenen Bevorratung ist dabei die Menge zu verstehen, die zur Bedarfsdeckung bei einem mittleren Pandemieverlauf für einen Zeitraum von drei Monaten ausreicht und die persönliche Schutzausrüstung beinhaltet, die krankenhausindividuell in diesem Zeitraum benötigt wird, um die Patientenversorgung im Sinne des HKHG sicherzustellen. Hintergrund dieser Festlegung ist das Ziel, bei zukünftig eintretenden Krisen, wie Pandemien o. ä., eine mögliche Unterversorgung und Engpässe durch Lieferausfälle oder -engpässe mindestens drei Monate lang überbrücken zu können. Diese drei Monate können dann genutzt werden, um alternative Beschaffungswege und alternative Produkte zu finden und diese zu erwerben.

Um die Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer Betreiberpflicht zu unterstützen, hat das Land Hessen PSA-Reserven in den Krankenhäusern aufgebaut. Damit verfügen alle Krankenhäuser ohne eigenen Kapitaleinsatz über einen Grundstock an persönlicher Schutzausrüstung, auf dem die Bevorratung nach individuellen Bedürfnissen aufbauen kann.

Diese Reservelager, die sich im Eigentum und Verantwortungsbereich (Wälzung, Ersatzbeschaffung, Beachtung des Mindesthaltbarkeitsdatums u.v.m.) des jeweiligen Kranken-

hauses befinden, können als Lager direkt im Krankenhaus, als Zentrallager in einem Krankenhausverbund, in Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser oder auch als Konsignationslager geführt werden.

Die Geschäftsführungen der Krankenhäuser in Hessen haben jährlich zum 01. Dezember zu versichern, dass sie ihrer Pflicht zur Vorhaltung einer angemessenen Bevorratung mit persönlicher Schutzausrüstung nachgekommen sind.

J.5 Führungsstruktur der medizinischen Versorgungsregionen

Für die Bewältigung der aufgeführten Krisenszenarien ist eine klare und verlässliche Führungsstruktur zur landesweiten Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung essenziell. Nur so werden die beschriebenen Krisensituationen von hoher Komplexität, Unsicherheit und / oder enormen Zeitdruck bewältigbar sein. Aus diesem Grund errichtet das HMFG einen permanenten Planungsstab stationäre Versorgung. Dieser wird bei Bedarf, insbesondere bei einer Pandemie, einer Katastrophe oder im Bündnis- oder Verteidigungsfall, durch das HMFG aktiviert und wird unmittelbar dem Krisenstab des HMFG zugeordnet.

J.5.1 Aufgaben des Planungsstabes stationäre Versorgung (PlanStabStV)

Der PlanStabStV hat die Aufgabe, auch in den aufgeführten Krisensituationen die bestmögliche Erfüllung der strategischen und operativen Versorgungsziele des Hessischen Krankenhausplans 2025 unter erschwerten Rahmenbedingungen sicherzustellen. Dessen zentrale Aufgabe ist dabei die Steuerung der Patientinnen und Patienten innerhalb der medizinischen Versorgungsregionen, aber auch über deren Grenzen und Landesgrenzen hinweg, sodass eine Überlastung der regionalen stationären Versorgung vermieden wird. Die Patientensteuerung erfolgt zielorientiert, situativ und regional angepasst durch verlässliche und transparente Vorgaben des HMFG.

Dem PlanStabStV können weitere Aufgaben zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung des Landes übertragen werden.

Dieser bereitet die entsprechenden Entscheidungen vor. Die Umsetzung der Entscheidungen erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Zuständigkeit durch das HMFG.

J.5.2 Zusammensetzung und Leitung des Planungsstabes stationäre Versorgung

Die Leitung des Planungsstabes stationäre Versorgung obliegt dem HMFG (LtPlanStabStV). Das HMFG kann darüber hinaus eine medizinische Leitung des Planungsstabes stationäre Versorgung (LtPlanStabStVmed) ernennen. Hierfür bedient sich das HMFG beim Universitätsklinikum Frankfurt am Main (UKF) als Anstalt des öffentlichen Rechts.

Weitere Mitglieder des Planungsstabes sind die für die jeweilige Situation fachlich verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des HMFG.

Um eine umfassende Vorbereitung von besonders koordinationsbedürftigen Entscheidungen des HMFG vorzubereiten, kann der Planungsstab stationäre Versorgung als erweiterter Planungsstab tagen.

Dem erweiterten PlanStabStV Versorgung gehören darüber hinaus an:

- jeweils eine Vertreterin / ein Vertreter für jedes koordinierende Krankenhaus,
- jeweils eine Vertreterin / ein Vertreter für die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG), die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH), die Landesärztekammer Hessen (LÄKH), den Apothekerverband (HAV), die Apothekerkrankenversicherung (HLAK), die Gesundheitsämter in Hessen sowie das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) sowie
- insgesamt zwei Vertreterinnen oder Vertreter für die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.
- bei Bedarf ein Vertreter der Landeszahnärztekammer (LZKH) und der Kassen-zahnärztlichen Vereinigung Hessen.

J.5.3 Die Rolle der koordinierenden Krankenhäuser in einer Ausnahmesituation

Für jedes der sechs medizinischen Versorgungsgebiete nach § 1 und § 2 der Verordnung zur Regelung von Angelegenheiten im Bereich des Krankenhauswesens (Krankenhv) in Hessen wird durch das HMFG ein koordinierendes Krankenhaus benannt. Im Fall der Universitätskliniken können für ein Versorgungsgebiet auch mehrere Universitätskliniken als koordinierende Krankenhäuser benannt werden. Die Funktion als koordinierendes Krankenhaus wird durch das HMFG als besondere Aufgabe im Sinne von Kapitel B.5.7 zugewiesen. Mit der Zuweisung wird auch der räumliche Zuständigkeitsbereich festgelegt. Es

besteht kein Rechtsanspruch auf die Zuweisung der Funktion als koordinierendes Krankenhaus.

Die koordinierenden Krankenhäuser haben in einer Ausnahmesituation die Aufgabe, die stationäre Versorgung in ihrem jeweiligen Versorgungsgebiet zu betrachten, zu organisieren und zu steuern. Zu diesem Zweck führen sie in einer Ausnahmesituation zum einen organisatorische Besprechungen mit den Vertretern der im Versorgungsgebiet gelegenen kreisfreien Städte und Landkreise, mit den Gesundheitsämtern, Trägern des Rettungsdienstes, den Vertretern der ambulanten Leistungserbringer sowie dem Katastrophen- schutz durch. Zum anderen haben sie die Aufgabe, die Patientensteuerung in dem Versor- gungsgebiet zu übernehmen. Zu diesem Zweck führen sie regelmäßige – erforderlichen- falls auch tägliche – Bettenkonferenzen mit den anderen Krankenhäusern im Versorgungs- gebiet durch. Schließlich nehmen die koordinierenden Krankenhäuser bei den strategi- schen Verlegungen von Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle ein, da diese Ver- legungen zum Ausgleich der unterschiedlichen Belastungssituation in den einzelnen Ver- sorgungsgebieten bzw. innerhalb Hessens zwischen den koordinierenden Krankenhäu- sern abgestimmt werden.

Die koordinierenden Krankenhäuser haben keine Weisungsbefugnis gegenüber den ande- ren Krankenhäusern ihres Versorgungsgebietes. Rechtsverbindliche Anweisungen werden vom HMFG im Rahmen seiner Zuständigkeit als oberste Krankenhausaufsichtsbehörde bzw. Rettungsdienstaufsichtsbehörde erlassen.

J.5.4 Informationsübermittlung durch die Krankenhäuser

Für die Bewältigung außergewöhnlicher Situationen ist ein aktueller und präziser Überblick über die stationäre Versorgungssituation in Hessen zwingend notwendig. Im Hinblick auf die stationäre Versorgung bedeutet dies vor allem einen Überblick über die derzeit aktuell betriebsbereiten und zur Verfügung stehenden Normalbetten und Intensivbetten. Zu die- sem Zweck hat das HMFG zwei getrennte Informationsübermittlungssysteme eingeführt. Die IVENA Sonderlage zur Meldung der aktuell zur Verfügung stehenden Behandlungska- pazitäten und das Informations- und Meldesystem zur Erfassung von Einschränkungen der Behandlungs- und Aufnahmekapazität. Beide Informationssysteme ergänzen sich und sind bewusst separat angelegt.

Die Krankenhäuser in Hessen sind auf Anordnung des HMFG dazu verpflichtet, die zur Bewältigung der konkreten Situation erforderlichen Informationen umgehend zur Verfü- gung zu stellen.

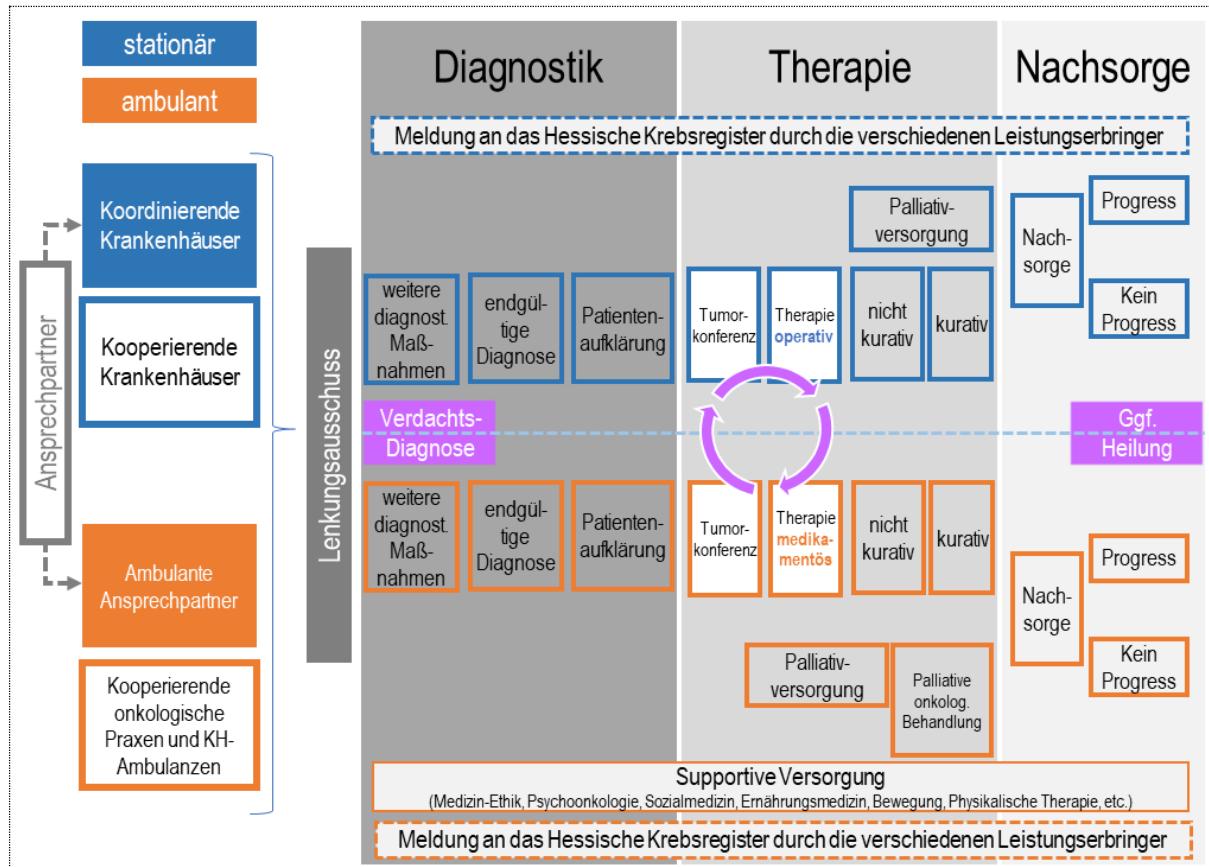
K Medizinische Fachkonzepte

K.1 Die Bedeutung der Fachkonzepte für die gesundheitliche Versorgung

Ein zentraler Bestandteil des Hessischen Krankenhausplanes 2025 sind die medizinischen Fachkonzepte. Diese finden ihre Rechtsgrundlage in § 17 Abs. 7 HKHG. Medizinische Fachkonzepte haben die Aufgabe, für bestimmte medizinische Indikationen Anforderungen an die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen den Krankenhäusern festzulegen sowie die fachlichen Anforderungen zu präzisieren. Mit diesem sektorenübergreifenden und arbeitsteiligen Ansatz schließen die Medizinischen Fachkonzepte eine Lücke in der bundesgesetzlichen Regelung, die sich daraus ergibt, dass das SGB V allein die stationäre Versorgung regelt und die Leistungsgruppen inhaltlich nicht differenziert sind.

In der Realität ist es zum einen so, dass Patientinnen und Patienten nur in den seltensten Fällen ausschließlich stationär behandelt werden. Der Regelfall einer Behandlung sind ineinander greifende Behandlungsverläufe. Exemplarisch ist hier auf den Verlauf der onkologischen Behandlung zu verweisen.

Abbildung 10 Schaubild Hessisches Onkologiekonzept



Quelle: Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege: Hessisches Onkologiekonzept 2024

Zum anderen ist zwar jedes Krankenhaus nach § 19 Abs. 1 S. 4 HKHG dazu verpflichtet, seinen Versorgungsauftrag umfassend zu erfüllen. Dies beschränkt sich allerdings nach Kapitel D.2.1 auf den tatsächlich in einer Region bestehenden Versorgungsbedarf und die gebotene fachliche Breite. Schon aufgrund der fachlichen Breite der Leistungsgruppen kann nicht jedes Krankenhaus jedes Spezialverfahren anbieten. Die medizinischen Fachkonzepte spiegeln damit die in der Medizin längst etablierte Abstufung der Behandlungsmöglichkeiten z. B. in telemedizinisch vernetzte Stroke-Units, regionale Stroke-Units, überregionale Stroke-Units und koordinierende Zentren eines zertifizierten Neurovaskulären Netzwerkes bzw. in lokale, regionale und überregionale Traumazentren wider.

Die derzeitigen Fachkonzepte zu den Themenbereichen Geriatrie und Onkologie sind in ihrer jeweils gültigen Fassung auf der Homepage des HMFG veröffentlicht.

K.2 Das Hessische Onkologiekonzept 2024

Inhaltlich regelt das Hessische Onkologiekonzept 2024 die Ziele in der onkologischen Versorgung, legt die Grundsätze und die qualitativen Anforderungen an ein onkologisches Versorgungsgebiet fest, stellt die Rahmenbedingungen und das Kooperationskonzept der hämatologisch / onkologischen Versorgung pädiatrischer Patientinnen und Patienten dar und bildet die ambulante onkologische Versorgung ab. Kern des Hessischen Onkologiekonzeptes 2024 ist zum einen die Festlegung der Abgrenzung der Aufgaben der einzelnen Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung, die sich in kooperierende Krankenhäuser, kooperierende Krankenhäuser, die zugleich Zentrum im Sinne der G-BA-Regelung sind und koordinierende Krankenhäuser untergliedern. Zum anderen gibt das Hessische Onkologiekonzept 2024 der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit den Lenkungsausschüssen einen festen institutionellen Rahmen.

K.3 Das Hessische Geriatriekonzept 2021

Inhaltlich legt das Hessische Geriatriekonzept 2021 die Grundsätze der geriatrischen Behandlung in Hessen sowie die Leitsätze und die darauf aufbauenden Qualitätsmerkmale der spezialisierten klinisch-geriatrischen Versorgung fest. Darüber hinaus wird die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie geregelt. Die in Kapitel F des Geriatriekonzeptes 2021 niedergelegten Qualitätsmerkmale fließen als leistungsgruppenspezifische landesrechtliche Qualitätsanforderungen (Kapitel D.1.8) in ggf. notwendige Auswahlentscheidungen ein.

Besonders hervorzuheben ist, dass auch das Hessische Geriatriekonzept 2021 die Einführung geriatrischer Versorgungsverbünde vorantreibt, in denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, geriatrische Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen sowie weitere Leistungserbringer eng zusammenarbeiten.

K.4 Weitere Fachkonzepte

Es ist beabsichtigt, weitere medizinische Fachkonzepte zu erarbeiten. Die namentliche Nennung der besonderen Aufgaben ECMO-Zentrum und Thrombektomie-Zentrum unter den besonderen Aufgaben (Kapitel B.5.7) erfolgt im Vorgriff auf diese medizinischen Fachkonzepte.

Anhang 1 – Leistungsgruppen, Erreichbarkeit und Planungs-ebene

LG	Bezeichnung	Notfallversorgung	Vorgabe für die maximale Erreichbarkeit im Regelfall	Planungs-ebene	Erstversorgung bei Notfällen, wenn ein Krankenhaus mit der LG nicht zur Verfügung steht
1	Allgemeine Innere Medizin	allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung	30 Minuten	-	-
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	-	-	Hessen	-
4	Komplexe Gastroenterologie	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	Erstversorgung über LG 1
5	Komplexe Nephrologie	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	Erstversorgung über LG 1
6	Komplexe Pneumologie	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	Erstversorgung über LG 1
7	Komplexe Rheumatologie	-	-	Hessen	Erstversorgung über LG 1
8	Stammzelltransplantation	-	-	Hessen	-
9	Leukämie und Lymphome	-	-	Hessen	-
10	EPU/ Ablation	-	-	Versorgungsgebiet	-
11	Interventionelle Kardiologie	allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung	30 Minuten	-	-
12	Kardiale Devices	-	-	Versorgungsgebiet	Erstversorgung über LG 11
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	-	-	Hessen	-
14	Allgemeine Chirurgie	allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung	30 Minuten	-	-
15	Kinder- und Jugendchirurgie	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	Erstversorgung über LG 14
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-	-	Hessen	-
18	Bauchaortenaneurysma	spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
19	Carotis operativ/interventionell	-	-	Versorgungsgebiet	-
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	-	-	Versorgungsgebiet	-
21	Herzchirurgie	-	-	Hessen	-
22	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	-	-	Hessen	-
23	Endoprothetik Hüfte	-	-	Versorgungsgebiet	-

LG	Bezeichnung	Notfallversorgung	Vorgabe für die maximale Erreichbarkeit im Regelfall	Planungs-ebene	Erstversorgung bei Notfällen, wenn ein Krankenhaus mit der LG nicht zur Verfügung steht
24	Endoprothetik Knie	-	-	Versorgungsgebiet	-
25	Revision Hüftendoprothese	-	-	Versorgungsgebiet	-
26	Revision Knieendoprothese	-	-	Versorgungsgebiet	-
27	Spezielle Traumatologie	spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	Erstversorgung über LG 14
28	Wirbelsäuleneingriffe	-	-	Versorgungsgebiet	-
29	Thoraxchirurgie	-	-	Hessen	-
30	Bariatrische Chirurgie	-	-	Hessen	-
31	Lebereingriffe	-	-	Hessen	-
32	Ösophaguseingriffe	-	-	Hessen	-
33	Pankreaseingriffe	-	-	Versorgungsgebiet	-
34	Tiefe Rektumeingriffe	-	-	Versorgungsgebiet	-
35	Augenheilkunde	-	-	Versorgungsgebiet	-
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	-	-	Hessen	-
37	MKG	-	-	Hessen	-
38	Urologie	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
39	Allgemeine Frauenheilkunde	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
40	Ovarial-CA	-	-	Versorgungsgebiet	-
41	Senologie	-	-	Versorgungsgebiet	-
42	Geburten	-	40 Minuten	-	-
43	Perinataler Schwerpunkt	-	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
44	Perinatalzentrum Level 1	-	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
45	Perinatalzentrum Level 2	-	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-

LG	Bezeichnung	Notfallversorgung	Vorgabe für die maximale Erreichbarkeit im Regelfall	Planungs-ebene	Erstversorgung bei Notfällen, wenn ein Krankenhaus mit der LG nicht zur Verfügung steht
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
48	Kinder-Hämatologie und - Onkologie – Stammzelltransplantation	-	-	Hessen	-
49	Kinder-Hämatologie und - Onkologie – Leukämie und Lymphome	-	-	Hessen	-
50	HNO	-	-	Versorgungsgebiet	-
51	Cochleaimplantate	-	-	Hessen	-
52	Neurochirurgie	spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
53	Allgemeine Neurologie	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung	bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG	-	-
54	Stroke Unit	allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung	30 Minuten	-	-
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	-	-	Versorgungsgebiet	-
56	Geriatrie	-	-	Versorgungsgebiet	-
57	Palliativmedizin	-	-	Versorgungsgebiet	-
58	Darmtransplantation	-	-	Hessen	-
59	Herztransplantation	-	-	Hessen	-
60	Lebertransplantation	-	-	Hessen	-
61	Lungentransplantation	-	-	Hessen	-
62	Nierentransplantation	-	-	Hessen	-
63	Pankreastransplantation	-	-	Hessen	-
64	Intensivmedizin	allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung	30 Minuten	-	-

Anhang 2 – Leistungsgruppenspezifische Datenblätter

1

Leistungsgruppe: Allgemeine Innere Medizin

Relevanz in der Notfallversorgung Allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall 30 Minuten

Planungsebene -

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar** -

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 100

Vollstationäre Fälle: 305.118

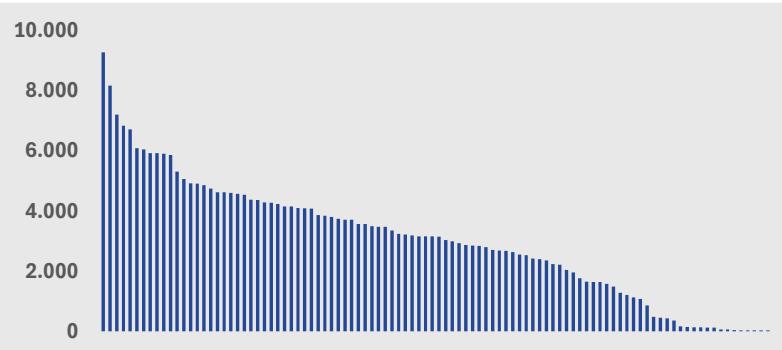
Behandlungstage: 1.674.123

Bettenbelegung (\varnothing): 4.574,1

Verweildauer (\varnothing) 5,5

Case Mix: 178.429

Case Mix Index (CMI): 0,6



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	307.910	+2.800	+0,9%	316.140	+11.020	+3,6%
Behandlungstage:	1.718.420	+44.300	+2,6%	1.825.830	+151.710	+9,1%
Bettenbelegung (\varnothing):	4.695,1	+121,0	+2,6%	5.002,3	+428,2	+9,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Allgemeine Innere Medizin: 5 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

1

Leistungsgruppe: Allgemeine Innere Medizin

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	21	10	16	30	12	11
Vollstationäre Fälle:	52.432	31.440	55.668	99.683	25.169	40.726
Behandlungstage:	270.586	161.473	301.293	583.024	143.126	214.621

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	52.080	-350	-0,7%	52.380	-50	-0,1%
Behandlungstage:	273.280	+2.700	+1%	284.210	+13.630	+5%
Bettenbelegung (Ø):	746,7	+7,4	+1%	778,7	+39,4	+5,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	31.310	-130	-0,4%	31.960	+520	+1,6%
Behandlungstage:	163.180	+1.710	+1,1%	172.230	+10.760	+6,7%
Bettenbelegung (Ø):	445,9	+4,7	+1,1%	471,9	+30,7	+7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	55.720	+50	+0,1%	56.450	+780	+1,4%
Behandlungstage:	307.170	+5.880	+2%	323.670	+22.370	+7,4%
Bettenbelegung (Ø):	839,3	+16,1	+2%	886,8	+63,6	+7,7%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	101.780	+2.100	+2,1%	105.800	+6.120	+6,1%
Behandlungstage:	604.860	+21.830	+3,7%	649.340	+66.320	+11,4%
Bettenbelegung (Ø):	1652,6	+59,6	+3,7%	1779,0	+186,0	+11,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	25.560	+390	+1,5%	26.380	+1.210	+4,8%
Behandlungstage:	147.550	+4.430	+3,1%	156.670	+13.540	+9,5%
Bettenbelegung (Ø):	403,2	+12,1	+3,1%	429,2	+38,1	+9,7%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	41.470	+740	+1,8%	43.170	+2.440	+6%
Behandlungstage:	222.370	+7.750	+3,6%	239.710	+25.090	+11,7%
Bettenbelegung (Ø):	607,6	+21,2	+3,6%	656,7	+70,3	+12%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

2

Leistungsgruppe: Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 6

Vollstationäre Fälle: 2.788

Behandlungstage: 23.031

Bettenbelegung (\varnothing): 62,9Verweildauer (\varnothing) 8,3

Case Mix: 2.176

Case Mix Index (CMI): 0,8



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.850	+60	+2,3%	2.950	+160	+5,7%
Behandlungstage:	23.720	+690	+3%	24.690	+1.660	+7,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	64,8	+1,9	+3%	67,6	+4,7	+7,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie: 1 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

2

Leistungsgruppe: Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	-	3	3	-	-
Vollstationäre Fälle:	-	-	1.550	1.238	-	-
Behandlungstage:	-	-	13.795	9.236	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.570	+20	+1,5%	1.620	+70	+4,5%
Behandlungstage:	14.120	+330	+2,4%	14.640	+850	+6,1%
Bettenbelegung (Ø):	38,6	+0,9	+2,4%	40,1	+2,4	+6,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.280	+40	+3,3%	1.330	+90	+7,4%
Behandlungstage:	9.600	+360	+3,9%	10.040	+440	+8,7%
Bettenbelegung (Ø):	26,2	+1,0	+4%	27,5	+1,3	+5,0%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

4

Leistungsgruppe: Komplexe Gastroenterologie

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 61

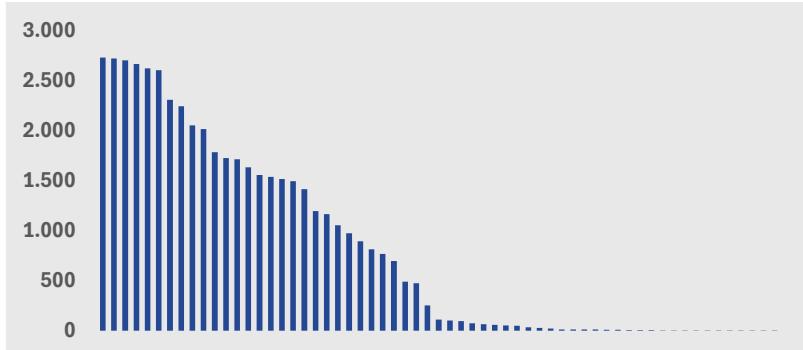
Vollstationäre Fälle: 48.600

Behandlungstage: 235.353

Bettenbelegung (\varnothing): 643,0Verweildauer (\varnothing) 4,8

Case Mix: 29.777

Case Mix Index (CMI): 0,6



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	47.020	-1.580	-3,3%	44.190	-4.420	-9,1%
Behandlungstage:	237.710	+2.360	+1%	243.590	+8.230	+3,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	649,5	+6,5	+1%	667,4	+24,4	+3,8%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Komplexe Gastroenterologie: 15 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

4

Leistungsgruppe: Komplexe Gastroenterologie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	13	6	10	19	6	7
Vollstationäre Fälle:	7.186	3.101	4.649	20.036	6.566	7.062
Behandlungstage:	32.240	15.035	24.890	93.328	32.447	37.413

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.840	-350	-4,8%	6.330	-860	-12%
Behandlungstage:	31.850	-390	-1,2%	31.980	-260	-0,8%
Bettenbelegung (Ø):	87,0	-1,1	-1,2%	87,6	-0,5	-0,6%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.920	-180	-5,7%	2.670	-430	-14%
Behandlungstage:	14.880	-160	-1,1%	15.060	+20	+0,1%
Bettenbelegung (Ø):	40,6	-0,5	-1,2%	41,2	+0,1	+0,2%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.430	-220	-4,6%	4.070	-570	-12,4%
Behandlungstage:	24.960	+70	+0,3%	25.340	+450	+1,8%
Bettenbelegung (Ø):	68,2	+0,2	+0,3%	69,4	+1,4	+2,1%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	19.470	-570	-2,8%	18.290	-1.750	-8,7%
Behandlungstage:	94.900	+1.580	+1,7%	97.470	+4.140	+4,4%
Bettenbelegung (Ø):	259,3	+4,3	+1,7%	267,0	+12,0	+4,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.340	-220	-3,4%	5.910	-650	-10%
Behandlungstage:	32.750	+300	+0,9%	33.440	+990	+3,1%
Bettenbelegung (Ø):	89,5	+0,8	+0,9%	91,6	+2,9	+3,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	7.010	-50	-0,7%	6.920	-150	-2,1%
Behandlungstage:	38.370	+960	+2,6%	40.310	+2.900	+7,7%
Bettenbelegung (Ø):	104,8	+2,6	+2,5%	110,4	+8,2	+8%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

5

Leistungsgruppe: Komplexe Nephrologie

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 11

Vollstationäre Fälle: 5.841

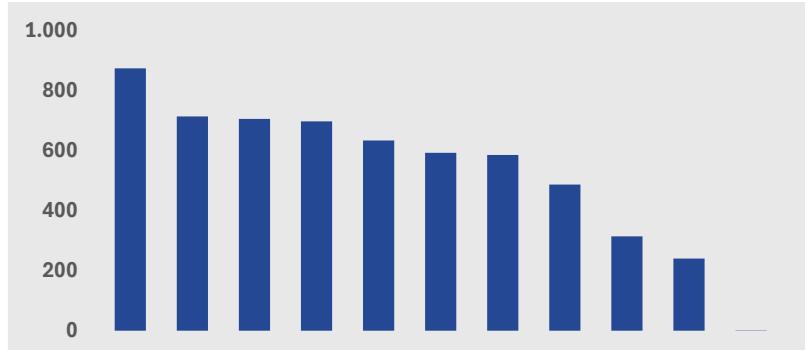
Behandlungstage: 46.685

Bettenbelegung (\varnothing): 127,6

Verweildauer (\varnothing) 8

Case Mix: 5.109

Case Mix Index (CMI): 0,9



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.880	+40	+0,6%	6.000	+150	+2,6%
Behandlungstage:	47.870	+1.190	+2,5%	50.960	+4.280	+9,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	130,8	+3,2	+2,5%	139,6	+12,0	+9,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Komplexe Nephrologie: 6 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

5**Leistungsgruppe:
Komplexe Nephrologie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	2	1	4	2	1
Vollstationäre Fälle:	633	1.290	487	2.524	315	592
Behandlungstage:	7.188	8.152	3.957	19.951	2.286	5.151

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	630	-	-	650	+20	+3%
Behandlungstage:	7.260	+70	+1%	7.610	+420	+5,9%
Bettenbelegung (Ø):	19,8	+0,2	+1%	20,9	+1,3	+6,6%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.300	+10	+0,6%	1.340	+50	+3,6%
Behandlungstage:	8.330	+180	+2,2%	8.870	+720	+8,8%
Bettenbelegung (Ø):	22,8	+0,5	+2,2%	24,3	+2,0	+9%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	490	-	-0,1%	480	-10	-2,1%
Behandlungstage:	4.020	+60	+1,5%	4.020	+70	+1,7%
Bettenbelegung (Ø):	11,0	+0,2	+1,9%	11,0	+0,2	+1,9%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.540	+20	+0,6%	2.580	+50	+2,1%
Behandlungstage:	20.600	+650	+3,2%	22.200	+2.250	+11,3%
Bettenbelegung (Ø):	56,3	+1,8	+3,3%	60,8	+6,3	+11,6%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	320	+10	+1,9%	340	+30	+8%
Behandlungstage:	2.350	+60	+2,6%	2.500	+220	+9,4%
Bettenbelegung (Ø):	6,4	+0,2	+3,2%	6,9	+0,7	+11,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	600	+10	+1%	610	+20	+3,3%
Behandlungstage:	5.320	+170	+3,3%	5.760	+610	+11,8%
Bettenbelegung (Ø):	14,5	+0,4	+2,8%	15,8	+1,7	+12,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

6**Leistungsgruppe:
Komplexe Pneumologie**

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 29

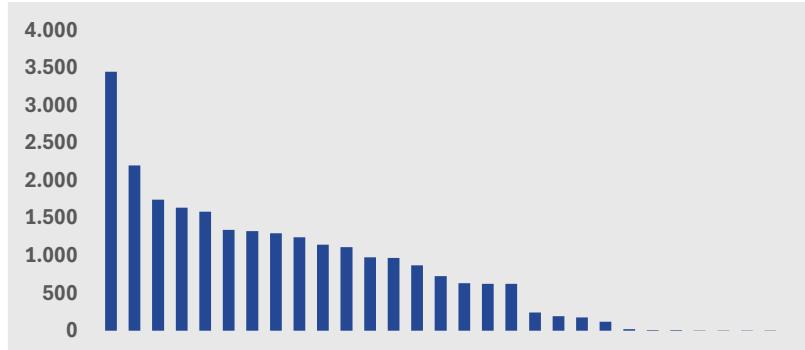
Vollstationäre Fälle: 24.280

Behandlungstage: 165.531

Bettenbelegung (\varnothing): 452,3Verweildauer (\varnothing) 6,8

Case Mix: 21.617

Case Mix Index (CMI): 0,9

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	24.440	+160	+0,6%	24.540	+260	+1,1%
Behandlungstage:	170.410	+4.880	+2,9%	179.240	+13.710	+8,3%
Bettenbelegung (\varnothing):	465,6	+13,3	+2,9%	491,1	+38,8	+8,6%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Komplexe Pneumologie: 7 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

6**Leistungsgruppe:
Komplexe Pneumologie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	4	3	6	11	2	3
Vollstationäre Fälle:	5.783	2.221	5.134	7.483	2.856	803
Behandlungstage:	32.883	15.204	41.165	52.167	18.689	5.423

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.780	-	-	5.690	-90	-1,6%
Behandlungstage:	33.420	+540	+1,6%	34.060	+1.180	+3,6%
Bettenbelegung (Ø):	91,3	+1,5	+1,7%	93,3	+3,5	+3,9%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.200	-20	-0,9%	2.170	-50	-2,4%
Behandlungstage:	15.520	+320	+2,1%	16.220	+1.020	+6,7%
Bettenbelegung (Ø):	42,4	+0,9	+2,2%	44,4	+2,9	+7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.160	+20	+0,4%	5.120	-20	-0,3%
Behandlungstage:	42.410	+1.240	+3%	44.370	+3.200	+7,8%
Bettenbelegung (Ø):	115,9	+3,4	+3%	121,6	+9,1	+8,1%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	7.540	+60	+0,8%	7.620	+140	+1,9%
Behandlungstage:	54.100	+1.940	+3,7%	57.980	+5.810	+11,1%
Bettenbelegung (Ø):	147,8	+5,3	+3,7%	158,8	+16,3	+11,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.920	+60	+2,2%	3.060	+210	+7,2%
Behandlungstage:	19.290	+610	+3,2%	20.590	+1.900	+10,2%
Bettenbelegung (Ø):	52,7	+1,6	+3,1%	56,4	+5,3	+10,4%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	830	+30	+3,9%	880	+80	+9,7%
Behandlungstage:	5.660	+230	+4,3%	6.020	+600	+11,1%
Bettenbelegung (Ø):	15,5	+0,7	+4,7%	16,5	+1,7	+11,5%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

7**Leistungsgruppe:
Komplexe Rheumatologie**

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall -

Planungsebene Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar**Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:**

Anzahl der KH: 5

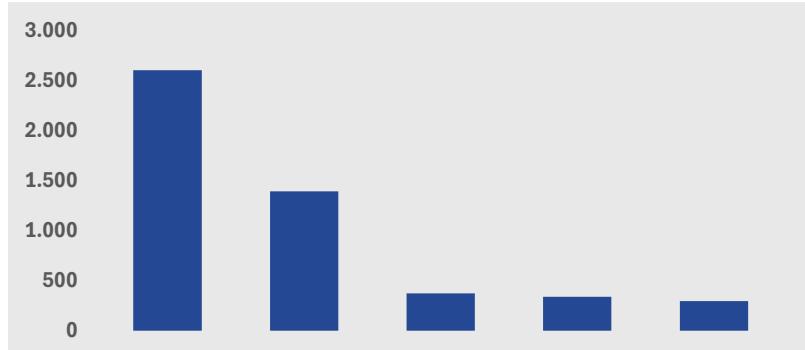
Vollstationäre Fälle: 5.001

Behandlungstage: 38.444

Bettenbelegung (\varnothing): 105,0Verweildauer (\varnothing) 7,7

Case Mix: 3.308

Case Mix Index (CMI): 0,7

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.050	+50	+1%	5.140	+140	+2,8%
Behandlungstage:	38.910	+470	+1,2%	39.690	+1.240	+3,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	106,3	+1,3	+1,2%	108,7	+3,7	+3,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Komplexe Rheumatologie: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Rheumatologie oder Kinderrheumatologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

7

Leistungsgruppe: Komplexe Rheumatologie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	1	2	1	1	-
Vollstationäre Fälle:	-	296	3.993	340	372	-
Behandlungstage:	-	2.051	31.618	2.809	1.966	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-
VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	300	-	+1,3%	300	-	+1,6%
Behandlungstage:	2.080	+30	+1,4%	2.110	+60	+2,8%
Bettenbelegung (Ø):	5,7	+0,1	+1,8%	5,8	+0,2	+3,6%
VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.030	+40	+0,9%	4.100	+100	+2,6%
Behandlungstage:	31.950	+330	+1%	32.480	+860	+2,7%
Bettenbelegung (Ø):	87,3	+0,9	+1%	89,0	+2,6	+3%
VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	350	+10	+1,8%	360	+20	+6,2%
Behandlungstage:	2.890	+80	+2,7%	3.060	+250	+9,1%
Bettenbelegung (Ø):	7,9	+0,2	+2,6%	8,4	+0,7	+9,1%
VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	380	-	+0,9%	380	+10	+2,4%
Behandlungstage:	2.000	+30	+1,7%	2.040	+70	+3,6%
Bettenbelegung (Ø):	5,5	+0,1	+1,9%	5,6	+0,2	+3,7%
Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

8

Leistungsgruppe: Stammzelltransplantation

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 8

Vollstationäre Fälle: 357

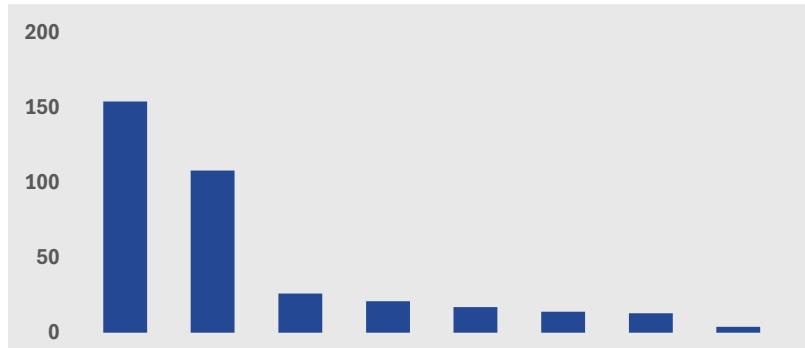
Behandlungstage: 9.844

Bettenbelegung (\varnothing): 26,9

Verweildauer (\varnothing) 27,6

Case Mix: 2.469

Case Mix Index (CMI): 6,9



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	370	+10	+2,2%	360	0	-0,3%
Behandlungstage:	10.060	+220	+2,2%	9.800	-50	-0,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	27,5	+0,6	+2,2%	26,8	-0,1	-0,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Stammzelltransplantation: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Onkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

8

Leistungsgruppe: Stammzelltransplantation

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	-	2	3	1	1
Vollstationäre Fälle:	17	-	134	171	14	21
Behandlungstage:	481	-	3.609	5.061	267	426

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	+0,6%	20	-	-1,8%
Behandlungstage:	490	-	+1%	470	-20	-3,3%
Bettenbelegung (Ø):	1,3	-	-	1,3	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	130	-	+0,5%	130	-10	-4,1%
Behandlungstage:	3.610	-	-0,1%	3.460	-150	-4,1%
Bettenbelegung (Ø):	9,9	-	-	9,5	-0,4	-4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	+10	+3,7%	170	-	+1,6%
Behandlungstage:	5.240	+180	+3,5%	5.120	+60	+1,3%
Bettenbelegung (Ø):	14,3	+0,5	+3,6%	14,0	+0,2	+1,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	+6,2%	20	-	+12,9%
Behandlungstage:	280	+20	+6,1%	300	+40	+13,2%
Bettenbelegung (Ø):	0,8	+0,1	+14,3%	0,8	+0,1	+14,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	+3%	20	-	+1,6%
Behandlungstage:	450	+20	+4,7%	440	+10	+3,3%
Bettenbelegung (Ø):	1,2	-	-	1,2	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

9

Leistungsgruppe: Leukämie und Lymphome

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall -

Planungsebene Hessen

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar** -

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 29

Vollstationäre Fälle: 2.569

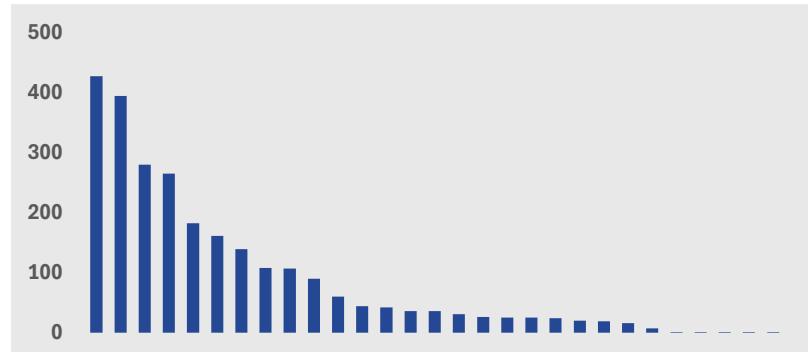
Behandlungstage: 30.440

Bettenbelegung (\varnothing): 83,2

Verweildauer (\varnothing) 11,8

Case Mix: 4.336

Case Mix Index (CMI): 1,7



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.630	+60	+2,2%	2.720	+150	+5,7%
Behandlungstage:	31.320	+880	+2,9%	32.590	+2.150	+7,1%
Bettenbelegung (\varnothing):	85,6	+2,4	+2,9%	89,3	+6,1	+7,3%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Leukämie und Lymphome: 3 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Onkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

9

Leistungsgruppe: Leukämie und Lymphome

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	3	2	5	13	3	3
Vollstationäre Fälle:	435	175	510	921	243	285
Behandlungstage:	3.918	3.183	6.545	12.777	2.303	1.714

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	440	+10	+1,2%	440	-	+0,2%
Behandlungstage:	4.050	+130	+3,4%	4.180	+260	+6,7%
Bettenbelegung (Ø):	11,1	+0,4	+3,7%	11,5	+0,8	+7,5%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	-	+2,3%	190	+10	+7,6%
Behandlungstage:	3.250	+70	+2,1%	3.360	+170	+5,4%
Bettenbelegung (Ø):	8,9	+0,2	+2,3%	9,2	+0,5	+5,7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	520	+10	+1,5%	520	+10	+1,7%
Behandlungstage:	6.710	+160	+2,5%	6.800	+260	+4%
Bettenbelegung (Ø):	18,3	+0,4	+2,2%	18,6	+0,7	+3,9%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	950	+30	+3,4%	1.010	+90	+9,5%
Behandlungstage:	13.240	+470	+3,7%	13.960	+1.190	+9,3%
Bettenbelegung (Ø):	36,2	+1,3	+3,7%	38,3	+3,4	+9,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	240	-	+0,5%	260	+10	+5,3%
Behandlungstage:	2.320	+10	+0,6%	2.430	+130	+5,6%
Bettenbelegung (Ø):	6,3	-	-	6,7	+0,4	+6,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	290	+10	+2,8%	310	+20	+8,3%
Behandlungstage:	1.760	+40	+2,5%	1.860	+140	+8,3%
Bettenbelegung (Ø):	4,8	+0,1	+2,1%	5,1	+0,4	+8,5%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

10**Leistungsgruppe:
EPU / Ablation**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 34

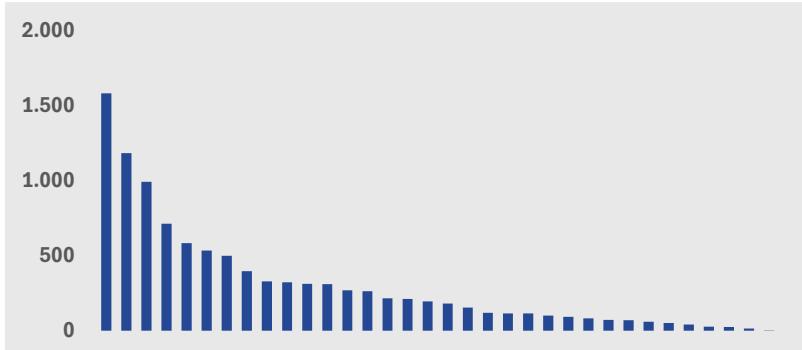
Vollstationäre Fälle: 10.233

Behandlungstage: 25.114

Bettenbelegung (\varnothing): 68,6Verweildauer (\varnothing) 2,5

Case Mix: 17.649

Case Mix Index (CMI): 1,7

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	9.750	-490	-4,8%	8.740	-1.490	-14,6%
Behandlungstage:	24.720	-400	-1,6%	24.010	-1.110	-4,4%
Bettenbelegung (\varnothing):	67,5	-1,1	-1,6%	65,8	-2,8	-4,1%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG EPU/ Ablation: 22 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

10**Leistungsgruppe:
EPU / Ablation**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	7	2	5	15	3	2
Vollstationäre Fälle:	1.238	590	2.333	4.411	1.477	184
Behandlungstage:	2.997	1.539	5.413	11.533	3.159	473

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.200	-40	-3,3%	1.110	-120	-9,9%
Behandlungstage:	2.980	-20	-0,5%	2.990	-10	-0,4%
Bettenbelegung (Ø):	8,1	-0,1	-1,2%	8,2	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	570	-20	-4,1%	500	-90	-15,5%
Behandlungstage:	1.550	+10	+0,5%	1.480	-60	-3,6%
Bettenbelegung (Ø):	4,2	-	-	4,1	-0,1	-2,4%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.220	-120	-5%	1.960	-370	-15,8%
Behandlungstage:	5.280	-130	-2,4%	5.090	-330	-6%
Bettenbelegung (Ø):	14,4	-0,4	-2,7%	13,9	-0,9	-6,1%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.180	-230	-5,3%	3.700	-710	-16%
Behandlungstage:	11.300	-230	-2%	10.870	-670	-5,8%
Bettenbelegung (Ø):	30,9	-0,6	-1,9%	29,8	-1,7	-5,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.410	-70	-4,7%	1.290	-180	-12,4%
Behandlungstage:	3.120	-40	-1,1%	3.110	-50	-1,5%
Bettenbelegung (Ø):	8,5	-0,1	-1,2%	8,5	-0,1	-1,2%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	-	-2%	170	-20	-8,8%
Behandlungstage:	480	+10	+2,3%	470	-	-0,2%
Bettenbelegung (Ø):	1,3	-	-	1,3	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

11**Leistungsgruppe:
Interventionelle Kardiologie**

Relevanz in der Notfallversorgung	Allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	30 Minuten
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 61

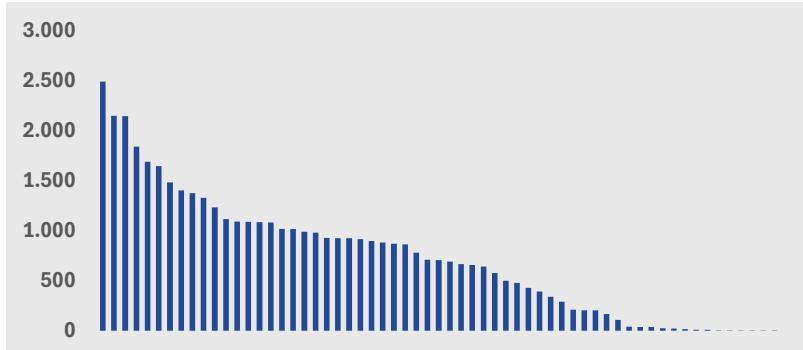
Vollstationäre Fälle: 44.369

Behandlungstage: 231.951

Bettenbelegung (\varnothing): 633,7Verweildauer (\varnothing) 5,2

Case Mix: 52.535

Case Mix Index (CMI): 1,2

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	39.490	-4.880	-11%	30.820	-13.550	-30,5%
Behandlungstage:	228.680	-3.270	-1,4%	229.150	-2.800	-1,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	624,8	-8,9	-1,4%	627,8	-5,9	-0,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Interventionelle Kardiologie: 37 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungssinfarkt

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

11

Leistungsgruppe: Interventionelle Kardiologie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	11	6	9	23	4	8
Vollstationäre Fälle:	7.588	3.339	7.456	16.420	2.939	6.627
Behandlungstage:	42.053	19.451	42.296	81.031	14.486	32.634

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.720	-870	-11,5%	5.320	-2.260	-29,8%
Behandlungstage:	40.950	-1.100	-2,6%	40.590	-1.460	-3,5%
Bettenbelegung (Ø):	111,9	-3,0	-2,6%	111,2	-3,7	-3,2%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.980	-360	-10,8%	2.350	-990	-29,7%
Behandlungstage:	19.210	-240	-1,3%	19.450	-	-
Bettenbelegung (Ø):	52,5	-0,6	-1,1%	53,3	+0,2	+0,4%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.690	-770	-10,3%	5.340	-2.120	-28,4%
Behandlungstage:	41.970	-320	-0,8%	42.760	+460	+1,1%
Bettenbelegung (Ø):	114,7	-0,9	-0,8%	117,2	+1,6	+1,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	14.530	-1.890	-11,5%	11.050	-5.370	-32,7%
Behandlungstage:	79.970	-1.060	-1,3%	79.700	-1.340	-1,6%
Bettenbelegung (Ø):	218,5	-2,9	-1,3%	218,3	-3,1	-1,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.710	-230	-7,7%	2.340	-600	-20,5%
Behandlungstage:	14.340	-140	-1%	14.450	-40	-0,3%
Bettenbelegung (Ø):	39,2	-0,4	-1%	39,6	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.860	-770	-11,6%	4.420	-2.200	-33,3%
Behandlungstage:	32.240	-390	-1,2%	32.210	-430	-1,3%
Bettenbelegung (Ø):	88,1	-1,1	-1,2%	88,2	-1,0	-1,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

12**Leistungsgruppe:
Kardiale Devices**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 52

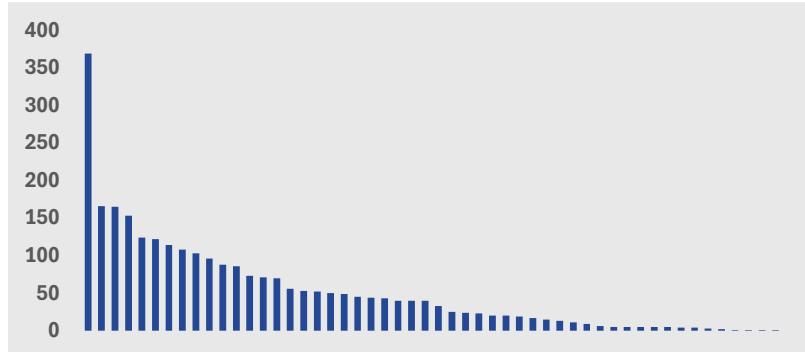
Vollstationäre Fälle: 2.698

Behandlungstage: 15.807

Bettenbelegung (\varnothing): 43,2Verweildauer (\varnothing) 5,9

Case Mix: 6.657

Case Mix Index (CMI): 2,5

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.670	-30	-1%	2.660	-40	-1,4%
Behandlungstage:	16.220	+420	+2,6%	17.190	+1.380	+8,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	44,3	+1,1	+2,5%	47,1	+3,9	+9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Kardiale Devices: 11 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

Sondendislokation oder -dysfunktion -Herzschriftmacher, Sondendislokation oder -dysfunktion - implantierbare Defibrillatoren

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

12**Leistungsgruppe:
Kardiale Devices**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	11	5	7	19	3	7
Vollstationäre Fälle:	473	186	729	768	354	188
Behandlungstage:	3.128	1.342	3.901	4.413	2.053	970

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	460	-10	-1,9%	450	-20	-4,3%
Behandlungstage:	3.160	+30	+0,9%	3.280	+150	+4,8%
Bettenbelegung (Ø):	8,6	+0,1	+1,2%	9,0	+0,5	+5,9%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	-	-0,8%	180	-	-1,5%
Behandlungstage:	1.380	+30	+2,6%	1.450	+110	+8%
Bettenbelegung (Ø):	3,8	+0,1	+2,7%	4,0	+0,3	+8,1%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	720	-10	-1,1%	720	-10	-1,9%
Behandlungstage:	4.060	+160	+4%	4.250	+350	+9%
Bettenbelegung (Ø):	11,1	+0,4	+3,7%	11,6	+0,9	+8,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	760	-10	-0,9%	760	-	-0,5%
Behandlungstage:	4.520	+110	+2,4%	4.870	+460	+10,5%
Bettenbelegung (Ø):	12,3	+0,2	+1,7%	13,4	+1,3	+10,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	350	-	+0,2%	360	+10	+2,1%
Behandlungstage:	2.120	+60	+3%	2.250	+200	+9,8%
Bettenbelegung (Ø):	5,8	+0,2	+3,6%	6,2	+0,6	+10,7%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	-	-1,8%	180	-	-2,6%
Behandlungstage:	1.000	+30	+3,1%	1.080	+110	+11,5%
Bettenbelegung (Ø):	2,7	-	-	3,0	+0,3	+11,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

13

Leistungsgruppe: Minimalinvasive Herzklappenintervention

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 9

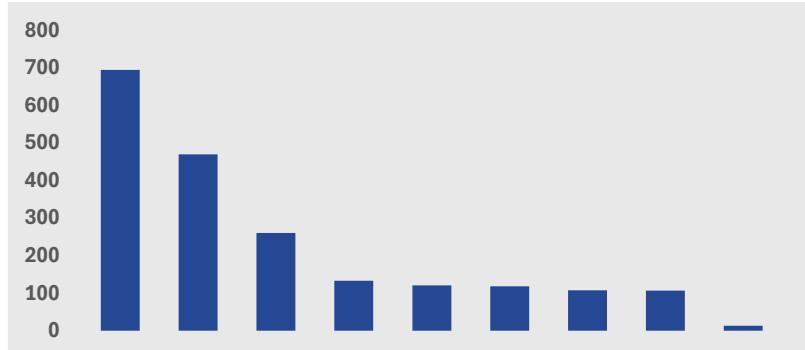
Vollstationäre Fälle: 2.025

Behandlungstage: 18.584

Bettenbelegung (\varnothing): 50,8Verweildauer (\varnothing) 9,2

Case Mix: 10.974

Case Mix Index (CMI): 5,4



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.060	+30	+1,6%	2.320	+290	+14,4%
Behandlungstage:	18.850	+270	+1,4%	21.260	+2.680	+14,4%
Bettenbelegung (\varnothing):	51,5	+0,7	+1,4%	58,2	+7,4	+14,6%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Minimalinvasive Herzklappenintervention: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

13
**Leistungsgruppe:
Minimalinvasive Herzklappenintervention**
Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	2	3	2	1	-
Vollstationäre Fälle:	133	239	1.062	483	108	-
Behandlungstage:	1.322	3.393	9.183	3.744	942	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	130	-	-0,7%	150	+10	+10%
Behandlungstage:	1.310	-10	-1,1%	1.440	+120	+8,9%
Bettenbelegung (Ø):	3,6	-	-	3,9	+0,3	+8,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	240	-	-0,6%	270	+30	+13,4%
Behandlungstage:	3.400	+10	+0,3%	3.860	+470	+13,8%
Bettenbelegung (Ø):	9,3	-	-	10,6	+1,3	+14%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.080	+20	+2%	1.230	+170	+15,7%
Behandlungstage:	9.370	+180	+2%	10.650	+1.470	+16%
Bettenbelegung (Ø):	25,6	+0,5	+2%	29,2	+4,1	+16,3%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	490	+10	+2,3%	550	+70	+13,8%
Behandlungstage:	3.830	+90	+2,4%	4.270	+520	+14%
Bettenbelegung (Ø):	10,5	+0,3	+2,9%	11,7	+1,5	+14,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	110	-	+1,4%	120	+10	+12,1%
Behandlungstage:	940	-	-0,1%	1.040	+100	+10,4%
Bettenbelegung (Ø):	2,6	-	-	2,8	+0,2	+7,7%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

14

Leistungsgruppe: Allgemeine Chirurgie

Relevanz in der Notfallversorgung vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall 30 Minuten

Planungsebene -

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar** -

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 100

Vollstationäre Fälle: 220.676

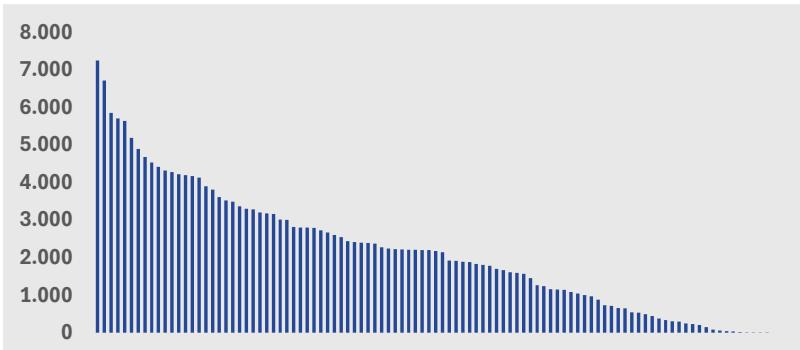
Behandlungstage: 1.149.370

Bettenbelegung (\varnothing): 3.140,4

Verweildauer (\varnothing) 5,2

Case Mix: 214.731

Case Mix Index (CMI): 1



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	209.610	-11.070	-5%	189.840	-30.840	-14%
Behandlungstage:	1.156.520	+7.150	+0,6%	1.177.510	+28.140	+2,4%
Bettenbelegung (\varnothing):	3.159,9	+19,5	+0,6%	3.226,1	+85,7	+2,7%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Allgemeine Chirurgie: 19 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Traumazentrum

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

14**Leistungsgruppe:
Allgemeine Chirurgie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	19	14	17	26	11	13
Vollstationäre Fälle:	35.540	24.032	34.553	73.518	25.840	27.193
Behandlungstage:	192.400	112.931	176.549	386.051	145.273	136.166

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	33.570	-1.970	-5,5%	30.310	-5.230	-14,7%
Behandlungstage:	191.020	-1.380	-0,7%	190.580	-1.820	-0,9%
Bettenbelegung (Ø):	521,9	-3,8	-0,7%	522,1	-3,6	-0,7%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	22.150	-1.880	-7,8%	19.030	-5.000	-20,8%
Behandlungstage:	111.740	-1.190	-1,1%	110.820	-2.110	-1,9%
Bettenbelegung (Ø):	305,3	-3,3	-1,1%	303,6	-5,0	-1,6%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	32.470	-2.080	-6%	28.830	-5.720	-16,6%
Behandlungstage:	176.910	+360	+0,2%	179.770	+3.230	+1,8%
Bettenbelegung (Ø):	483,4	+1,0	+0,2%	492,5	+10,1	+2,1%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	70.700	-2.820	-3,8%	65.170	-8.350	-11,4%
Behandlungstage:	391.690	+5.640	+1,5%	402.720	+16.660	+4,3%
Bettenbelegung (Ø):	1070,2	+15,4	+1,5%	1103,3	+48,5	+4,6%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	24.700	-1.140	-4,4%	22.660	-3.180	-12,3%
Behandlungstage:	146.910	+1.640	+1,1%	150.710	+5.440	+3,7%
Bettenbelegung (Ø):	401,4	+4,5	+1,1%	412,9	+16,0	+4%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	26.010	-1.180	-4,3%	23.850	-3.340	-12,3%
Behandlungstage:	138.250	+2.080	+1,5%	142.910	+6.750	+5%
Bettenbelegung (Ø):	377,7	+5,7	+1,5%	391,5	+19,5	+5,2%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

15

Leistungsgruppe: Kinder und Jugendchirurgie

Relevanz in der Notfallversorgung	Allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	30 Minuten
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 16

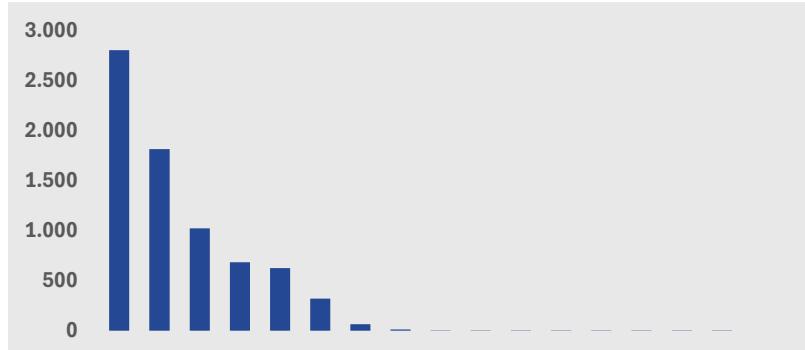
Vollstationäre Fälle: 7.361

Behandlungstage: 27.347

Bettenbelegung (\varnothing): 74,7Verweildauer (\varnothing) 3,7

Case Mix: 5.737

Case Mix Index (CMI): 0,8



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.970	-390	-5,3%	6.100	-1.260	-17,1%
Behandlungstage:	26.720	-630	-2,3%	24.960	-2.380	-8,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	73,0	-1,7	-2,3%	68,4	-6,3	-8,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Kinder und Jugendchirurgie: 14 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

15
**Leistungsgruppe:
Kinder und Jugendchirurgie**
Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	1	2	7	3	2
Vollstationäre Fälle:	2.802	2	1.649	2.889	17	2
Behandlungstage:	10.395	3	5.341	11.437	38	133

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.690	-120	-4,2%	2.390	-410	-14,8%
Behandlungstage:	10.200	-190	-1,9%	9.560	-840	-8,1%
Bettenbelegung (Ø):	27,9	-0,5	-1,8%	26,2	-2,2	-7,7%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-18,6%	-	-	-46,3%
Behandlungstage:	-	-	-12,4%	-	-	-28,4%
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.530	-120	-7,3%	1.270	-380	-22,8%
Behandlungstage:	5.180	-160	-3%	4.740	-600	-11,3%
Bettenbelegung (Ø):	14,2	-0,4	-2,7%	13,0	-1,6	-11%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.740	-150	-5,1%	2.430	-460	-15,9%
Behandlungstage:	11.180	-260	-2,3%	10.530	-910	-8%
Bettenbelegung (Ø):	30,5	-0,7	-2,2%	28,8	-2,4	-7,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	-22%	10	-10	-59,5%
Behandlungstage:	30	-	-11,4%	30	-10	-34%
Bettenbelegung (Ø):	0,1	-	-	0,1	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-2,9%	-	-	-3,3%
Behandlungstage:	120	-10	-7,6%	120	-20	-13%
Bettenbelegung (Ø):	0,3	-0,1	-25%	0,3	-0,1	-25%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

17

Leistungsgruppe: Plastische und Rekonstruktive Chirurgie

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall -

Planungsebene Hessen

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar** -

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 22

Vollstationäre Fälle: 4.872

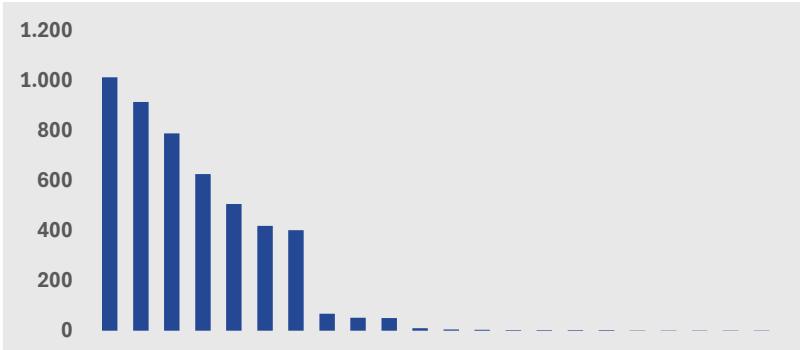
Behandlungstage: 30.562

Bettenbelegung (\varnothing): 83,5

Verweildauer (\varnothing) 6,3

Case Mix: 5.776

Case Mix Index (CMI): 1,2



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.640	-230	-4,7%	4.200	-670	-13,8%
Behandlungstage:	30.750	+190	+0,6%	30.850	+290	+0,9%
Bettenbelegung (\varnothing):	84,0	+0,5	+0,6%	84,5	+1,0	+1,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie: 16 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

17

Leistungsgruppe: Plastische und Rekonstruktive Chirurgie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	4	1	3	10	1	3
Vollstationäre Fälle:	1.052	2	909	2.846	10	53
Behandlungstage:	6.434	72	6.596	17.167	165	128

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	970	-80	-8,1%	820	-240	-22,5%
Behandlungstage:	6.370	-70	-1,1%	6.100	-340	-5,3%
Bettenbelegung (Ø):	17,4	-0,2	-1,1%	16,7	-0,9	-5,1%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-2,2%	-	-	+0,6%
Behandlungstage:	70	-	-1,5%	70	-	+0,9%
Bettenbelegung (Ø):	0,2	-	-	0,2	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	880	-20	-2,7%	840	-70	-7,8%
Behandlungstage:	6.730	+130	+2%	6.890	+300	+4,5%
Bettenbelegung (Ø):	18,4	+0,4	+2,2%	18,9	+0,9	+5%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.730	-110	-4%	2.500	-350	-12,2%
Behandlungstage:	17.310	+140	+0,8%	17.530	+360	+2,1%
Bettenbelegung (Ø):	47,3	+0,4	+0,9%	48,0	+1,1	+2,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	+0,9%	10	-	-
Behandlungstage:	160	-10	-5,2%	160	-10	-5%
Bettenbelegung (Ø):	0,4	-0,1	-20%	0,4	-0,1	-20%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	50	-10	-12,7%	30	-20	-36,8%
Behandlungstage:	120	-10	-6,7%	100	-30	-21,5%
Bettenbelegung (Ø):	0,3	-	-	0,3	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

18**Leistungsgruppe:
Bauchaortenaneurysma**

Relevanz in der Notfallversorgung	spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 35

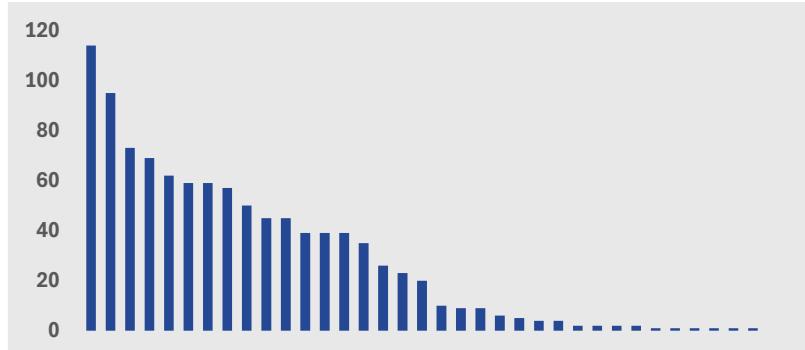
Vollstationäre Fälle: 1.010

Behandlungstage: 11.050

Bettenbelegung (\varnothing): 30,2Verweildauer (\varnothing) 10,9

Case Mix: 4.378

Case Mix Index (CMI): 4,3

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.040	+30	+3,1%	1.100	+90	+8,6%
Behandlungstage:	11.580	+530	+4,8%	12.480	+1.430	+12,9%
Bettenbelegung (\varnothing):	31,6	+1,4	+4,6%	34,2	+4,0	+13,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Bauchaortenaneurysma: 5 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

18**Leistungsgruppe:
Bauchaortenaneurysma**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	5	5	6	13	3	3
Vollstationäre Fälle:	88	103	231	421	103	64
Behandlungstage:	1.131	705	2.805	4.783	990	636

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	90	-	+4,6%	100	+10	+9,9%
Behandlungstage:	1.190	+60	+5,5%	1.230	+100	+8,8%
Bettenbelegung (Ø):	3,3	+0,2	+6,5%	3,4	+0,3	+9,7%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	100	-	-3,2%	90	-10	-10,9%
Behandlungstage:	710	+10	+1,1%	710	+10	+1%
Bettenbelegung (Ø):	1,9	-	-	2,0	+0,1	+5,3%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	240	+10	+4,4%	260	+30	+12,4%
Behandlungstage:	2.940	+130	+4,8%	3.190	+390	+13,8%
Bettenbelegung (Ø):	8,0	+0,3	+3,9%	8,7	+1,0	+13%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	440	+20	+3,7%	470	+50	+10,9%
Behandlungstage:	5.030	+240	+5,1%	5.530	+750	+15,6%
Bettenbelegung (Ø):	13,7	+0,6	+4,6%	15,1	+2,0	+15,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	100	-	+1,9%	110	+10	+5,5%
Behandlungstage:	1.030	+40	+4,4%	1.120	+130	+12,9%
Bettenbelegung (Ø):	2,8	+0,1	+3,7%	3,1	+0,4	+14,8%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	70	-	+4,9%	70	+10	+13,7%
Behandlungstage:	670	+40	+5,8%	700	+60	+10%
Bettenbelegung (Ø):	1,8	+0,1	+5,9%	1,9	+0,2	+11,8%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

19

Leistungsgruppe: Carotis operativ / interventionell

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 39

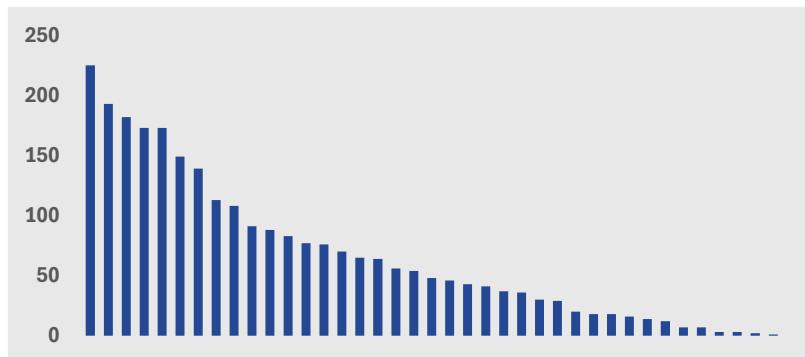
Vollstationäre Fälle: 2.610

Behandlungstage: 20.193

Bettenbelegung (\varnothing): 55,2Verweildauer (\varnothing) 7,7

Case Mix: 5.214

Case Mix Index (CMI): 2



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.620	+10	+0,5%	2.650	+40	+1,4%
Behandlungstage:	20.870	+680	+3,3%	22.310	+2.120	+10,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	57,0	+1,8	+3,3%	61,1	+5,9	+10,7%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Carotis operativ/ interventionell: 11 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch; Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - katheretergestützt

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

19
**Leistungsgruppe:
Carotis operativ / interventionell**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	8	4	7	13	3	4
Vollstationäre Fälle:	457	188	597	905	185	278
Behandlungstage:	3.595	1.367	5.193	6.619	1.443	1.976

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	470	+10	+2,6%	490	+30	+7,4%
Behandlungstage:	3.730	+130	+3,7%	3.960	+360	+10,1%
Bettenbelegung (Ø):	10,2	+0,4	+4,1%	10,8	+1,0	+10,2%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	-10	-6%	150	-30	-18,1%
Behandlungstage:	1.370	-	-	1.380	+10	+1%
Bettenbelegung (Ø):	3,7	-	-	3,8	+0,1	+2,7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	610	+10	+2,3%	630	+40	+6,2%
Behandlungstage:	5.400	+210	+4%	5.780	+590	+11,4%
Bettenbelegung (Ø):	14,8	+0,6	+4,2%	15,8	+1,6	+11,3%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	900	-10	-0,6%	890	-10	-1,2%
Behandlungstage:	6.840	+230	+3,4%	7.420	+800	+12,1%
Bettenbelegung (Ø):	18,7	+0,6	+3,3%	20,3	+2,2	+12,2%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	190	-	+0,6%	190	+10	+3,1%
Behandlungstage:	1.500	+50	+3,7%	1.630	+190	+13%
Bettenbelegung (Ø):	4,1	+0,2	+5,1%	4,5	+0,6	+15,4%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	280	-	+0,9%	280	-	+1,7%
Behandlungstage:	2.030	+50	+2,8%	2.140	+160	+8,3%
Bettenbelegung (Ø):	5,5	+0,1	+1,9%	5,9	+0,5	+9,3%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

20

Leistungsgruppe: Komplexe periphere arterielle Gefäße

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 45

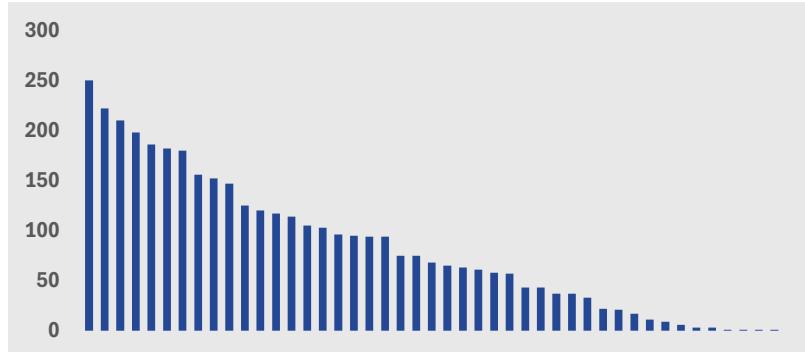
Vollstationäre Fälle: 3.757

Behandlungstage: 59.667

Bettenbelegung (\varnothing): 163,0Verweildauer (\varnothing) 15,9

Case Mix: 11.070

Case Mix Index (CMI): 2,9



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.910	+160	+4,2%	4.180	+420	+11,2%
Behandlungstage:	62.400	+2.730	+4,6%	67.570	+7.900	+13,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	170,5	+7,5	+4,6%	185,1	+22,1	+13,6%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Komplexe periphere arterielle Gefäße: 1 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

20

Leistungsgruppe: Komplexe periphere arterielle Gefäße

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	9	6	8	14	4	4
Vollstationäre Fälle:	605	319	745	1.419	377	292
Behandlungstage:	9.164	4.367	13.071	21.417	6.307	5.341

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	620	+10	+2,4%	640	+40	+5,9%
Behandlungstage:	9.410	+250	+2,7%	9.890	+730	+8%
Bettenbelegung (Ø):	25,7	+0,7	+2,8%	27,1	+2,1	+8,4%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	330	+10	+2,8%	340	+20	+5,7%
Behandlungstage:	4.560	+190	+4,4%	4.900	+530	+12,2%
Bettenbelegung (Ø):	12,5	+0,6	+5%	13,4	+1,5	+12,6%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	780	+40	+5,1%	840	+90	+12,2%
Behandlungstage:	13.770	+700	+5,4%	14.860	+1.790	+13,7%
Bettenbelegung (Ø):	37,6	+1,9	+5,3%	40,7	+5,0	+14%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.480	+70	+4,6%	1.610	+190	+13,3%
Behandlungstage:	22.540	+1.120	+5,2%	24.680	+3.260	+15,2%
Bettenbelegung (Ø):	61,6	+3,1	+5,3%	67,6	+9,1	+15,6%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	390	+10	+4%	420	+50	+12,2%
Behandlungstage:	6.530	+220	+3,5%	7.090	+790	+12,5%
Bettenbelegung (Ø):	17,8	+0,6	+3,5%	19,4	+2,2	+12,8%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	310	+20	+5,3%	330	+40	+14,5%
Behandlungstage:	5.590	+250	+4,7%	6.140	+800	+15%
Bettenbelegung (Ø):	15,3	+0,7	+4,8%	16,8	+2,2	+15,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

21**Leistungsgruppe:
Herzchirurgie**

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 8

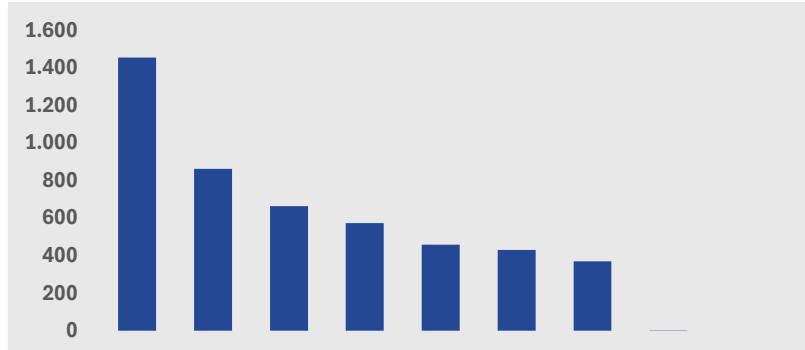
Vollstationäre Fälle: 4.813

Behandlungstage: 70.882

Bettenbelegung (\varnothing): 193,7Verweildauer (\varnothing) 14,7

Case Mix: 25.940

Case Mix Index (CMI): 5,4

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.030	+220	+4,6%	5.260	+450	+9,3%
Behandlungstage:	74.320	+3.440	+4,9%	77.910	+7.030	+9,9%
Bettenbelegung (\varnothing):	203,1	+9,4	+4,9%	213,5	+19,8	+10,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Herzchirurgie: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

21

Leistungsgruppe: Herzchirurgie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	2	2	3	1	-	-
Vollstationäre Fälle:	664	889	2.397	863	-	-
Behandlungstage:	12.951	15.341	32.987	9.603	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	690	+20	+3,5%	710	+50	+7%
Behandlungstage:	13.470	+520	+4%	13.940	+990	+7,7%
Bettenbelegung (Ø):	36,8	+1,4	+4%	38,2	+2,8	+7,9%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	930	+40	+4,7%	970	+80	+8,9%
Behandlungstage:	16.170	+830	+5,4%	16.990	+1.650	+10,7%
Bettenbelegung (Ø):	44,2	+2,3	+5,5%	46,5	+4,6	+11%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.510	+110	+4,6%	2.610	+210	+8,8%
Behandlungstage:	34.610	+1.630	+4,9%	36.090	+3.100	+9,4%
Bettenbelegung (Ø):	94,6	+4,5	+5%	98,9	+8,8	+9,8%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	910	+40	+5%	970	+110	+13%
Behandlungstage:	10.080	+470	+4,9%	10.890	+1.290	+13,4%
Bettenbelegung (Ø):	27,5	+1,3	+5%	29,8	+3,6	+13,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

22**Leistungsgruppe:
Herzchirurgie Kinder und Jugendliche**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 1

Vollstationäre Fälle: 227

Behandlungstage: 4.100

Bettenbelegung (\varnothing): 11,2Verweildauer (\varnothing) 18,1

Case Mix: 1.801

Case Mix Index (CMI): 7,9

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	230	0	-0,9%	210	-10	-5,7%
Behandlungstage:	4.050	-50	-1,2%	3.870	-240	-5,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	11,1	-0,1	-0,9%	10,6	-0,6	-5,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Herzchirurgie Kinder und Jugendliche: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

22

Leistungsgruppe: Herzchirurgie Kinder und Jugendliche

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	-	1	-	-	-
Vollstationäre Fälle:	-	-	227	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	4.100	-	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	220	-	-1%	210	-10	-5,5%
Behandlungstage:	4.050	-50	-1,2%	3.870	-230	-5,7%
Bettenbelegung (Ø):	11,1	-0,1	-0,9%	10,6	-0,6	-5,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

23**Leistungsgruppe:
Endoprothetik Hüfte**

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall -

Planungsebene Versorgungsgebiet

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar -**Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:**

Anzahl der KH: 81

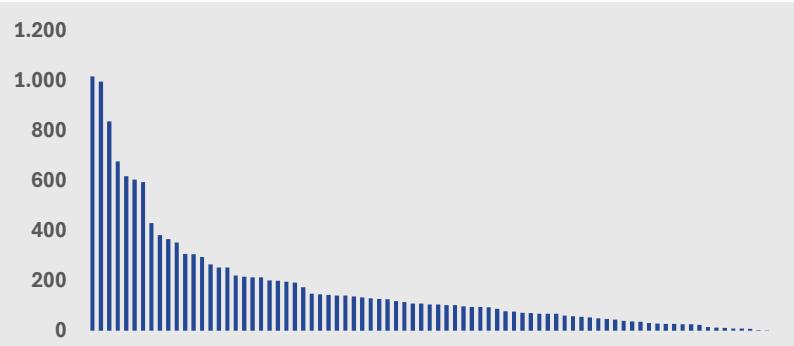
Vollstationäre Fälle: 14.313

Behandlungstage: 105.968

Bettenbelegung (\varnothing): 289,5Verweildauer (\varnothing) 7,4

Case Mix: 21.329

Case Mix Index (CMI): 1,5

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	14.780	+470	+3,3%	15.640	+1.330	+9,3%
Behandlungstage:	109.400	+3.430	+3,2%	116.810	+10.850	+10,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	298,9	+9,4	+3,2%	320,0	+30,5	+10,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Endoprothetik Hüfte: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation; Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Fallzahl der Endoprothesen die wegen eines Notfalls der LG Allgemeine Chirurgie zugeordnet werden

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

23**Leistungsgruppe:
Endoprothetik Hüfte**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	16	11	13	22	8	11
Vollstationäre Fälle:	2.391	1.205	2.149	3.554	2.409	2.605
Behandlungstage:	18.947	10.982	16.994	26.355	17.276	15.414

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.440	+50	+2%	2.530	+140	+6%
Behandlungstage:	19.320	+370	+2%	20.350	+1.400	+7,4%
Bettenbelegung (Ø):	52,8	+1,0	+1,9%	55,7	+3,9	+7,5%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.240	+30	+2,6%	1.280	+70	+5,9%
Behandlungstage:	11.290	+310	+2,8%	11.830	+850	+7,7%
Bettenbelegung (Ø):	30,9	+0,9	+3%	32,4	+2,4	+8%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.230	+80	+3,9%	2.360	+210	+9,9%
Behandlungstage:	17.610	+620	+3,6%	18.850	+1.850	+10,9%
Bettenbelegung (Ø):	48,1	+1,7	+3,7%	51,6	+5,2	+11,2%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.680	+130	+3,6%	3.980	+420	+11,9%
Behandlungstage:	27.290	+940	+3,6%	29.580	+3.220	+12,2%
Bettenbelegung (Ø):	74,6	+2,6	+3,6%	81,0	+9,0	+12,5%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.480	+70	+3%	2.610	+200	+8,5%
Behandlungstage:	17.800	+520	+3%	18.940	+1.670	+9,6%
Bettenbelegung (Ø):	48,6	+1,4	+3%	51,9	+4,7	+10%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.710	+110	+4,1%	2.880	+270	+10,5%
Behandlungstage:	16.080	+670	+4,3%	17.270	+1.860	+12%
Bettenbelegung (Ø):	43,9	+1,8	+4,3%	47,3	+5,2	+12,4%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

24**Leistungsgruppe:
Endoprothetik Knie**

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Versorgungsgebiet

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 74

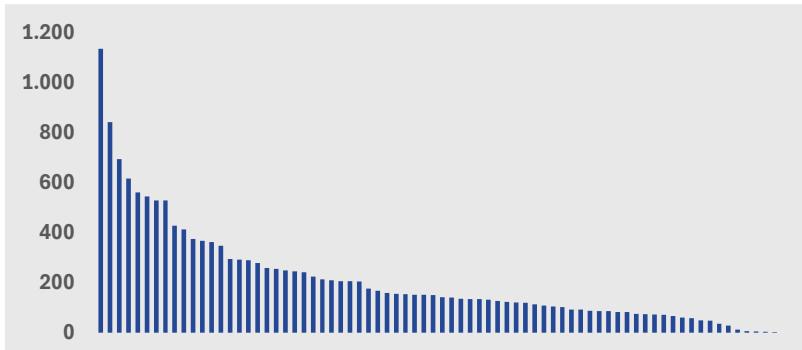
Vollstationäre Fälle: 15.689

Behandlungstage: 112.322

Bettenbelegung (\varnothing): 306,9Verweildauer (\varnothing) 7,2

Case Mix: 26.469

Case Mix Index (CMI): 1,7

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	16.260	+570	+3,7%	17.110	+1.420	+9%
Behandlungstage:	116.350	+4.030	+3,6%	123.350	+11.030	+9,8%
Bettenbelegung (\varnothing):	317,9	+11,0	+3,6%	337,9	+31,0	+10,1%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Endoprothetik Knie: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

24**Leistungsgruppe:
Endoprothetik Knie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	15	10	12	18	9	10
Vollstationäre Fälle:	2.836	1.564	2.631	3.960	2.170	2.528
Behandlungstage:	21.646	13.019	19.390	27.916	15.261	15.090

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.890	+60	+2%	2.950	+110	+3,9%
Behandlungstage:	22.140	+490	+2,3%	22.850	+1.210	+5,6%
Bettenbelegung (Ø):	60,5	+1,4	+2,4%	62,6	+3,5	+5,9%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.620	+60	+3,8%	1.680	+120	+7,6%
Behandlungstage:	13.500	+480	+3,7%	14.140	+1.120	+8,6%
Bettenbelegung (Ø):	36,9	+1,3	+3,7%	38,7	+3,1	+8,7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.730	+100	+3,9%	2.850	+220	+8,2%
Behandlungstage:	20.150	+760	+3,9%	21.210	+1.820	+9,4%
Bettenbelegung (Ø):	55,0	+2,0	+3,8%	58,1	+5,1	+9,6%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.130	+170	+4,4%	4.450	+490	+12,4%
Behandlungstage:	29.060	+1.150	+4,1%	31.410	+3.500	+12,5%
Bettenbelegung (Ø):	79,4	+3,1	+4,1%	86,1	+9,8	+12,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.250	+80	+3,5%	2.370	+200	+9,2%
Behandlungstage:	15.790	+530	+3,5%	16.840	+1.580	+10,4%
Bettenbelegung (Ø):	43,1	+1,4	+3,4%	46,1	+4,4	+10,6%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.630	+110	+4,2%	2.810	+280	+11,2%
Behandlungstage:	15.720	+630	+4,2%	16.890	+1.800	+11,9%
Bettenbelegung (Ø):	42,9	+1,7	+4,1%	46,3	+5,1	+12,4%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

25**Leistungsgruppe:
Revision Hüftendoprothese**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 74

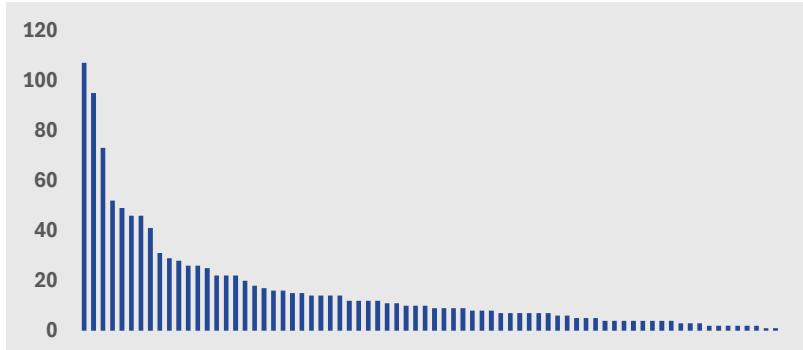
Vollstationäre Fälle: 1.197

Behandlungstage: 21.237

Bettenbelegung (\varnothing): 58,0Verweildauer (\varnothing) 17,7

Case Mix: 3.373

Case Mix Index (CMI): 2,8

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.240	+40	+3,2%	1.340	+140	+11,9%
Behandlungstage:	21.890	+650	+3,1%	23.960	+2.720	+12,8%
Bettenbelegung (\varnothing):	59,8	+1,8	+3,1%	65,6	+7,6	+13,1%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Revision Hüftendoprothese: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel; Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

25
**Leistungsgruppe:
Revision Hüftendoprothese**
Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	16	8	11	20	8	11
Vollstationäre Fälle:	288	79	194	340	165	131
Behandlungstage:	4.716	1.705	3.411	5.689	3.328	2.388

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	290	+10	+2%	310	+20	+7,8%
Behandlungstage:	4.820	+100	+2,2%	5.190	+470	+10%
Bettenbelegung (Ø):	13,2	+0,3	+2,3%	14,2	+1,3	+10,1%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	+2,7%	90	+10	+14,2%
Behandlungstage:	1.760	+50	+3,1%	2.000	+290	+17,1%
Bettenbelegung (Ø):	4,8	+0,1	+2,1%	5,5	+0,8	+17%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	200	+10	+4,1%	220	+20	+12%
Behandlungstage:	3.500	+90	+2,7%	3.700	+290	+8,4%
Bettenbelegung (Ø):	9,6	+0,3	+3,2%	10,1	+0,8	+8,6%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	350	+10	+4%	390	+50	+14,5%
Behandlungstage:	5.940	+250	+4,4%	6.580	+890	+15,7%
Bettenbelegung (Ø):	16,2	+0,7	+4,5%	18,0	+2,5	+16,1%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	170	-	+2,6%	190	+20	+12,2%
Behandlungstage:	3.400	+80	+2,3%	3.780	+450	+13,6%
Bettenbelegung (Ø):	9,3	+0,2	+2,2%	10,4	+1,3	+14,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	140	-	+3,3%	150	+20	+12,3%
Behandlungstage:	2.470	+80	+3,3%	2.710	+320	+13,5%
Bettenbelegung (Ø):	6,7	+0,2	+3,1%	7,4	+0,9	+13,8%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

26**Leistungsgruppe:
Revision Knieendoprothese**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 73

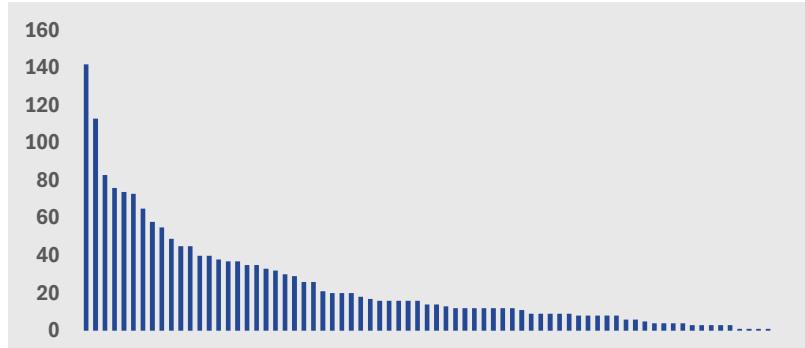
Vollstationäre Fälle: 1.785

Behandlungstage: 22.225

Bettenbelegung (\varnothing): 60,7Verweildauer (\varnothing) 12,5

Case Mix: 4.293

Case Mix Index (CMI): 2,4

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.840	+50	+2,8%	1.930	+150	+8,2%
Behandlungstage:	22.960	+730	+3,3%	24.510	+2.280	+10,3%
Bettenbelegung (\varnothing):	62,7	+2,0	+3,3%	67,1	+6,4	+10,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Revision Knieendoprothese: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

26**Leistungsgruppe:
Revision Knieendoprothese****Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:**

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	15	10	11	18	8	11
Vollstationäre Fälle:	333	146	341	413	322	230
Behandlungstage:	4.242	1.908	4.117	5.668	3.733	2.557

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	340	+10	+1,9%	350	+20	+5,6%
Behandlungstage:	4.370	+130	+3,1%	4.660	+410	+9,8%
Bettenbelegung (Ø):	11,9	+0,3	+2,6%	12,8	+1,2	+10,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	150	+10	+3,8%	160	+10	+8,6%
Behandlungstage:	1.990	+80	+4,2%	2.140	+230	+12,3%
Bettenbelegung (Ø):	5,4	+0,2	+3,8%	5,9	+0,7	+13,5%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	350	+10	+3%	370	+30	+8,2%
Behandlungstage:	4.250	+130	+3,1%	4.530	+410	+9,9%
Bettenbelegung (Ø):	11,6	+0,4	+3,6%	12,4	+1,2	+10,7%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	420	+10	+1,8%	450	+30	+8,4%
Behandlungstage:	5.760	+90	+1,5%	6.060	+390	+6,9%
Bettenbelegung (Ø):	15,7	+0,2	+1,3%	16,6	+1,1	+7,1%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	330	+10	+3,6%	350	+30	+9%
Behandlungstage:	3.910	+170	+4,6%	4.230	+490	+13,2%
Bettenbelegung (Ø):	10,7	+0,5	+4,9%	11,6	+1,4	+13,7%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	240	+10	+3,8%	250	+20	+10,2%
Behandlungstage:	2.690	+130	+5,2%	2.900	+340	+13,4%
Bettenbelegung (Ø):	7,3	+0,3	+4,3%	7,9	+0,9	+12,9%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

27**Leistungsgruppe:
Spezielle Traumatologie**

Relevanz in der Notfallversorgung	spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 72

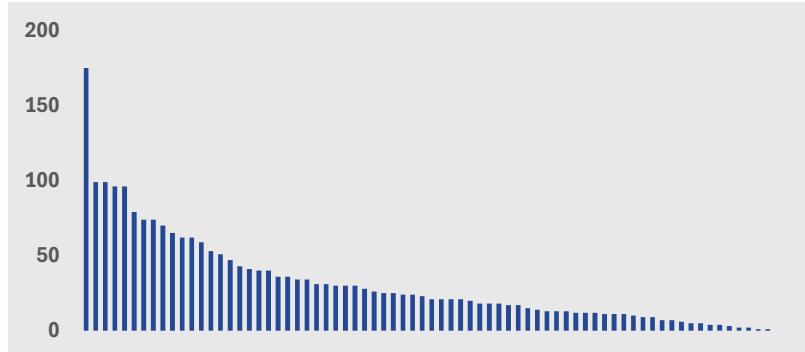
Vollstationäre Fälle: 2.296

Behandlungstage: 32.577

Bettenbelegung (\varnothing): 89,0Verweildauer (\varnothing) 14,2

Case Mix: 5.447

Case Mix Index (CMI): 2,4

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.350	+50	+2,3%	2.460	+170	+7,2%
Behandlungstage:	33.360	+790	+2,4%	35.430	+2.850	+8,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	91,2	+2,2	+2,5%	97,1	+8,1	+9,1%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Spezielle Traumatologie: 1 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Traumazentrum

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

27**Leistungsgruppe:
Spezielle Traumatologie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	15	9	10	20	7	11
Vollstationäre Fälle:	386	221	381	711	250	347
Behandlungstage:	6.436	3.134	5.115	9.742	3.312	4.838

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	390	-	+0,7%	400	+10	+2,9%
Behandlungstage:	6.480	+50	+0,7%	6.730	+290	+4,6%
Bettenbelegung (Ø):	17,7	+0,1	+0,6%	18,4	+0,8	+4,5%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	220	-	-0,3%	230	+10	+3,2%
Behandlungstage:	3.120	-20	-0,6%	3.340	+200	+6,5%
Bettenbelegung (Ø):	8,5	-0,1	-1,2%	9,1	+0,5	+5,8%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	390	+10	+1,4%	400	+20	+6,2%
Behandlungstage:	5.240	+130	+2,5%	5.610	+490	+9,7%
Bettenbelegung (Ø):	14,3	+0,3	+2,1%	15,4	+1,4	+10%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	740	+30	+3,7%	770	+60	+8,7%
Behandlungstage:	10.150	+410	+4,2%	10.680	+940	+9,6%
Bettenbelegung (Ø):	27,7	+1,1	+4,1%	29,3	+2,7	+10,2%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	260	+10	+3,4%	270	+20	+9,5%
Behandlungstage:	3.390	+80	+2,4%	3.630	+320	+9,7%
Bettenbelegung (Ø):	9,3	+0,3	+3,3%	10,0	+1,0	+11,1%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	360	+10	+2,9%	380	+40	+10,9%
Behandlungstage:	4.980	+140	+3%	5.430	+600	+12,3%
Bettenbelegung (Ø):	13,6	+0,4	+3%	14,9	+1,7	+12,9%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

28**Leistungsgruppe:
Wirbelsäuleneingriffe**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 80

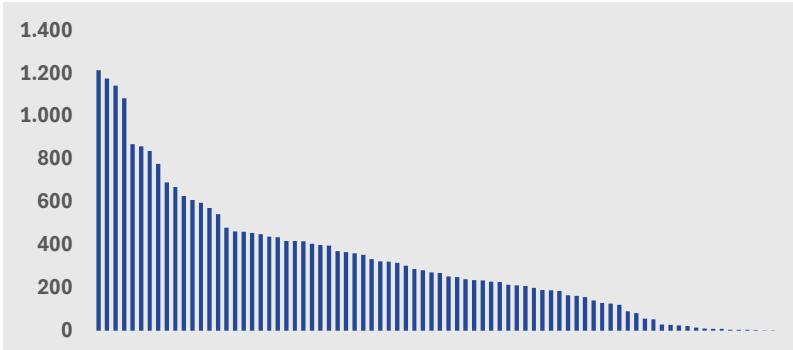
Vollstationäre Fälle: 26.587

Behandlungstage: 209.977

Bettenbelegung (\varnothing): 573,7Verweildauer (\varnothing) 7,9

Case Mix: 49.994

Case Mix Index (CMI): 1,9

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	27.020	+440	+1,6%	27.950	+1.360	+5,1%
Behandlungstage:	214.560	+4.580	+2,2%	226.470	+16.490	+7,9%
Bettenbelegung (\varnothing):	586,2	+12,5	+2,2%	620,5	+46,8	+8,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Wirbelsäuleneingriffe: 1 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

28**Leistungsgruppe:
Wirbelsäuleneingriffe**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	15	11	12	23	7	12
Vollstationäre Fälle:	5.623	3.695	2.581	8.956	1.709	4.023
Behandlungstage:	53.148	21.000	21.410	75.214	17.600	21.605

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.650	+30	+0,5%	5.760	+130	+2,4%
Behandlungstage:	53.860	+710	+1,3%	55.860	+2.710	+5,1%
Bettenbelegung (Ø):	147,2	+2,0	+1,4%	153,0	+7,8	+5,4%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.690	-	-	3.710	+20	+0,5%
Behandlungstage:	21.110	+110	+0,5%	22.120	+1.120	+5,3%
Bettenbelegung (Ø):	57,7	+0,3	+0,5%	60,6	+3,2	+5,6%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.620	+40	+1,7%	2.730	+150	+5,8%
Behandlungstage:	21.910	+500	+2,4%	23.390	+1.980	+9,2%
Bettenbelegung (Ø):	59,9	+1,4	+2,4%	64,1	+5,6	+9,6%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	9.170	+210	+2,4%	9.600	+640	+7,1%
Behandlungstage:	77.240	+2.030	+2,7%	82.190	+6.980	+9,3%
Bettenbelegung (Ø):	211,0	+5,5	+2,7%	225,2	+19,7	+9,6%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.750	+40	+2,5%	1.840	+130	+7,9%
Behandlungstage:	18.060	+460	+2,6%	19.130	+1.530	+8,7%
Bettenbelegung (Ø):	49,3	+1,2	+2,5%	52,4	+4,3	+8,9%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.140	+110	+2,8%	4.310	+290	+7,2%
Behandlungstage:	22.370	+770	+3,5%	23.780	+2.170	+10,1%
Bettenbelegung (Ø):	61,1	+2,1	+3,6%	65,1	+6,1	+10,3%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

29**Leistungsgruppe:
Thoraxchirurgie**

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall -

Planungsebene Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar**Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:**

Anzahl der KH: 22

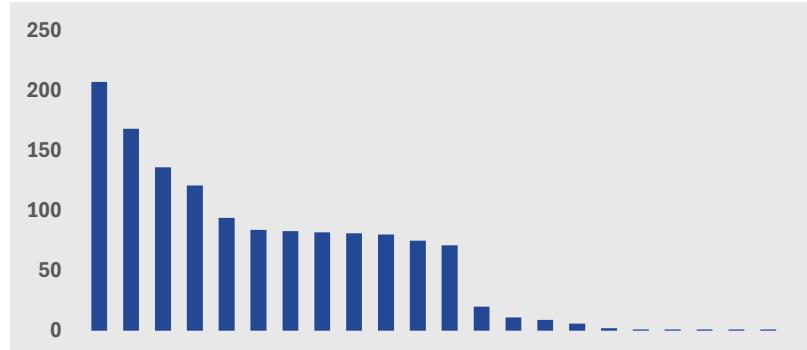
Vollstationäre Fälle: 1.335

Behandlungstage: 17.421

Bettenbelegung (\varnothing): 47,6Verweildauer (\varnothing) 13

Case Mix: 4.396

Case Mix Index (CMI): 3,3

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.400	+60	+4,7%	1.490	+150	+11,5%
Behandlungstage:	18.210	+790	+4,5%	19.480	+2.060	+11,8%
Bettenbelegung (\varnothing):	49,8	+2,2	+4,6%	53,4	+5,8	+12,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Thoraxchirurgie: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

29**Leistungsgruppe:
Thoraxchirurgie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	2	2	4	9	2	3
Vollstationäre Fälle:	90	83	251	827	72	12
Behandlungstage:	1.004	1.322	2.865	11.399	723	108

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	90	-	+3,6%	90	-	+4,8%
Behandlungstage:	1.040	+40	+3,8%	1.060	+50	+5,5%
Bettenbelegung (Ø):	2,8	+0,1	+3,7%	2,9	+0,2	+7,4%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	90	-	+5,7%	100	+10	+17,3%
Behandlungstage:	1.380	+60	+4,2%	1.530	+210	+15,8%
Bettenbelegung (Ø):	3,8	+0,2	+5,6%	4,2	+0,6	+16,7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	260	+10	+4,3%	270	+20	+6,5%
Behandlungstage:	3.000	+130	+4,6%	3.080	+210	+7,4%
Bettenbelegung (Ø):	8,2	+0,4	+5,1%	8,4	+0,6	+7,7%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	870	+40	+4,9%	930	+110	+13%
Behandlungstage:	11.940	+540	+4,7%	12.880	+1.480	+13%
Bettenbelegung (Ø):	32,6	+1,5	+4,8%	35,3	+4,2	+13,5%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	+5,3%	80	+10	+15,9%
Behandlungstage:	750	+30	+4,2%	820	+100	+14%
Bettenbelegung (Ø):	2,1	+0,1	+5%	2,3	+0,3	+15%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	-4,5%	10	-	-5%
Behandlungstage:	100	-	-4,1%	110	-	-2,7%
Bettenbelegung (Ø):	0,3	-	-	0,3	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

30**Leistungsgruppe:
Bariatrische Chirurgie**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 24

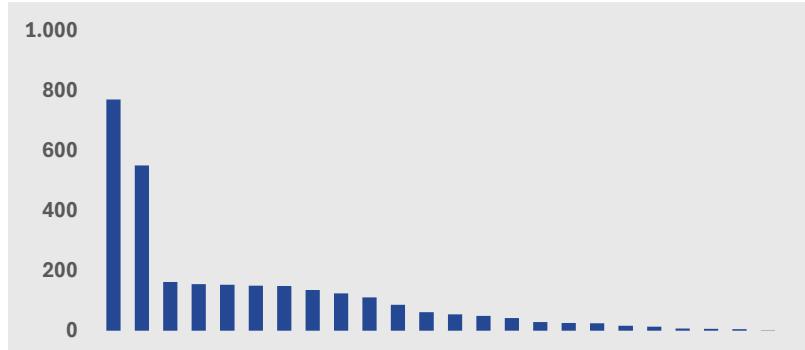
Vollstationäre Fälle: 2.881

Behandlungstage: 11.036

Bettenbelegung (\varnothing): 30,2Verweildauer (\varnothing) 3,8

Case Mix: 4.443

Case Mix Index (CMI): 1,5

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.840	-40	-1,4%	2.750	-130	-4,4%
Behandlungstage:	10.890	-140	-1,3%	10.670	-370	-3,3%
Bettenbelegung (\varnothing):	29,8	-0,4	-1,3%	29,2	-1,0	-3,3%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Bariatrische Chirurgie: 2 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

30**Leistungsgruppe:
Bariatrische Chirurgie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	7	3	4	7	1	2
Vollstationäre Fälle:	348	174	328	1.640	150	241
Behandlungstage:	1.326	874	977	6.472	486	901

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	340	-10	-3,5%	320	-30	-8,6%
Behandlungstage:	1.290	-40	-2,8%	1.240	-80	-6,3%
Bettenbelegung (Ø):	3,5	-0,1	-2,8%	3,4	-0,2	-5,6%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	170	-	-1,9%	170	-10	-5,2%
Behandlungstage:	850	-20	-2,6%	820	-50	-6,2%
Bettenbelegung (Ø):	2,3	-0,1	-4,2%	2,2	-0,2	-8,3%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	320	-10	-1,6%	300	-30	-7,8%
Behandlungstage:	960	-20	-1,6%	910	-70	-7,1%
Bettenbelegung (Ø):	2,6	-0,1	-3,7%	2,5	-0,2	-7,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.630	-10	-0,8%	1.590	-50	-2,9%
Behandlungstage:	6.420	-50	-0,8%	6.360	-110	-1,7%
Bettenbelegung (Ø):	17,5	-0,2	-1,1%	17,4	-0,3	-1,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	150	-	-1,1%	150	-	-2,7%
Behandlungstage:	480	-	-0,9%	470	-10	-2,5%
Bettenbelegung (Ø):	1,3	-	-	1,3	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	240	-	-1,5%	230	-10	-4,6%
Behandlungstage:	890	-10	-1,3%	860	-40	-4,2%
Bettenbelegung (Ø):	2,4	-0,1	-4%	2,4	-0,1	-4%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

31**Leistungsgruppe:
Lebereingriffe**

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 32

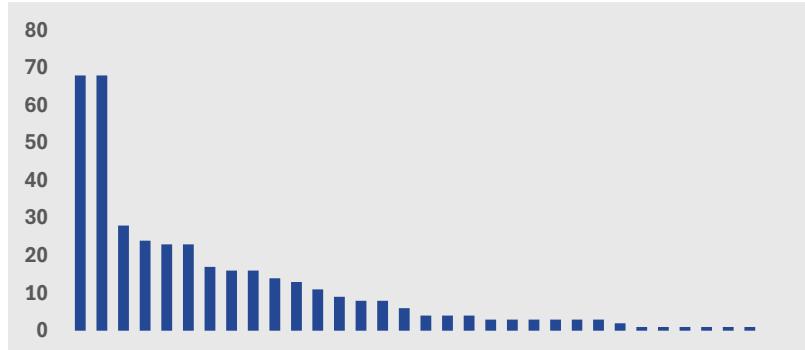
Vollstationäre Fälle: 390

Behandlungstage: 5.431

Bettenbelegung (\varnothing): 14,8Verweildauer (\varnothing) 13,9

Case Mix: 1.531

Case Mix Index (CMI): 3,9

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	410	+20	+3,8%	430	+40	+9,7%
Behandlungstage:	5.660	+230	+4,3%	6.070	+640	+11,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	15,5	+0,7	+4,7%	16,6	+1,8	+12,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Lebereingriffe: 1 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

31**Leistungsgruppe:
Lebereingriffe**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	6	2	7	10	3	4
Vollstationäre Fälle:	35	19	78	155	85	18
Behandlungstage:	563	292	1.168	2.133	1.008	267

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	40	-	+1,8%	40	-	+0,8%
Behandlungstage:	580	+20	+3,1%	570	+10	+1,1%
Bettenbelegung (Ø):	1,6	+0,1	+6,7%	1,6	+0,1	+6,7%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	+5%	20	-	+11,4%
Behandlungstage:	310	+20	+6,9%	340	+50	+17,1%
Bettenbelegung (Ø):	0,9	+0,1	+12,5%	0,9	+0,1	+12,5%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	+4%	80	+10	+8,2%
Behandlungstage:	1.230	+60	+4,9%	1.280	+110	+9,6%
Bettenbelegung (Ø):	3,3	+0,1	+3,1%	3,5	+0,3	+9,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	160	+10	+3,5%	170	+20	+12,2%
Behandlungstage:	2.210	+80	+3,8%	2.460	+330	+15,4%
Bettenbelegung (Ø):	6,0	+0,2	+3,4%	6,7	+0,9	+15,5%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	90	-	+3,5%	90	+10	+7,5%
Behandlungstage:	1.040	+40	+3,6%	1.110	+100	+9,8%
Bettenbelegung (Ø):	2,9	+0,1	+3,6%	3,0	+0,2	+7,1%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	+8,7%	20	-	+20,4%
Behandlungstage:	290	+20	+7,7%	310	+40	+15,6%
Bettenbelegung (Ø):	0,8	+0,1	+14,3%	0,8	+0,1	+14,3%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

32**Leistungsgruppe:
Ösophaguseingriffe**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 16

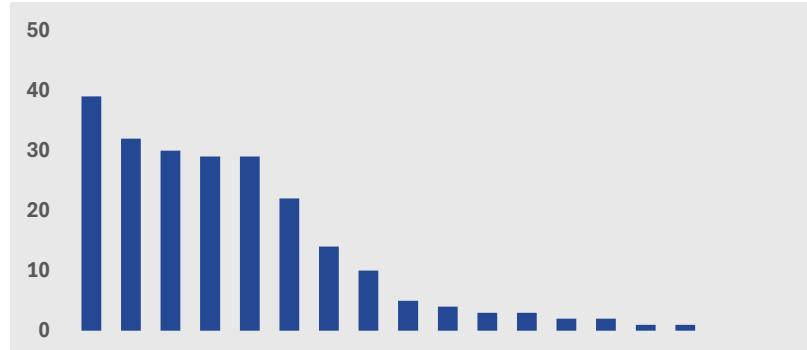
Vollstationäre Fälle: 226

Behandlungstage: 5.294

Bettenbelegung (\varnothing): 14,5Verweildauer (\varnothing) 23,4

Case Mix: 1.600

Case Mix Index (CMI): 7,1

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	230	+10	+2,2%	240	+10	+5,3%
Behandlungstage:	5.360	+70	+1,3%	5.610	+320	+6%
Bettenbelegung (\varnothing):	14,7	+0,2	+1,4%	15,4	+0,9	+6,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Ösophaguseingriffe: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Onkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

32**Leistungsgruppe:
Ösophaguseingriffe**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	2	4	7	1	1
Vollstationäre Fälle:	14	30	72	75	3	32
Behandlungstage:	655	780	1.659	1.228	29	943

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	-2,3%	10	-	-6%
Behandlungstage:	630	-20	-3,1%	610	-50	-7,5%
Bettenbelegung (Ø):	1,7	-0,1	-5,6%	1,7	-0,1	-5,6%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	30	-	+2,5%	30	-	+5,1%
Behandlungstage:	790	+10	+1,5%	840	+60	+7,4%
Bettenbelegung (Ø):	2,2	+0,1	+4,8%	2,3	+0,2	+9,5%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	70	-	-0,5%	70	-	+2,7%
Behandlungstage:	1.630	-30	-1,6%	1.710	+50	+3,1%
Bettenbelegung (Ø):	4,5	-	-	4,7	+0,2	+4,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	+5%	80	+10	+8,4%
Behandlungstage:	1.290	+70	+5,3%	1.350	+130	+10,3%
Bettenbelegung (Ø):	3,5	+0,1	+2,9%	3,7	+0,3	+8,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	+1,5%	-	-	+9,4%
Behandlungstage:	30	-	+1,3%	30	-	+2,1%
Bettenbelegung (Ø):	0,1	-	-	0,1	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	30	-	+4,7%	30	-	+9,3%
Behandlungstage:	980	+40	+4,1%	1.070	+130	+13,8%
Bettenbelegung (Ø):	2,7	+0,1	+3,8%	2,9	+0,3	+11,5%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

33**Leistungsgruppe:
Pankreaseingriffe**

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Versorgungsgebiet

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 32

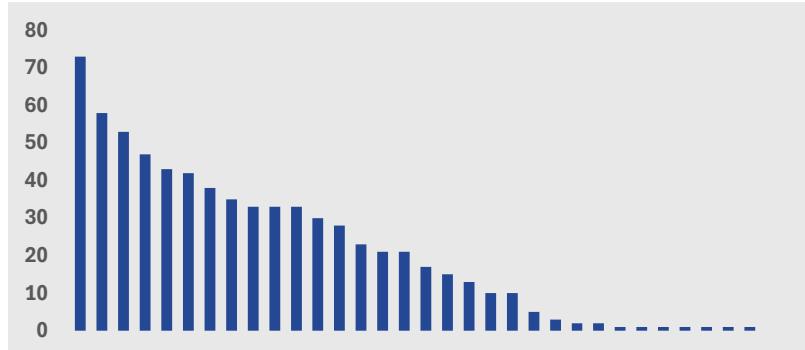
Vollstationäre Fälle: 695

Behandlungstage: 16.587

Bettenbelegung (\varnothing): 45,3Verweildauer (\varnothing) 23,9

Case Mix: 3.787

Case Mix Index (CMI): 5,4

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	710	+20	+2,6%	760	+60	+9,2%
Behandlungstage:	16.980	+390	+2,3%	18.170	+1.580	+9,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	46,4	+1,1	+2,4%	49,8	+4,5	+9,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Pankreaseingriffe: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Onkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

33**Leistungsgruppe:
Pankreaseingriffe**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	3	2	7	13	4	3
Vollstationäre Fälle:	77	44	163	252	95	64
Behandlungstage:	2.230	1.257	3.674	5.904	1.994	1.528

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	+2%	80	-	+4,7%
Behandlungstage:	2.310	+80	+3,4%	2.370	+140	+6,2%
Bettenbelegung (Ø):	6,3	+0,2	+3,3%	6,5	+0,4	+6,6%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	40	-	+0,1%	50	-	+8,5%
Behandlungstage:	1.260	-	-	1.400	+140	+11,1%
Bettenbelegung (Ø):	3,4	-	-	3,8	+0,4	+11,8%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	170	-	+2,5%	170	+10	+7,2%
Behandlungstage:	3.730	+60	+1,5%	3.840	+170	+4,5%
Bettenbelegung (Ø):	10,2	+0,2	+2%	10,5	+0,5	+5%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	260	+10	+3,3%	280	+30	+12,6%
Behandlungstage:	6.080	+170	+3%	6.720	+810	+13,8%
Bettenbelegung (Ø):	16,6	+0,5	+3,1%	18,4	+2,3	+14,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	100	-	+1,3%	100	+10	+7,9%
Behandlungstage:	2.010	+10	+0,7%	2.130	+140	+6,9%
Bettenbelegung (Ø):	5,5	+0,1	+1,9%	5,8	+0,4	+7,4%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	70	-	+4,2%	70	+10	+9,2%
Behandlungstage:	1.600	+70	+4,4%	1.720	+190	+12,3%
Bettenbelegung (Ø):	4,4	+0,2	+4,8%	4,7	+0,5	+11,9%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

34

Leistungsgruppe: Tiefe Rektumeingriffe

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 61

Vollstationäre Fälle: 1.027

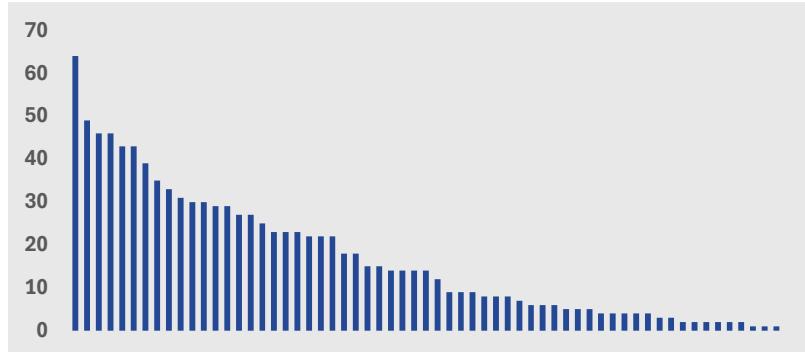
Behandlungstage: 17.463

Bettenbelegung (\varnothing): 47,7

Verweildauer (\varnothing) 17

Case Mix: 3.668

Case Mix Index (CMI): 3,6



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.050	+30	+2,4%	1.110	+80	+7,7%
Behandlungstage:	17.840	+380	+2,2%	19.010	+1.550	+8,8%
Bettenbelegung (\varnothing):	48,7	+1,0	+2,1%	52,1	+4,4	+9,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Tiefe Rektumeingriffe: 1 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

34

Leistungsgruppe: Tiefe Rektumeingriffe

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	12	7	9	18	6	9
Vollstationäre Fälle:	119	81	187	347	165	128
Behandlungstage:	2.461	1.537	3.556	5.820	2.293	1.796

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	120	-	-2,3%	120	-	-3,2%
Behandlungstage:	2.410	-50	-1,9%	2.490	+30	+1,3%
Bettenbelegung (Ø):	6,6	-0,1	-1,5%	6,8	+0,1	+1,5%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	+1,2%	80	-	+3,6%
Behandlungstage:	1.540	-	+0,2%	1.610	+70	+4,6%
Bettenbelegung (Ø):	4,2	-	-	4,4	+0,2	+4,8%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	190	-	+2,5%	200	+20	+8,9%
Behandlungstage:	3.660	+110	+3%	3.930	+380	+10,6%
Bettenbelegung (Ø):	10,0	+0,3	+3,1%	10,8	+1,1	+11,3%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	360	+10	+3,9%	380	+40	+10,7%
Behandlungstage:	6.030	+210	+3,6%	6.500	+680	+11,7%
Bettenbelegung (Ø):	16,5	+0,6	+3,8%	17,8	+1,9	+11,9%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	170	-	+2,3%	180	+10	+7,5%
Behandlungstage:	2.340	+50	+2,1%	2.500	+210	+9,2%
Bettenbelegung (Ø):	6,4	+0,1	+1,6%	6,9	+0,6	+9,5%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	130	-	+3,4%	140	+10	+10,5%
Behandlungstage:	1.850	+60	+3,2%	1.970	+180	+9,9%
Bettenbelegung (Ø):	5,1	+0,2	+4,1%	5,4	+0,5	+10,2%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

35**Leistungsgruppe:
Augenheilkunde**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 12

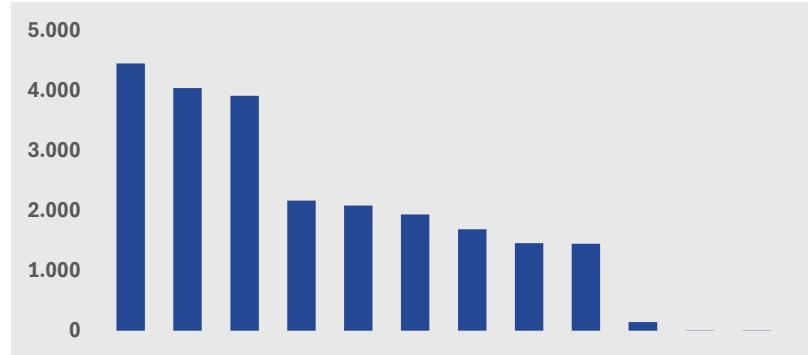
Vollstationäre Fälle: 23.326

Behandlungstage: 61.877

Bettenbelegung (\varnothing): 169,1Verweildauer (\varnothing) 2,7

Case Mix: 13.161

Case Mix Index (CMI): 0,6

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	21.870	-1.450	-6,2%	19.310	-4.020	-17,2%
Behandlungstage:	59.220	-2.660	-4,3%	54.660	-7.220	-11,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	161,8	-7,3	-4,3%	149,7	-19,4	-11,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Augenheilkunde: 25 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

35**Leistungsgruppe:
Augenheilkunde**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	1	3	5	1	1
Vollstationäre Fälle:	2.165	2.082	3.766	9.943	3.912	1.458
Behandlungstage:	5.724	6.115	11.100	25.226	10.230	3.482

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.050	-120	-5,5%	1.880	-290	-13,2%
Behandlungstage:	5.520	-200	-3,6%	5.230	-490	-8,6%
Bettenbelegung (Ø):	15,1	-0,5	-3,2%	14,3	-1,3	-8,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.950	-130	-6,2%	1.750	-330	-15,8%
Behandlungstage:	5.870	-240	-3,9%	5.570	-540	-8,8%
Bettenbelegung (Ø):	16,0	-0,7	-4,2%	15,3	-1,4	-8,4%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.500	-270	-7,1%	3.010	-760	-20,2%
Behandlungstage:	10.620	-480	-4,3%	9.760	-1.340	-12,1%
Bettenbelegung (Ø):	29,0	-1,3	-4,3%	26,7	-3,6	-11,9%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	9.330	-610	-6,1%	8.220	-1.720	-17,3%
Behandlungstage:	24.150	-1.080	-4,3%	22.110	-3.120	-12,4%
Bettenbelegung (Ø):	66,0	-2,9	-4,2%	60,6	-8,3	-12%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.630	-280	-7,1%	3.120	-790	-20,2%
Behandlungstage:	9.650	-580	-5,6%	8.670	-1.560	-15,3%
Bettenbelegung (Ø):	26,4	-1,6	-5,7%	23,7	-4,3	-15,4%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.410	-50	-3,3%	1.330	-130	-9,1%
Behandlungstage:	3.400	-80	-2,3%	3.320	-170	-4,8%
Bettenbelegung (Ø):	9,3	-0,2	-2,1%	9,1	-0,4	-4,2%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

36**Leistungsgruppe:
Haut und Geschlechtskrankheiten**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 7

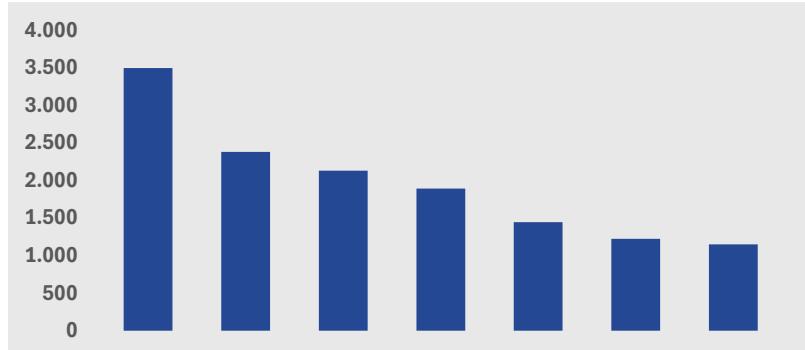
Vollstationäre Fälle: 13.718

Behandlungstage: 62.244

Bettenbelegung (\varnothing): 170,1Verweildauer (\varnothing) 4,5

Case Mix: 7.596

Case Mix Index (CMI): 0,6

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	13.350	-370	-2,7%	12.840	-880	-6,4%
Behandlungstage:	62.100	-150	-0,2%	62.620	+380	+0,6%
Bettenbelegung (\varnothing):	169,7	-0,4	-0,2%	171,6	+1,5	+0,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Haut und Geschlechtskrankheiten: 12 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

36
**Leistungsgruppe:
Haut und Geschlechtskrankheiten**
Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	-	2	2	1	1
Vollstationäre Fälle:	3.497	-	3.337	3.279	1.225	2.380
Behandlungstage:	15.794	-	14.516	17.853	4.333	9.748

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.460	-40	-1,1%	3.480	-20	-0,5%
Behandlungstage:	15.800	+10	-	16.180	+390	+2,4%
Bettenbelegung (Ø):	43,2	-	-	44,3	+1,1	+2,5%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.230	-110	-3,2%	3.050	-290	-8,6%
Behandlungstage:	14.420	-100	-0,7%	14.250	-260	-1,8%
Bettenbelegung (Ø):	39,4	-0,3	-0,8%	39,1	-0,6	-1,5%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.200	-80	-2,5%	3.060	-210	-6,5%
Behandlungstage:	17.930	+80	+0,4%	18.220	+370	+2,1%
Bettenbelegung (Ø):	49,0	+0,2	+0,4%	49,9	+1,1	+2,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.170	-50	-4,2%	1.080	-140	-11,7%
Behandlungstage:	4.260	-70	-1,7%	4.130	-200	-4,7%
Bettenbelegung (Ø):	11,6	-0,2	-1,7%	11,3	-0,5	-4,2%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.290	-90	-3,7%	2.160	-220	-9,2%
Behandlungstage:	9.690	-60	-0,6%	9.830	+90	+0,9%
Bettenbelegung (Ø):	26,5	-0,1	-0,4%	26,9	+0,3	+1,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

37**Leistungsgruppe:
MKG**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 12

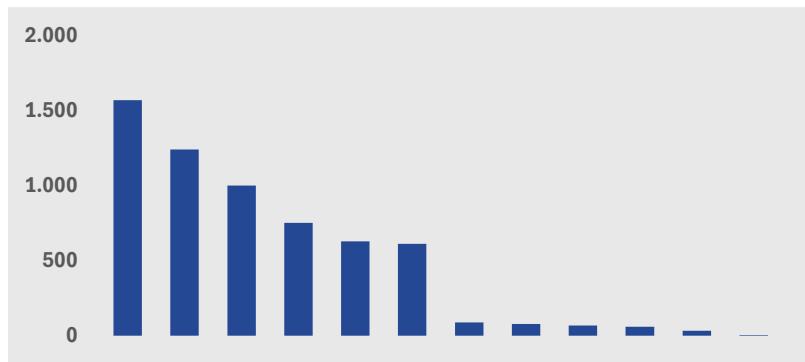
Vollstationäre Fälle: 6.131

Behandlungstage: 22.169

Bettenbelegung (\varnothing): 60,6Verweildauer (\varnothing) 3,6

Case Mix: 6.524

Case Mix Index (CMI): 1,1

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.730	-400	-6,5%	5.040	-1.090	-17,8%
Behandlungstage:	21.580	-590	-2,7%	20.630	-1.540	-7%
Bettenbelegung (\varnothing):	59,0	-1,6	-2,6%	56,5	-4,1	-6,8%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG MKG: 20 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

37**Leistungsgruppe:
MKG**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	2	1	2	3	2	2
Vollstationäre Fälle:	1.657	68	1.753	1.883	633	137
Behandlungstage:	4.163	275	7.308	7.873	2.068	482

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.520	-130	-8,1%	1.310	-350	-20,9%
Behandlungstage:	3.950	-210	-5%	3.650	-520	-12,4%
Bettenbelegung (Ø):	10,8	-0,6	-5,3%	10,0	-1,4	-12,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	60	-10	-9,6%	50	-20	-28,8%
Behandlungstage:	260	-10	-3,7%	250	-30	-10,2%
Bettenbelegung (Ø):	0,7	-0,1	-12,5%	0,7	-0,1	-12,5%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.660	-100	-5,4%	1.500	-250	-14,5%
Behandlungstage:	7.140	-170	-2,3%	6.910	-400	-5,5%
Bettenbelegung (Ø):	19,5	-0,5	-2,5%	18,9	-1,1	-5,5%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.800	-80	-4,2%	1.660	-230	-12%
Behandlungstage:	7.790	-80	-1%	7.640	-230	-2,9%
Bettenbelegung (Ø):	21,3	-0,2	-0,9%	20,9	-0,6	-2,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	550	-80	-12,4%	410	-220	-34,6%
Behandlungstage:	1.950	-120	-5,7%	1.720	-340	-16,6%
Bettenbelegung (Ø):	5,3	-0,4	-7%	4,7	-1,0	-17,5%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	130	-10	-5,5%	110	-20	-17%
Behandlungstage:	480	-10	-1,4%	460	-30	-5,4%
Bettenbelegung (Ø):	1,3	-	-	1,2	-0,1	-7,7%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

38**Leistungsgruppe:
Urologie**

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 38

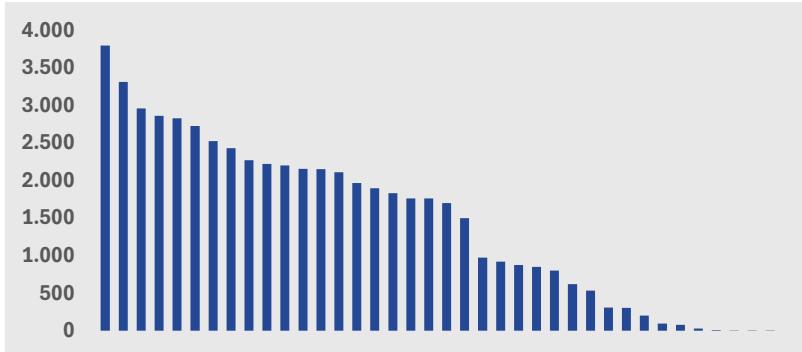
Vollstationäre Fälle: 55.583

Behandlungstage: 228.148

Bettenbelegung (\varnothing): 623,4Verweildauer (\varnothing) 4,1

Case Mix: 38.828

Case Mix Index (CMI): 0,7

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	51.210	-4.370	-7,9%	43.000	-12.590	-22,6%
Behandlungstage:	226.650	-1.490	-0,7%	224.300	-3.850	-1,7%
Bettenbelegung (\varnothing):	619,3	-4,1	-0,7%	614,5	-8,9	-1,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Urologie: 30%

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

38**Leistungsgruppe:
Urologie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	7	4	6	12	3	6
Vollstationäre Fälle:	6.042	5.413	8.795	21.833	5.372	8.128
Behandlungstage:	26.766	21.924	39.155	87.385	21.255	31.663

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.500	-540	-8,9%	4.570	-1.480	-24,4%
Behandlungstage:	26.340	-420	-1,6%	25.690	-1.080	-4%
Bettenbelegung (Ø):	72,0	-1,1	-1,5%	70,4	-2,7	-3,7%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.930	-480	-8,9%	4.100	-1.320	-24,3%
Behandlungstage:	21.510	-410	-1,9%	21.140	-790	-3,6%
Bettenbelegung (Ø):	58,8	-1,1	-1,8%	57,9	-2,0	-3,3%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	8.100	-700	-7,9%	6.790	-2.000	-22,8%
Behandlungstage:	38.920	-230	-0,6%	38.440	-720	-1,8%
Bettenbelegung (Ø):	106,3	-0,7	-0,7%	105,3	-1,7	-1,6%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20.060	-1.780	-8,1%	16.560	-5.280	-24,2%
Behandlungstage:	87.090	-290	-0,3%	86.080	-1.310	-1,5%
Bettenbelegung (Ø):	238,0	-0,8	-0,3%	235,8	-3,0	-1,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.890	-480	-8,9%	4.040	-1.330	-24,8%
Behandlungstage:	20.920	-330	-1,6%	20.620	-630	-3%
Bettenbelegung (Ø):	57,2	-0,9	-1,5%	56,5	-1,6	-2,8%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	7.730	-400	-4,9%	6.940	-1.190	-14,6%
Behandlungstage:	31.860	+200	+0,6%	32.340	+680	+2,1%
Bettenbelegung (Ø):	87,1	+0,6	+0,7%	88,6	+2,1	+2,4%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

39

Leistungsgruppe: Allgemeine Frauenheilkunde

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 60

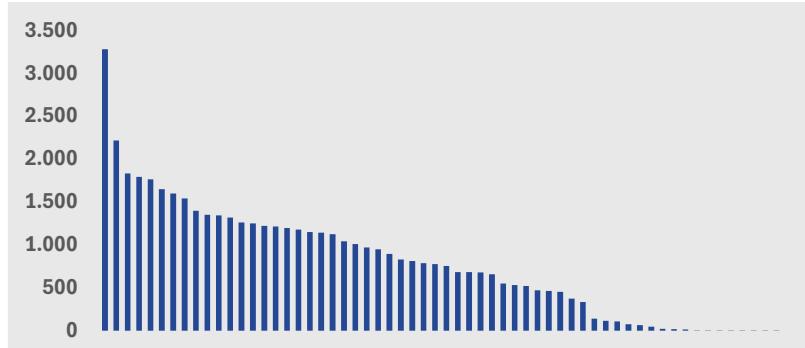
Vollstationäre Fälle: 47.692

Behandlungstage: 147.438

Bettenbelegung (\varnothing): 402,8Verweildauer (\varnothing) 3,1

Case Mix: 28.301

Case Mix Index (CMI): 0,6



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	43.050	-4.650	-9,7%	34.550	-13.150	-27,6%
Behandlungstage:	140.610	-6.830	-4,6%	127.330	-20.100	-13,6%
Bettenbelegung (\varnothing):	384,2	-18,6	-4,6%	348,9	-53,9	-13,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Allgemeine Frauenheilkunde: 28 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

39
**Leistungsgruppe:
Allgemeine Frauenheilkunde**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	12	6	7	18	7	10
Vollstationäre Fälle:	7.839	2.762	6.998	18.441	5.349	6.303
Behandlungstage:	22.973	8.120	24.062	56.778	16.222	19.283

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.980	-860	-11%	5.510	-2.330	-29,8%
Behandlungstage:	21.500	-1.470	-6,4%	19.020	-3.950	-17,2%
Bettenbelegung (Ø):	58,8	-4,0	-6,4%	52,1	-10,7	-17%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.530	-240	-8,5%	2.130	-640	-23,1%
Behandlungstage:	7.730	-390	-4,9%	7.060	-1.060	-13%
Bettenbelegung (Ø):	21,1	-1,1	-5%	19,4	-2,8	-12,6%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.310	-680	-9,8%	5.020	-1.980	-28,3%
Behandlungstage:	23.170	-890	-3,7%	21.250	-2.810	-11,7%
Bettenbelegung (Ø):	63,3	-2,4	-3,7%	58,2	-7,5	-11,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	16.670	-1.770	-9,6%	13.230	-5.220	-28,3%
Behandlungstage:	54.310	-2.470	-4,3%	48.960	-7.810	-13,8%
Bettenbelegung (Ø):	148,4	-6,7	-4,3%	134,1	-21,0	-13,5%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.880	-470	-8,8%	4.090	-1.260	-23,6%
Behandlungstage:	15.560	-660	-4,1%	14.490	-1.740	-10,7%
Bettenbelegung (Ø):	42,5	-1,8	-4,1%	39,7	-4,6	-10,4%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.680	-620	-9,9%	4.590	-1.720	-27,3%
Behandlungstage:	18.340	-950	-4,9%	16.550	-2.730	-14,2%
Bettenbelegung (Ø):	50,1	-2,6	-4,9%	45,4	-7,3	-13,9%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

40**Leistungsgruppe:
OvarialCA**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 45

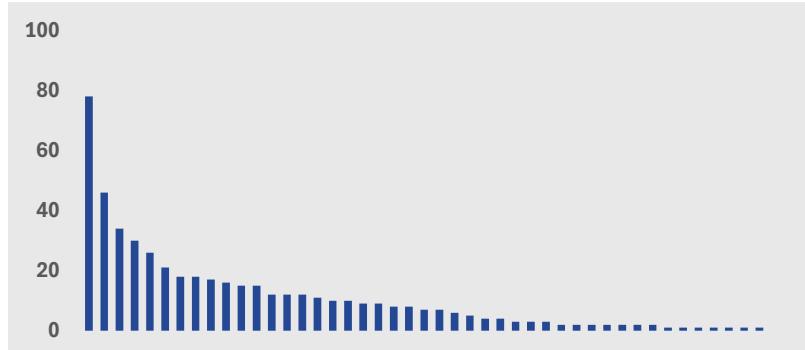
Vollstationäre Fälle: 498

Behandlungstage: 4.724

Bettenbelegung (\emptyset): 12,9Verweildauer (\emptyset) 9,5

Case Mix: 1.306

Case Mix Index (CMI): 2,6

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	470	-30	-5,4%	420	-80	-15,9%
Behandlungstage:	4.760	+40	+0,8%	4.780	+50	+1,1%
Bettenbelegung (\emptyset):	13,0	+0,1	+0,8%	13,1	+0,2	+1,6%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG OvarialCA: 19 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Onkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

40**Leistungsgruppe:
OvarialCA**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	7	4	6	16	5	7
Vollstationäre Fälle:	106	22	99	157	59	55
Behandlungstage:	857	240	1.127	1.418	618	464

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	100	-10	-7,1%	90	-20	-19,7%
Behandlungstage:	840	-20	-1,9%	820	-40	-4,2%
Bettenbelegung (Ø):	2,3	-	-	2,2	-0,1	-4,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	-8,7%	20	-	-21,4%
Behandlungstage:	230	-10	-2,1%	230	-10	-4,5%
Bettenbelegung (Ø):	0,6	-0,1	-14,3%	0,6	-0,1	-14,3%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	100	-	-3,1%	90	-10	-10,7%
Behandlungstage:	1.140	+10	+1,1%	1.130	-	+0,1%
Bettenbelegung (Ø):	3,1	-	-	3,1	-	-

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	150	-10	-5,4%	130	-30	-16,2%
Behandlungstage:	1.430	+10	+1%	1.460	+40	+2,6%
Bettenbelegung (Ø):	3,9	-	-	4,0	+0,1	+2,6%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	60	-	-5,1%	50	-10	-12,1%
Behandlungstage:	630	+10	+1,1%	640	+20	+3,8%
Bettenbelegung (Ø):	1,7	-	-	1,8	+0,1	+5,9%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	50	-	-4,6%	40	-10	-18,6%
Behandlungstage:	490	+20	+5,2%	500	+40	+8,2%
Bettenbelegung (Ø):	1,3	-	-	1,4	+0,1	+7,7%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

41**Leistungsgruppe:
Senologie**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 37

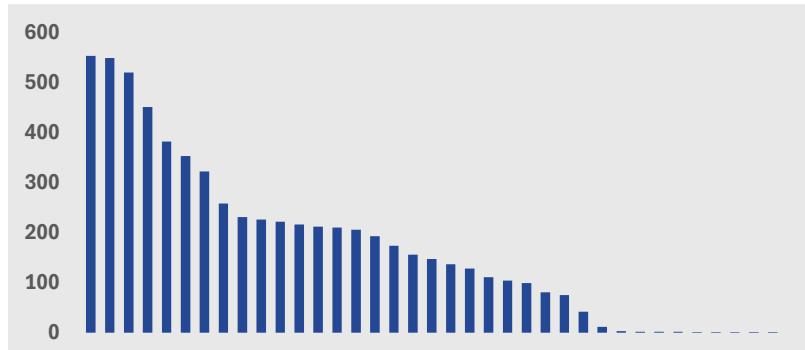
Vollstationäre Fälle: 6.384

Behandlungstage: 21.132

Bettenbelegung (\varnothing): 57,7Verweildauer (\varnothing) 3,3

Case Mix: 7.110

Case Mix Index (CMI): 1,1

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.460	-920	-14,5%	3.750	-2.630	-41,2%
Behandlungstage:	19.300	-1.830	-8,7%	16.030	-5.100	-24,1%
Bettenbelegung (\varnothing):	52,7	-5,0	-8,7%	43,9	-13,8	-23,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Senologie: 44 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Onkologie; Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung; Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

41**Leistungsgruppe:
Senologie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	4	4	7	13	5	4
Vollstationäre Fälle:	948	277	1.284	2.377	752	746
Behandlungstage:	3.412	862	5.241	6.515	2.470	2.632

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	830	-120	-12,6%	620	-330	-34,6%
Behandlungstage:	3.180	-230	-6,7%	2.770	-640	-18,8%
Bettenbelegung (Ø):	8,7	-0,6	-6,5%	7,6	-1,7	-18,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	230	-40	-16%	160	-120	-43,6%
Behandlungstage:	770	-90	-10,7%	620	-240	-27,5%
Bettenbelegung (Ø):	2,1	-0,3	-12,5%	1,7	-0,7	-29,2%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.120	-160	-12,6%	810	-470	-36,7%
Behandlungstage:	4.860	-380	-7,3%	4.190	-1.060	-20,1%
Bettenbelegung (Ø):	13,3	-1,0	-7%	11,5	-2,8	-19,6%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.990	-390	-16,3%	1.270	-720	-46,6%
Behandlungstage:	5.810	-700	-10,8%	4.550	-1.960	-30,2%
Bettenbelegung (Ø):	15,9	-1,9	-10,7%	12,5	-3,4	-29,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	640	-110	-14,7%	430	-320	-42,5%
Behandlungstage:	2.290	-180	-7,5%	1.930	-540	-22%
Bettenbelegung (Ø):	6,2	-0,5	-7,5%	5,3	-1,4	-20,9%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	650	-100	-13,4%	460	-280	-38%
Behandlungstage:	2.390	-240	-9,2%	1.980	-650	-24,9%
Bettenbelegung (Ø):	6,5	-0,7	-9,7%	5,4	-1,8	-25%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

42**Leistungsgruppe:
Geburten**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	40 Minuten
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 42

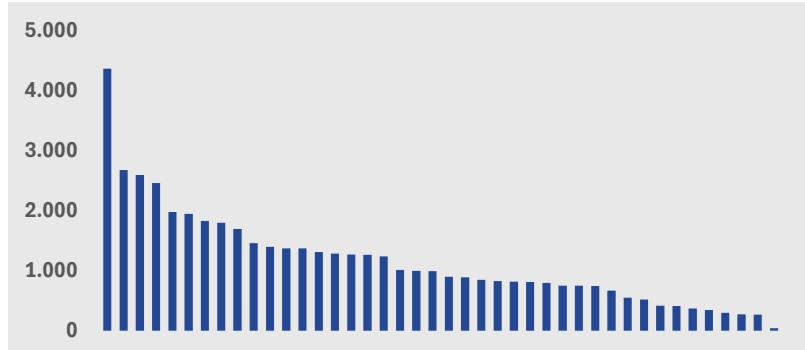
Vollstationäre Fälle: 48.556

Behandlungstage: 179.212

Bettenbelegung (\varnothing): 489,7Verweildauer (\varnothing) 3,7

Case Mix: 32.519

Case Mix Index (CMI): 0,7

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	48.000	-550	-1,1%	46.360	-2.200	-4,5%
Behandlungstage:	177.280	-1.940	-1,1%	171.110	-8.100	-4,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	484,4	-5,3	-1,1%	468,8	-20,9	-4,3%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Geburten: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

42**Leistungsgruppe:
Geburten**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	8	4	6	14	4	6
Vollstationäre Fälle:	6.233	3.507	7.205	19.930	5.294	6.387
Behandlungstage:	21.968	13.766	26.963	75.721	17.568	23.226

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.120	-120	-1,8%	5.930	-300	-4,9%
Behandlungstage:	21.580	-390	-1,8%	20.910	-1.060	-4,8%
Bettenbelegung (Ø):	59,0	-1,0	-1,7%	57,3	-2,7	-4,5%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.450	-60	-1,8%	3.360	-150	-4,3%
Behandlungstage:	13.530	-240	-1,7%	13.200	-570	-4,1%
Bettenbelegung (Ø):	37,0	-0,6	-1,6%	36,2	-1,4	-3,7%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	7.210	+10	+0,1%	6.900	-300	-4,2%
Behandlungstage:	27.020	+60	+0,2%	25.820	-1.150	-4,3%
Bettenbelegung (Ø):	73,8	+0,1	+0,1%	70,7	-3,0	-4,1%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	19.710	-220	-1,1%	18.730	-1.200	-6%
Behandlungstage:	74.920	-800	-1,1%	71.260	-4.460	-5,9%
Bettenbelegung (Ø):	204,7	-2,2	-1,1%	195,2	-11,7	-5,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.220	-70	-1,4%	5.180	-110	-2,1%
Behandlungstage:	17.320	-250	-1,4%	17.190	-380	-2,1%
Bettenbelegung (Ø):	47,3	-0,7	-1,5%	47,1	-0,9	-1,9%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.300	-90	-1,4%	6.260	-130	-2,1%
Behandlungstage:	22.910	-320	-1,4%	22.740	-490	-2,1%
Bettenbelegung (Ø):	62,6	-0,9	-1,4%	62,3	-1,2	-1,9%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

43**Leistungsgruppe:
Perinataler Schwerpunkt****Relevanz in der Notfallversorgung**

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG

Planungsebene

-

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar**

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 45

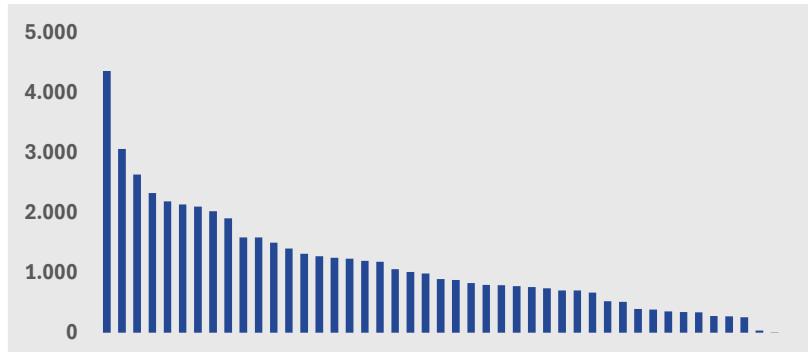
Vollstationäre Fälle: 51.551

Behandlungstage: 180.563

Bettenbelegung (\varnothing): 493,3Verweildauer (\varnothing) 3,5

Case Mix: 15.653

Case Mix Index (CMI): 0,3

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	50.650	-900	-1,7%	48.300	-3.250	-6,3%
Behandlungstage:	177.500	-3.060	-1,7%	169.230	-11.330	-6,3%
Bettenbelegung (\varnothing):	485,0	-8,3	-1,7%	463,7	-29,6	-6%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Perinataler Schwerpunkt: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

43

Leistungsgruppe: Perinataler Schwerpunkt

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	9	4	6	15	4	7
Vollstationäre Fälle:	6.275	3.702	7.652	21.233	5.522	7.167
Behandlungstage:	19.887	12.757	24.638	78.626	18.761	25.894

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.110	-170	-2,7%	5.840	-430	-6,9%
Behandlungstage:	19.380	-510	-2,6%	18.540	-1.340	-6,8%
Bettenbelegung (Ø):	52,9	-1,4	-2,6%	50,8	-3,5	-6,4%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.600	-100	-2,8%	3.440	-260	-7%
Behandlungstage:	12.390	-370	-2,9%	11.860	-900	-7,1%
Bettenbelegung (Ø):	33,8	-1,1	-3,2%	32,5	-2,4	-6,9%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	7.570	-80	-1,1%	7.250	-410	-5,3%
Behandlungstage:	24.390	-240	-1%	23.370	-1.270	-5,1%
Bettenbelegung (Ø):	66,7	-0,6	-0,9%	64,0	-3,3	-4,9%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	21.150	-80	-0,4%	20.040	-1.190	-5,6%
Behandlungstage:	78.320	-310	-0,4%	74.210	-4.420	-5,6%
Bettenbelegung (Ø):	214,0	-0,8	-0,4%	203,3	-11,5	-5,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.350	-170	-3,1%	5.110	-410	-7,4%
Behandlungstage:	18.180	-580	-3,1%	17.370	-1.390	-7,4%
Bettenbelegung (Ø):	49,7	-1,6	-3,1%	47,6	-3,7	-7,2%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.870	-290	-4,1%	6.610	-550	-7,7%
Behandlungstage:	24.850	-1.040	-4%	23.880	-2.010	-7,8%
Bettenbelegung (Ø):	67,9	-2,8	-4%	65,4	-5,3	-7,5%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

44

Leistungsgruppe: Perinatalzentrum Level 1

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG

Planungsebene -

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar** -

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 17

Vollstationäre Fälle: 353

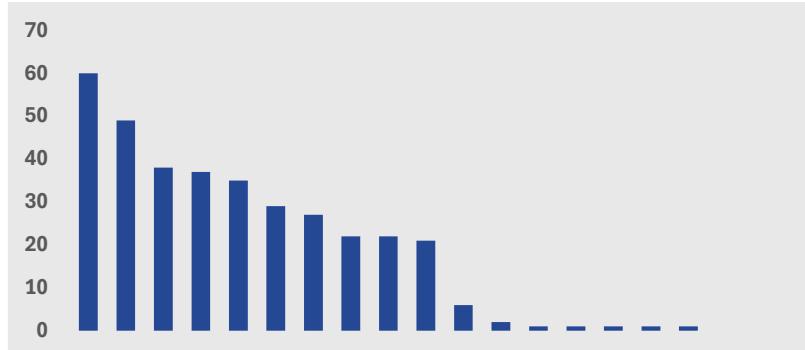
Behandlungstage: 20.834

Bettenbelegung (\varnothing): 56,9

Verweildauer (\varnothing) 59

Case Mix: 4.028

Case Mix Index (CMI): 11,4



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	350	-10	-1,7%	330	-20	-6,5%
Behandlungstage:	20.590	-250	-1,2%	19.570	-1.260	-6,1%
Bettenbelegung (\varnothing):	56,2	-0,7	-1,2%	53,6	-3,3	-5,8%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Perinatalzentrum Level 1: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

44

Leistungsgruppe: Perinatalzentrum Level 1

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	1	3	9	1	2
Vollstationäre Fälle:	37	21	79	153	35	28
Behandlungstage:	2.212	1.171	4.452	9.429	2.132	1.438

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	40	-	-2,2%	30	-	-6,3%
Behandlungstage:	2.190	-20	-0,9%	2.110	-110	-4,8%
Bettenbelegung (Ø):	6,0	-	-	5,8	-0,2	-3,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	-2,6%	20	-	-6,4%
Behandlungstage:	1.140	-30	-2,8%	1.090	-80	-6,6%
Bettenbelegung (Ø):	3,1	-0,1	-3,1%	3,0	-0,2	-6,3%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	80	-	-2,1%	70	-10	-7,2%
Behandlungstage:	4.370	-80	-1,9%	4.170	-280	-6,4%
Bettenbelegung (Ø):	11,9	-0,3	-2,5%	11,4	-0,8	-6,6%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	150	-	-0,6%	140	-10	-6,2%
Behandlungstage:	9.440	+10	+0,1%	8.900	-530	-5,6%
Bettenbelegung (Ø):	25,8	-	-	24,4	-1,4	-5,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	30	-	-2,6%	30	-	-6,3%
Behandlungstage:	2.070	-60	-2,7%	2.000	-140	-6,3%
Bettenbelegung (Ø):	5,7	-0,1	-1,7%	5,5	-0,3	-5,2%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	30	-	-4,4%	30	-	-9%
Behandlungstage:	1.370	-60	-4,5%	1.300	-130	-9,3%
Bettenbelegung (Ø):	3,8	-0,1	-2,6%	3,6	-0,3	-7,7%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

45

Leistungsgruppe: Perinatalzentrum Level 2

Relevanz in der Notfallversorgung -

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG

Planungsebene -

**Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar** -

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 14

Vollstationäre Fälle: 180

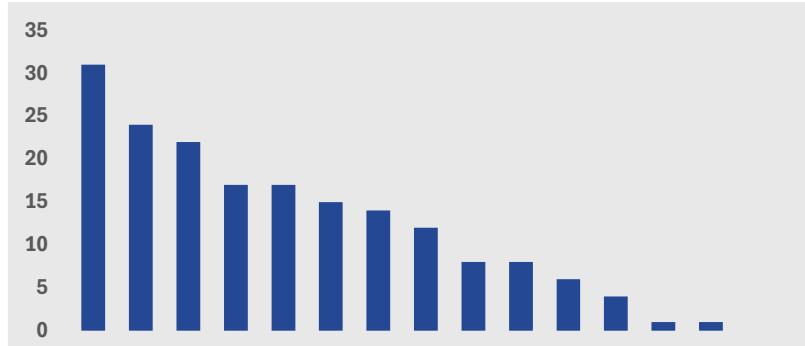
Behandlungstage: 6.839

Bettenbelegung (\varnothing): 18,7

Verweildauer (\varnothing) 38

Case Mix: 1.130

Case Mix Index (CMI): 6,3



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	180	0	-1,7%	170	-10	-6,1%
Behandlungstage:	6.740	-100	-1,4%	6.420	-420	-6,1%
Bettenbelegung (\varnothing):	18,4	-0,3	-1,6%	17,6	-1,1	-5,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Perinatalzentrum Level 2: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

45**Leistungsgruppe:
Perinatalzentrum Level 2****Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:**

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	1	2	7	2	1
Vollstationäre Fälle:	24	6	18	102	18	12
Behandlungstage:	902	231	630	4.109	574	393

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	-4,2%	20	-	-8,9%
Behandlungstage:	860	-40	-4,3%	820	-80	-9%
Bettenbelegung (Ø):	2,4	-0,1	-4%	2,2	-0,3	-12%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	-3,6%	10	-	-6,5%
Behandlungstage:	220	-10	-2,7%	220	-10	-5,7%
Bettenbelegung (Ø):	0,6	-	-	0,6	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	-0,3%	20	-	-4,7%
Behandlungstage:	630	-	-0,6%	600	-30	-4,8%
Bettenbelegung (Ø):	1,7	-	-	1,6	-0,1	-5,9%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	100	-	-0,6%	100	-10	-5,7%
Behandlungstage:	4.090	-20	-0,5%	3.880	-230	-5,5%
Bettenbelegung (Ø):	11,2	-	-	10,6	-0,6	-5,4%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	-2,7%	20	-	-7,4%
Behandlungstage:	560	-20	-2,7%	530	-40	-7,6%
Bettenbelegung (Ø):	1,5	-0,1	-6,3%	1,5	-0,1	-6,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	-2,7%	10	-	-5%
Behandlungstage:	380	-10	-2,9%	370	-20	-5,1%
Bettenbelegung (Ø):	1,0	-0,1	-9,1%	1,0	-0,1	-9,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

46

Leistungsgruppe: Allgemeine Kinder und Jugendmedizin

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 23

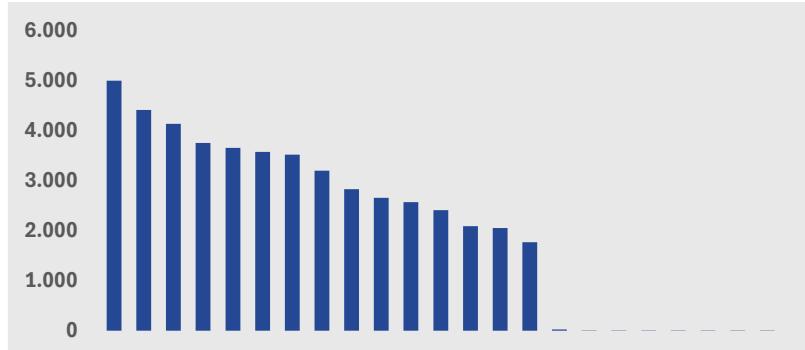
Vollstationäre Fälle: 47.628

Behandlungstage: 161.261

Bettenbelegung (\varnothing): 440,6Verweildauer (\varnothing) 3,4

Case Mix: 22.745

Case Mix Index (CMI): 0,5



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	46.860	-770	-1,6%	44.500	-3.130	-6,6%
Behandlungstage:	160.390	-870	-0,5%	155.110	-6.150	-3,8%
Bettenbelegung (\varnothing):	438,2	-2,4	-0,5%	425,0	-15,6	-3,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Allgemeine Kinder und Jugendmedizin: 3%

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

46

Leistungsgruppe: Allgemeine Kinder und Jugendmedizin

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	3	2	3	9	3	3
Vollstationäre Fälle:	4.411	5.567	6.787	19.440	4.337	7.086
Behandlungstage:	20.251	13.037	27.754	70.508	10.108	19.603

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.280	-130	-3%	3.970	-440	-9,9%
Behandlungstage:	20.180	-70	-0,4%	19.550	-700	-3,5%
Bettenbelegung (Ø):	55,1	-0,2	-0,4%	53,6	-1,7	-3,1%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.470	-90	-1,7%	5.240	-320	-5,8%
Behandlungstage:	12.850	-190	-1,4%	12.350	-680	-5,2%
Bettenbelegung (Ø):	35,1	-0,5	-1,4%	33,8	-1,8	-5,1%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.680	-100	-1,5%	6.340	-450	-6,6%
Behandlungstage:	27.690	-60	-0,2%	26.880	-880	-3,2%
Bettenbelegung (Ø):	75,7	-0,1	-0,1%	73,6	-2,2	-2,9%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	19.280	-160	-0,8%	18.410	-1.030	-5,3%
Behandlungstage:	70.570	+60	+0,1%	68.690	-1.820	-2,6%
Bettenbelegung (Ø):	192,8	+0,2	+0,1%	188,2	-4,4	-2,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.220	-110	-2,6%	3.990	-350	-8%
Behandlungstage:	9.870	-240	-2,4%	9.340	-770	-7,6%
Bettenbelegung (Ø):	27,0	-0,6	-2,2%	25,6	-2,0	-7,2%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.920	-160	-2,3%	6.550	-540	-7,6%
Behandlungstage:	19.230	-370	-1,9%	18.310	-1.300	-6,6%
Bettenbelegung (Ø):	52,6	-1,0	-1,9%	50,2	-3,4	-6,3%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

48

Leistungsgruppe: Kinderhämato- und -onkologie Stammzelltransplantation

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 3

Vollstationäre Fälle: 55



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	60	0	0%	50	0	-3,6%
Behandlungstage:	3.350	-10	-0,3%	3.280	-90	-2,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	9,2	0,0	0%	9,0	-0,2	-2,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Kinderhämato- und -onkologie Stammzelltransplantation: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Kinderonkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

48
**Leistungsgruppe:
Kinderhämato- und -onkologie Stammzelltransplantation**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	-	1	1	-	-
Vollstationäre Fälle:	1	-	14	40	-	-
Behandlungstage:	19	-	939	2.403	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-5,8%	-	-	-15%
Behandlungstage:	20	-	-5,8%	20	-	-15%
Bettenbelegung (Ø):	-	-0,1	-100%	-	-0,1	-100%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	-	10	-	-2,9%
Behandlungstage:	940	-	-	920	-20	-2,5%
Bettenbelegung (Ø):	2,6	-	-	2,5	-0,1	-3,8%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	40	-	-0,1%	40	-	-2,9%
Behandlungstage:	2.400	-10	-0,3%	2.350	-60	-2,4%
Bettenbelegung (Ø):	6,5	-0,1	-1,5%	6,4	-0,2	-3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

49

Leistungsgruppe: Kinderhämato- und -onkologie Leukämie und Lymphome

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 3



Vollstationäre Fälle: 377

Behandlungstage: 3.542

Bettenbelegung (Ø): 9,7

Verweildauer (Ø) 9,4

Case Mix: 804

Case Mix Index (CMI): 2,1

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	370	-10	-2,4%	350	-30	-8,2%
Behandlungstage:	3.530	-20	-0,5%	3.370	-170	-4,9%
Bettenbelegung (Ø):	9,6	-0,1	-1%	9,2	-0,5	-5,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Kinderhämato- und -onkologie Leukämie und Lymphome: 6 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Zentrum Kinderonkologie

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

49

Leistungsgruppe: Kinderhämato- und -onkologie Leukämie und Lymphome

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	-	1	1	-	-
Vollstationäre Fälle:	72	-	139	166	-	-
Behandlungstage:	490	-	1.200	1.852	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	70	-	+1,2%	70	-	-2,1%
Behandlungstage:	500	+10	+2%	490	-	-0,7%
Bettenbelegung (Ø):	1,4	+0,1	+7,7%	1,3	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	140	-	+0,4%	140	-	-1,6%
Behandlungstage:	1.230	+30	+2,4%	1.200	-	+0,4%
Bettenbelegung (Ø):	3,4	+0,1	+3%	3,3	-	-

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	160	-10	-6%	140	-30	-16,7%
Behandlungstage:	1.800	-60	-3%	1.680	-170	-9,3%
Bettenbelegung (Ø):	4,9	-0,2	-3,9%	4,6	-0,5	-9,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

50**Leistungsgruppe:
HNO**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 46

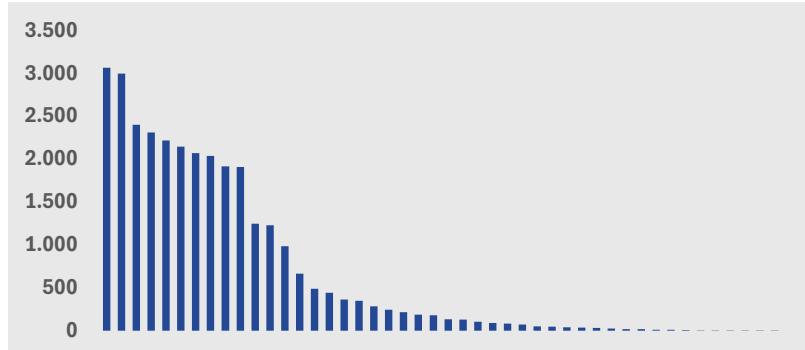
Vollstationäre Fälle: 30.852

Behandlungstage: 88.061

Bettenbelegung (\varnothing): 240,6Verweildauer (\varnothing) 2,9

Case Mix: 18.258

Case Mix Index (CMI): 0,6

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	27.990	-2.860	-9,3%	22.680	-8.170	-26,5%
Behandlungstage:	84.060	-4.000	-4,5%	75.950	-12.110	-13,8%
Bettenbelegung (\varnothing):	229,7	-10,9	-4,5%	208,1	-32,5	-13,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG HNO: 28 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

50

Leistungsgruppe: HNO

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	12	5	4	14	5	6
Vollstationäre Fälle:	3.730	3.459	5.343	9.316	3.757	5.247
Behandlungstage:	10.504	10.175	17.968	25.291	10.751	13.372

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.300	-430	-11,5%	2.550	-1.180	-31,6%
Behandlungstage:	9.770	-740	-7%	8.470	-2.040	-19,4%
Bettenbelegung (Ø):	26,7	-2,0	-7%	23,2	-5,5	-19,2%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.160	-300	-8,8%	2.610	-850	-24,6%
Behandlungstage:	9.770	-400	-3,9%	9.020	-1.160	-11,4%
Bettenbelegung (Ø):	26,7	-1,1	-4%	24,7	-3,1	-11,2%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.910	-430	-8,1%	4.080	-1.260	-23,6%
Behandlungstage:	17.380	-580	-3,2%	15.970	-2.000	-11,1%
Bettenbelegung (Ø):	47,5	-1,6	-3,3%	43,8	-5,3	-10,8%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	8.500	-820	-8,8%	6.930	-2.390	-25,7%
Behandlungstage:	24.310	-980	-3,9%	22.280	-3.010	-11,9%
Bettenbelegung (Ø):	66,4	-2,7	-3,9%	61,0	-8,1	-11,7%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.330	-430	-11,4%	2.560	-1.190	-31,8%
Behandlungstage:	10.090	-660	-6,1%	8.810	-1.940	-18,1%
Bettenbelegung (Ø):	27,6	-1,8	-6,1%	24,1	-5,3	-18%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.800	-450	-8,5%	3.960	-1.290	-24,6%
Behandlungstage:	12.740	-630	-4,7%	11.410	-1.970	-14,7%
Bettenbelegung (Ø):	34,8	-1,7	-4,7%	31,2	-5,3	-14,5%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

51

Leistungsgruppe: Cochleaimplantate

Relevanz in der Notfallversorgung

-

Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall

-

Planungsebene

Hessen

Erstversorgung von Notfällen, wenn
Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar

-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 10

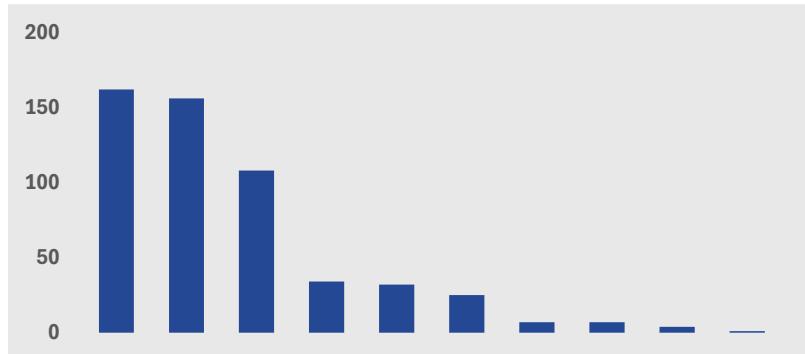
Vollstationäre Fälle: 536

Behandlungstage: 1.742

Bettenbelegung (\varnothing): 4,8Verweildauer (\varnothing) 3,3

Case Mix: 3.100

Case Mix Index (CMI): 5,8



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	550	+10	+1,7%	560	+20	+4,3%
Behandlungstage:	1.770	+30	+1,4%	1.810	+70	+4,1%
Bettenbelegung (\varnothing):	4,8	0,0	0%	5,0	+0,2	+4,2%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Cochleaimplantate: 2 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

51

Leistungsgruppe: Cochleaimplantate

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	1	2	2	2	1	2
Vollstationäre Fälle:	32	41	115	157	25	166
Behandlungstage:	132	95	391	610	111	403

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	30	-	-6,1%	30	-	-13,1%
Behandlungstage:	130	-10	-4,3%	120	-10	-9,9%
Bettenbelegung (Ø):	0,3	-0,1	-25%	0,3	-0,1	-25%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	40	-	+4,8%	40	-	+8,8%
Behandlungstage:	100	+10	+5,3%	100	+10	+8%
Bettenbelegung (Ø):	0,3	-	-	0,3	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	120	-	+2,8%	120	+10	+4,9%
Behandlungstage:	400	+10	+3%	410	+20	+5,9%
Bettenbelegung (Ø):	1,1	-	-	1,1	-	-

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	160	-	+0,4%	160	-	+2,1%
Behandlungstage:	610	-	+0,2%	630	+20	+2,5%
Bettenbelegung (Ø):	1,7	-	-	1,7	-	-

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	30	-	+1,9%	30	-	+10,4%
Behandlungstage:	110	-	-1,1%	120	+10	+7,3%
Bettenbelegung (Ø):	0,3	-	-	0,3	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	170	+10	+3%	180	+10	+7,3%
Behandlungstage:	420	+10	+3,3%	430	+30	+7,8%
Bettenbelegung (Ø):	1,1	-	-	1,2	+0,1	+9,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

52**Leistungsgruppe:
Neurochirurgie**

Relevanz in der Notfallversorgung	spezialisierte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 21

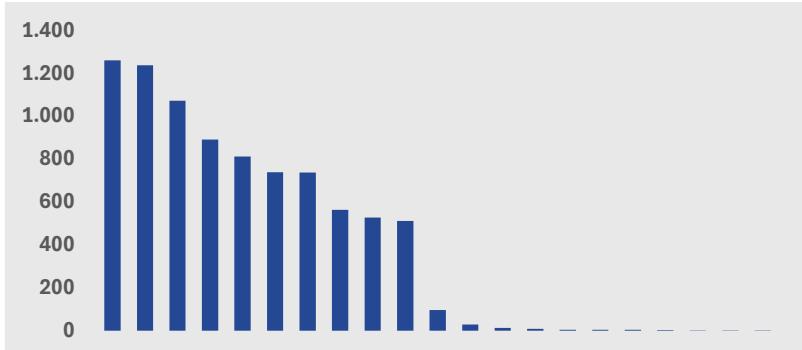
Vollstationäre Fälle: 8.519

Behandlungstage: 71.448

Bettenbelegung (\varnothing): 195,2Verweildauer (\varnothing) 8,4

Case Mix: 19.137

Case Mix Index (CMI): 2,2

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	8.630	+110	+1,3%	8.820	+300	+3,5%
Behandlungstage:	73.050	+1.610	+2,2%	75.460	+4.010	+5,6%
Bettenbelegung (\varnothing):	199,6	+4,4	+2,3%	206,7	+11,5	+5,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Neurochirurgie: 2 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

52**Leistungsgruppe:
Neurochirurgie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	5	3	2	7	2	2
Vollstationäre Fälle:	1.176	781	2.128	3.155	532	747
Behandlungstage:	10.961	5.711	18.818	22.939	6.067	6.952

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.180	-	+0,2%	1.180	-	+0,3%
Behandlungstage:	11.070	+110	+1%	11.230	+270	+2,5%
Bettenbelegung (Ø):	30,3	+0,4	+1,3%	30,8	+0,9	+3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	770	-10	-1,7%	750	-30	-4,1%
Behandlungstage:	5.770	+60	+1%	5.890	+180	+3,1%
Bettenbelegung (Ø):	15,8	+0,2	+1,3%	16,1	+0,5	+3,2%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.150	+20	+1%	2.190	+60	+3%
Behandlungstage:	19.240	+420	+2,2%	19.770	+960	+5,1%
Bettenbelegung (Ø):	52,6	+1,2	+2,3%	54,2	+2,8	+5,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.220	+70	+2,1%	3.320	+170	+5,4%
Behandlungstage:	23.550	+610	+2,7%	24.580	+1.640	+7,2%
Bettenbelegung (Ø):	64,4	+1,7	+2,7%	67,3	+4,6	+7,3%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	540	+10	+2,1%	560	+30	+5,1%
Behandlungstage:	6.180	+110	+1,9%	6.340	+280	+4,6%
Bettenbelegung (Ø):	16,9	+0,3	+1,8%	17,4	+0,8	+4,8%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	770	+20	+3,2%	810	+60	+8,6%
Behandlungstage:	7.240	+290	+4,1%	7.630	+680	+9,8%
Bettenbelegung (Ø):	19,8	+0,8	+4,2%	20,9	+1,9	+10%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

53**Leistungsgruppe:
Allgemeine Neurologie**

Relevanz in der Notfallversorgung	vertiefte planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	Bevorzugt innerhalb von 30 Minuten in ein Krankenhaus mit dieser LG
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 48

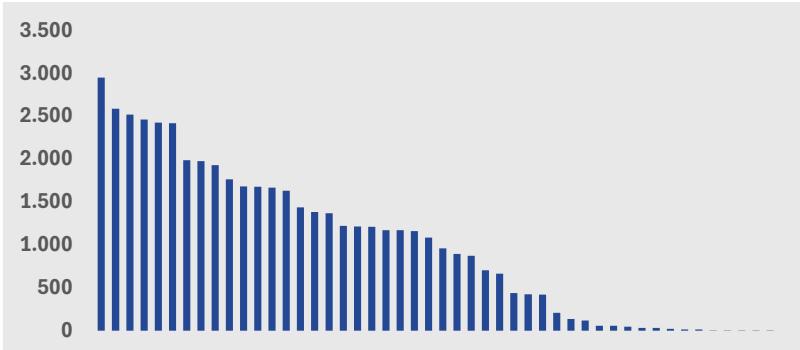
Vollstationäre Fälle: 48.232

Behandlungstage: 316.582

Bettenbelegung (\varnothing): 865,0Verweildauer (\varnothing) 6,6

Case Mix: 28.426

Case Mix Index (CMI): 0,6

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	47.720	-510	-1,1%	47.230	-1.010	-2,1%
Behandlungstage:	321.730	+5.150	+1,6%	333.280	+16.700	+5,3%
Bettenbelegung (\varnothing):	879,0	+14,0	+1,6%	913,1	+48,1	+5,6%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Allgemeine Neurologie: 8 %

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

GBA Neurovaskuläres Zentrum

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

53

Leistungsgruppe: Allgemeine Neurologie

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	12	4	7	14	8	3
Vollstationäre Fälle:	10.521	3.206	9.363	15.084	6.533	3.525
Behandlungstage:	96.148	17.430	61.515	90.714	32.681	18.094

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10.460	-60	-0,6%	10.440	-80	-0,7%
Behandlungstage:	97.880	+1.730	+1,8%	100.040	+3.890	+4%
Bettenbelegung (Ø):	267,4	+4,7	+1,8%	274,1	+11,4	+4,3%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.130	-80	-2,4%	3.050	-160	-4,9%
Behandlungstage:	17.410	-20	-0,1%	17.750	+320	+1,8%
Bettenbelegung (Ø):	47,6	-	-	48,6	+1,0	+2,1%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	9.180	-180	-1,9%	8.980	-390	-4,1%
Behandlungstage:	62.890	+1.380	+2,2%	66.340	+4.820	+7,8%
Bettenbelegung (Ø):	171,8	+3,7	+2,2%	181,8	+13,7	+8,1%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	15.040	-40	-0,3%	15.010	-70	-0,5%
Behandlungstage:	92.240	+1.530	+1,7%	95.970	+5.260	+5,8%
Bettenbelegung (Ø):	252,0	+4,1	+1,7%	262,9	+15,0	+6,1%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.460	-70	-1,1%	6.380	-150	-2,3%
Behandlungstage:	32.930	+250	+0,8%	33.860	+1.180	+3,6%
Bettenbelegung (Ø):	90,0	+0,7	+0,8%	92,8	+3,5	+3,9%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.450	-70	-2,1%	3.370	-160	-4,5%
Behandlungstage:	18.380	+290	+1,6%	19.320	+1.220	+6,8%
Bettenbelegung (Ø):	50,2	+0,8	+1,6%	52,9	+3,5	+7,1%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

54**Leistungsgruppe:
Stroke-Unit**

Relevanz in der Notfallversorgung	Allgemeine planungsrechtliche Notfallversorgung
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	30 Minuten
Planungsebene	-
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 34

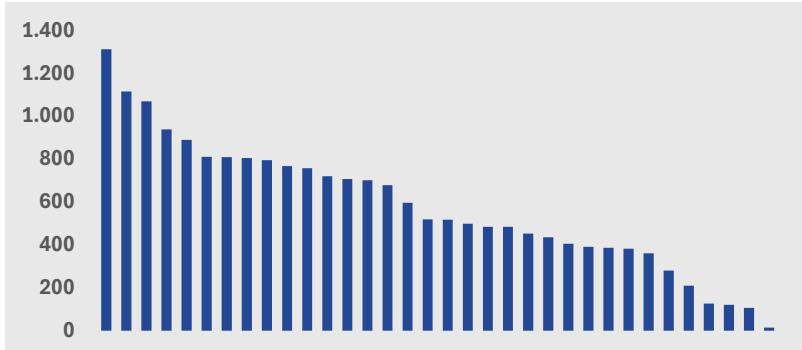
Vollstationäre Fälle: 19.651

Behandlungstage: 148.524

Bettenbelegung (\varnothing): 405,8Verweildauer (\varnothing) 7,6

Case Mix: 24.985

Case Mix Index (CMI): 1,3

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	20.240	+590	+3%	21.720	+2.070	+10,5%
Behandlungstage:	152.890	+4.370	+2,9%	164.930	+16.410	+11%
Bettenbelegung (\varnothing):	417,7	+11,9	+2,9%	451,9	+46,1	+11,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Stroke-Unit: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

Erreichbarkeit und schnelle Versorgung durch kurze Triagezeit

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:GBA Neurovaskuläres Zentrum; Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme \leq 6 h); Door-to-needle-time \leq 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme \leq 4 h)

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

54**Leistungsgruppe:
Stroke-Unit**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	7	2	6	10	4	5
Vollstationäre Fälle:	3.032	1.258	3.520	6.429	2.604	2.808
Behandlungstage:	22.239	11.149	24.363	52.061	17.955	20.757

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.070	+40	+1,3%	3.240	+210	+7%
Behandlungstage:	22.480	+240	+1,1%	23.820	+1.580	+7,1%
Bettenbelegung (Ø):	61,4	+0,6	+1%	65,3	+4,5	+7,4%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.280	+30	+2%	1.370	+110	+9,1%
Behandlungstage:	11.290	+150	+1,3%	12.150	+1.000	+8,9%
Bettenbelegung (Ø):	30,9	+0,4	+1,3%	33,3	+2,8	+9,2%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.610	+90	+2,6%	3.870	+350	+10%
Behandlungstage:	24.940	+570	+2,4%	26.850	+2.480	+10,2%
Bettenbelegung (Ø):	68,1	+1,5	+2,3%	73,6	+7,0	+10,5%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.670	+240	+3,7%	7.190	+520	+11,8%
Behandlungstage:	53.980	+1.920	+3,7%	58.400	+6.340	+12,2%
Bettenbelegung (Ø):	147,5	+5,3	+3,7%	160,0	+17,8	+12,5%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.680	+80	+3%	2.880	+270	+10,4%
Behandlungstage:	18.570	+620	+3,4%	20.080	+2.120	+11,8%
Bettenbelegung (Ø):	50,7	+1,6	+3,3%	55,0	+5,9	+12%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.920	+110	+3,9%	3.170	+360	+12,9%
Behandlungstage:	21.630	+880	+4,2%	23.640	+2.880	+13,9%
Bettenbelegung (Ø):	59,1	+2,4	+4,2%	64,8	+8,1	+14,3%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

55

Leistungsgruppe: NeuroFrühreha (NNF, Phase B)

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 19

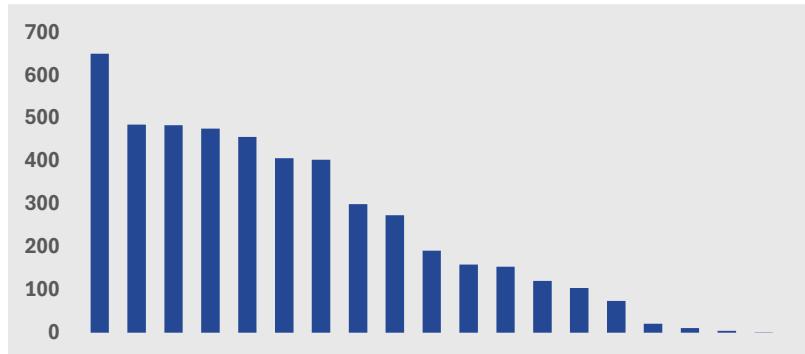
Vollstationäre Fälle: 4.775

Behandlungstage: 252.478

Bettenbelegung (\varnothing): 689,8Verweildauer (\varnothing) 52,9

Case Mix: 19.963

Case Mix Index (CMI): 4,2



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.940	+160	+3,4%	5.280	+500	+10,5%
Behandlungstage:	261.300	+8.820	+3,5%	279.050	+26.570	+10,5%
Bettenbelegung (\varnothing):	713,9	+24,1	+3,5%	764,5	+51,6	+10,8%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG NeuroFrühreha (NNF, Phase B): -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

55
**Leistungsgruppe:
NeuroFrühreha (NNF, Phase B)**
Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	6	1	2	5	4	1
Vollstationäre Fälle:	1.722	104	703	642	1.148	456
Behandlungstage:	80.733	5.904	40.753	29.167	49.848	46.073

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.780	+50	+3,1%	1.880	+160	+9,3%
Behandlungstage:	83.150	+2.420	+3%	87.960	+7.230	+9%
Bettenbelegung (Ø):	227,2	+6,6	+3%	241,0	+20,4	+9,2%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	110	-	+3,9%	120	+10	+11,6%
Behandlungstage:	6.090	+180	+3,1%	6.590	+680	+11,6%
Bettenbelegung (Ø):	16,6	+0,5	+3,1%	18,1	+2,0	+12,4%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	730	+20	+3,3%	770	+70	+9,6%
Behandlungstage:	42.320	+1.570	+3,9%	45.000	+4.250	+10,4%
Bettenbelegung (Ø):	115,6	+4,3	+3,9%	123,3	+12,0	+10,8%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	660	+20	+3,3%	720	+80	+12,5%
Behandlungstage:	30.080	+920	+3,1%	32.800	+3.640	+12,5%
Bettenbelegung (Ø):	82,2	+2,5	+3,1%	89,9	+10,2	+12,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	1.190	+40	+3,7%	1.290	+140	+12,4%
Behandlungstage:	51.660	+1.810	+3,6%	55.580	+5.730	+11,5%
Bettenbelegung (Ø):	141,2	+5,0	+3,7%	152,3	+16,1	+11,8%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	470	+20	+3,3%	500	+40	+8,7%
Behandlungstage:	47.990	+1.920	+4,2%	51.120	+5.040	+10,9%
Bettenbelegung (Ø):	131,1	+5,2	+4,1%	140,0	+14,1	+11,2%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

56**Leistungsgruppe:
Geriatrie**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 52

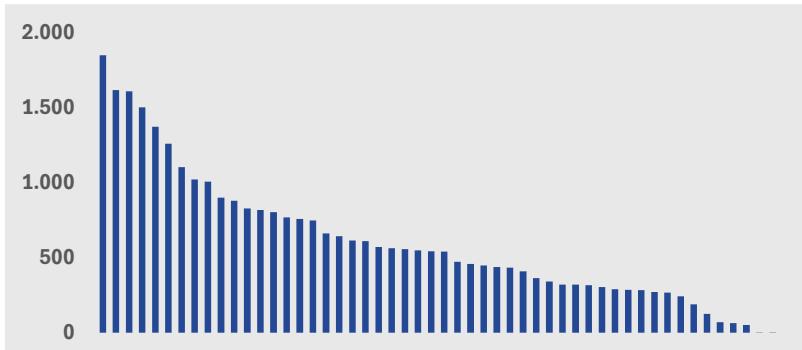
Vollstationäre Fälle: 31.442

Behandlungstage: 645.386

Bettenbelegung (\varnothing): 1.763,3Verweildauer (\varnothing) 20,5

Case Mix: 47,511

Case Mix Index (CMI): 1,5

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	32.260	+810	+2,6%	35.720	+4.270	+13,6%
Behandlungstage:	662.170	+16.790	+2,6%	732.900	+87.510	+13,6%
Bettenbelegung (\varnothing):	1.809,2	+45,9	+2,6%	2.007,9	+244,6	+13,9%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Geriatrie: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

Erfüllung der Qualitätsmerkmale der spezialisierten klinisch-Geriatrischen Versorgung im Sinne von Kapitel F des Geriatriekonzeptes

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

56**Leistungsgruppe:
Geriatrie**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	13	5	8	15	6	5
Vollstationäre Fälle:	6.409	3.031	4.631	9.866	3.891	3.614
Behandlungstage:	128.471	65.588	96.520	195.830	79.996	78.981

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	6.470	+60	+1%	7.100	+690	+10,8%
Behandlungstage:	129.630	+1.160	+0,9%	142.220	+13.750	+10,7%
Bettenbelegung (Ø):	354,2	+3,2	+0,9%	389,6	+38,6	+11%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.040	+10	+0,4%	3.410	+380	+12,5%
Behandlungstage:	65.840	+250	+0,4%	73.640	+8.050	+12,3%
Bettenbelegung (Ø):	179,9	+0,7	+0,4%	201,8	+22,6	+12,6%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.740	+110	+2,3%	5.380	+750	+16,2%
Behandlungstage:	98.730	+2.210	+2,3%	111.870	+15.350	+15,9%
Bettenbelegung (Ø):	269,8	+6,1	+2,3%	306,5	+42,8	+16,2%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10.220	+360	+3,6%	11.230	+1.360	+13,8%
Behandlungstage:	203.020	+7.190	+3,7%	222.850	+27.020	+13,8%
Bettenbelegung (Ø):	554,7	+19,6	+3,7%	610,5	+75,4	+14,1%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	4.020	+130	+3,4%	4.390	+500	+12,9%
Behandlungstage:	82.720	+2.720	+3,4%	90.230	+10.230	+12,8%
Bettenbelegung (Ø):	226,0	+7,4	+3,4%	247,2	+28,6	+13,1%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	3.760	+150	+4%	4.200	+590	+16,3%
Behandlungstage:	82.240	+3.260	+4,1%	92.080	+13.100	+16,6%
Bettenbelegung (Ø):	224,7	+8,9	+4,1%	252,3	+36,5	+16,9%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

57**Leistungsgruppe:
Palliativmedizin**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Versorgungsgebiet
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 39

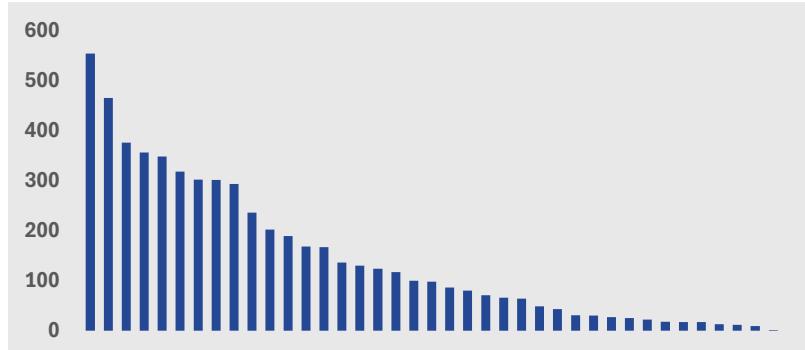
Vollstationäre Fälle: 5.661

Behandlungstage: 90.818

Bettenbelegung (\varnothing): 248,1Verweildauer (\varnothing) 16

Case Mix: 7.320

Case Mix Index (CMI): 1,3

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	5.900	+230	+4,1%	6.360	+690	+12,3%
Behandlungstage:	94.520	+3.700	+4,1%	101.760	+10.940	+12%
Bettenbelegung (\varnothing):	258,2	+10,1	+4,1%	278,8	+30,7	+12,4%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Palliativmedizin: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

57**Leistungsgruppe:
Palliativmedizin**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	10	3	6	11	4	5
Vollstationäre Fälle:	667	825	884	2.186	788	311
Behandlungstage:	11.737	10.369	15.040	37.197	11.012	5.463

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	680	+20	+2,5%	720	+50	+7,4%
Behandlungstage:	11.990	+250	+2,1%	12.510	+780	+6,6%
Bettenbelegung (Ø):	32,8	+0,7	+2,2%	34,3	+2,2	+6,9%

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	840	+20	+2,3%	900	+80	+9,2%
Behandlungstage:	10.540	+180	+1,7%	11.220	+850	+8,2%
Bettenbelegung (Ø):	28,8	+0,5	+1,8%	30,7	+2,4	+8,5%

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	920	+30	+3,8%	980	+100	+10,8%
Behandlungstage:	15.690	+650	+4,3%	16.730	+1.690	+11,2%
Bettenbelegung (Ø):	42,9	+1,8	+4,4%	45,8	+4,7	+11,4%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	2.290	+110	+5%	2.510	+320	+14,8%
Behandlungstage:	38.970	+1.770	+4,8%	42.570	+5.370	+14,4%
Bettenbelegung (Ø):	106,5	+4,9	+4,8%	116,6	+15,0	+14,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	830	+40	+5,1%	890	+100	+13,2%
Behandlungstage:	11.550	+530	+4,9%	12.440	+1.430	+13%
Bettenbelegung (Ø):	31,5	+1,4	+4,7%	34,1	+4,0	+13,3%

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	330	+20	+5,1%	360	+40	+14,4%
Behandlungstage:	5.770	+310	+5,7%	6.280	+820	+14,9%
Bettenbelegung (Ø):	15,8	+0,9	+6%	17,2	+2,3	+15,4%

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

59

Leistungsgruppe: Herztransplantation

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 2

Vollstationäre Fälle: 8

Behandlungstage: 1.013

Bettenbelegung (\emptyset): 2,8Verweildauer (\emptyset) 126,6

Case Mix: 342

Case Mix Index (CMI): 42,7



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	0	0%	10	0	0%
Behandlungstage:	1.040	+30	+3%	1.010	-10	-0,6%
Bettenbelegung (\emptyset):	2,8	0,0	0%	2,8	0,0	0%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Herztransplantation: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

59**Leistungsgruppe:
Herztransplantation**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	-	2	-	-	-
Vollstationäre Fälle:	-	-	8	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	1.013	-	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	+0,8%	10	-	-5,7%
Behandlungstage:	1.040	+30	+3%	1.010	-10	-0,6%
Bettenbelegung (Ø):	2,9	+0,1	+3,6%	2,8	-	-

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

60

Leistungsgruppe: Lebertransplantation

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 1

Vollstationäre Fälle: 18

Behandlungstage: 764

Bettenbelegung (\varnothing): 2,1

Verweildauer (\varnothing) 42,4

Case Mix: 270

Case Mix Index (CMI): 15



Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	0	+5,6%	20	0	0%
Behandlungstage:	800	+30	+4,2%	750	-20	-2,4%
Bettenbelegung (\varnothing):	2,2	+0,1	+4,8%	2,0	-0,1	-4,8%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Lebertransplantation: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

60

Leistungsgruppe: Lebertransplantation

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	-	-	1	-	-
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	18	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	764	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	20	-	+3,9%	20	-	-0,9%
Behandlungstage:	800	+30	+4,1%	750	-20	-2,4%
Bettenbelegung (Ø):	2,2	+0,1	+4,8%	2,0	-0,1	-4,8%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

61

Leistungsgruppe: Lungentransplantation

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 1



Vollstationäre Fälle: 8

Behandlungstage: 468

Bettenbelegung (\varnothing): 1,3Verweildauer (\varnothing) 58,5

Case Mix: 179

Case Mix Index (CMI): 22,4

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	0	+12,5%	10	0	0%
Behandlungstage:	510	+40	+7,9%	440	-30	-6,2%
Bettenbelegung (\varnothing):	1,4	+0,1	+7,7%	1,2	-0,1	-7,7%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Lungentransplantation: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

61**Leistungsgruppe:
Lungentransplantation**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	-	1	-	-	-
Vollstationäre Fälle:	-	-	8	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	468	-	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	10	-	+8,4%	10	-	-1,4%
Behandlungstage:	500	+40	+7,8%	440	-30	-6,1%
Bettenbelegung (Ø):	1,4	+0,1	+7,7%	1,2	-0,1	-7,7%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

62**Leistungsgruppe:
Nierentransplantation**

Relevanz in der Notfallversorgung	-
Vorgabe max. Erreichbarkeit im Regelfall	-
Planungsebene	Hessen
Erstversorgung von Notfällen, wenn Krankenhaus mit der LG nicht verfügbar	-

Leistungsgeschehen in Hessen im Jahr 2024:

Anzahl der KH: 3

Vollstationäre Fälle: 109

Behandlungstage: 2.460

Bettenbelegung (\varnothing): 6,7Verweildauer (\varnothing) 22,6

Case Mix: 615

Case Mix Index (CMI): 5,6

**Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035***

	2028	Δ_{abs} 24-28	Δ_{rel} 24-28	2035	Δ_{abs} 24-35	Δ_{rel} 24-35
Vollstationäre Fälle:	110	0	-0,9%	110	0	-3,7%
Behandlungstage:	2.420	-40	-1,5%	2.350	-110	-4,4%
Bettenbelegung (\varnothing):	6,6	-0,1	-1,5%	6,4	-0,3	-4,5%

Ambulantisierungspotenzial im Jahr 2024

LG Nierentransplantation: -

Alle LG insgesamt: 12 %

Bundesrechtlich vorgegebene Mindestvoraussetzungen:

Die bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanforderungen ergeben sich aus der Anlage 1 zu § 135e SGB V.

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der Notfallversorgung:

-

Weitergehende Auswahlkriterien des Landes Hessen in der elektiven Versorgung:

-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

62**Leistungsgruppe:
Nierentransplantation**

Leistungsgeschehen in den Versorgungsgebieten im Jahr 2024:

	Kassel	Fulda-Bad Hersfeld	Gießen-Marburg	Frankfurt-Offenbach	Wiesbaden-Limburg	Darmstadt
Anzahl der KH:	-	-	2	1	-	-
Vollstationäre Fälle:	-	-	63	46	-	-
Behandlungstage:	-	-	1.586	874	-	-

Prognose des Leistungsgeschehens inkl. Ambulantisierung bis 2028 und bis 2035*

VG Kassel	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Fulda-Bad Hersfeld	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

VG Gießen-Marburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	60	-	-1,4%	60	-	-5,2%
Behandlungstage:	1.560	-30	-1,8%	1.500	-90	-5,4%
Bettenbelegung (Ø):	4,3	-	-	4,1	-0,2	-4,7%

VG Frankfurt-Offenbach	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	50	-	+0,2%	50	-	-1,2%
Behandlungstage:	870	-10	-0,9%	850	-20	-2,6%
Bettenbelegung (Ø):	2,4	-	-	2,3	-0,1	-4,2%

VG Wiesbaden-Limburg	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

Darmstadt	2028	Δabs 24-28	Δrel 24-28	2035	Δabs 24-35	Δrel 24-35
Vollstationäre Fälle:	-	-	-	-	-	-
Behandlungstage:	-	-	-	-	-	-
Bettenbelegung (Ø):	-	-	-	-	-	-

* Die Zahlen sind gerundet dargestellt. Die Veränderungen (absolut und relativ) wurden jedoch auf Basis der exakten (nicht gerundeten) Werte berechnet. Daher kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen.

Anhang 3 – Auszug aus dem Hessischen Krankenhausplan 2020

Krankenhausplan 2020

7 Planungsverfahren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1 Fachgebiete und Normauslastung

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

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

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

Tabelle 2: Verweildauerabhängige Normauslastungsgrade in der hessischen Krankenhausplanung

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

Quelle: Darstellung der Hessen Agentur.

Aus den verweildauerabhängigen Normauslastungsgraden folgt folgende fachgebietsbezogene Normauslastung:

Tabelle 3: Fachgebiete der hessischen Krankenhausplanung sowie Normauslastung

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

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

7.2 Versorgungsgebiete

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

In jedem Versorgungsgebiet sollen alle Leistungen verfügbar sein.

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

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

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

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

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

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

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

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

Krankenhausplan 2020

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

Landkreis bzw. kreisfreie Stadt / Versorgungsgebiet (VG)	Einwohner (31.12.2018)		Fläche (01.01.2018)		Einwohner je km ²
	Anzahl	Anteil	km ²	Anteil	
Kassel, St.	201.585	3,2%	107	0,5%	1.887,6
Landkreis Kassel	238.633	3,8%	1.293	6,1%	183,0
Schwalm-Eder-Kreis	180.222	2,9%	1.539	7,3%	117,1
Landkreis Waldeck-Frankenberg	158.953	2,5%	1.849	8,8%	84,9
Werra-Meißner-Kreis	101.017	1,6%	1.025	4,9%	98,6
VG Kassel	876.410	14,0%	5.813	27,5%	150,8
Vogelsbergkreis	105.878	1,7%	1.459	8,8%	72,6
Landkreis Fulda	222.584	3,6%	1.380	6,5%	161,2
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	120.829	1,9%	1.098	5,2%	110,1
VG Fulda-Bad Hersfeld	449.291	7,2%	3.937	18,6%	114,1
Wetteraukreis	306.480	4,9%	1.101	5,2%	278,4
Landkreis Gießen	268.876	4,3%	855	4,0%	314,6
Lahn-Dill-Kreis	253.777	4,1%	1.086	5,0%	238,0
Landkreis Marburg-Biedenkopf	246.648	3,9%	1.262	6,0%	195,4
VG Gießen-Marburg	1.075.761	17,2%	4.284	20,3%	251,1
Frankfurt am Main, St.	753.056	12,0%	248	1,2%	3.032,7
Offenbach am Main, St.	128.744	2,1%	45	0,2%	2.868,6
Hochtaunuskreis	236.584	3,8%	482	2,3%	491,0
Main-Kinzig-Kreis	418.950	6,7%	1.397	6,6%	299,8
Main-Taunus-Kreis	237.735	3,8%	223	1,1%	1.068,3
Landkreis Offenbach	354.092	5,7%	356	1,7%	994,0
VG Frankfurt-Offenbach	2.129.141	34,0%	2.781	13,0%	773,9
Wiesbaden, St.	278.342	4,4%	204	1,0%	1.365,3
Rheingau-Taunus-Kreis	187.157	3,0%	811	3,8%	230,7
Landkreis Limburg-Weilburg	172.083	2,7%	738	3,5%	233,0
VG Wiesbaden-Limburg	637.582	10,2%	1.754	8,3%	363,6
Darmstadt, St.	159.207	2,5%	122	0,6%	1.304,2
Landkreis Bergstraße	269.694	4,3%	718	3,4%	374,9
Landkreis Darmstadt-Dieburg	297.398	4,7%	658	3,1%	451,5
Landkreis Groß-Gerau	274.526	4,4%	453	2,1%	606,0
Odenwaldkreis	98.798	1,5%	624	3,0%	155,1
VG Darmstadt	1.097.624	17,5%	2.577	12,2%	425,9
Hessen insgesamt	6.265.809	100,0%	21.116	100,0%	296,7

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Berechnungen der Hessen Agentur.

Krankenhausplan 2020

Abbildung 1: Standorte der hessischen Plankrankenhäuser



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

7.3 Planungsmethode

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

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

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

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

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

7.3.1 Bedarfsberechnung

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

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

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

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

Modifizierte Hill-Burton Formel

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

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

Als Referenzzeitraum wird üblicherweise ein komplettes Kalenderjahr betrachtet.

Wartelisten

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

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

Krankenhausplan 2020

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

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

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

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

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

Teilstationärer Bedarf

Teilstationäre Kapazitäten werden mit Ausnahme der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nicht mehr ausgewiesen. Für die genannten Fachgebiete gilt die Maßgabe, dass die teilstationären Plätze mindestens 20 Prozent der Gesamtkapazitäten betragen sollen, wobei sich die Gesamtkapazitäten aus den vollstationären Bettenkapazitäten und den teilstationären Platzkapazitäten zusammensetzen. Auch wenn im Fachgebiet Geriatrie keine Ausweisung von Kapazitäten mehr erfolgt, gilt hier, dass nach Möglichkeit und abhängig vom Bedarf ein tagesklinisches Angebot vorzuhalten ist.

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

7.3.2 Prognose

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

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

7.4 Feststellungsbescheide

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

Krankenhausplan 2020

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

Tabellenverzeichnis

1	Leistungsgruppen der allgemeinen planungsrechtlichen Notfallversorgung	23
2	Leistungsgruppen der vertieften planungsrechtlichen Notfallversorgung	24
3	Leistungsgruppen der spezialisierten planungsrechtlichen Notfallversorgung	25
4	Hessische Plankrankenhäuser nach Trägerschaft 2023	31
5	Zuweisung von Aufgaben nach den G-BA-Zentrumsregelungen in Hessen	39
6	Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Versorgungsgebieten (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)	60
7	Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Leistungsgruppen mit 10.000 und mehr Fällen (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)	67
8	Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Leistungsgruppen mit 1.000 bis 10.000 Fällen (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)	69
9	Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 nach Leistungsgruppen mit weniger als 1.000 Fällen (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)	70
10	Verweildauerabhängige Normauslastungsgrade in der hessischen Kranken- hausplanung	71
11	Behandlungstage 2024, durchschnittliche Verweildauer 2024, Normauslastung sowie Bettenbedarf 2024 und 2035 in hessischen Krankenhäusern nach Leistungsgruppen mit 10.000 und mehr Fällen	73
12	Leistungsgruppenspezifische Auswahlkriterien	87

Abbildungsverzeichnis

1	Vorausschätzung des vollstationären Leistungsgeschehen in Hessen bis 2035	47
2	Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2010-2024 sowie der Bevölkerungsgruppe im Alter von 65 Jahren und älter 2010-2035.....	50
3	Bevölkerungspyramiden 2024 und 2035, Hessen	51
4	Ambulantisierungspotenzial in den hessischen Krankenhäusern: Auswirkung der regulären Kontextfaktoren und zusätzlichen Kontextfaktoren.....	55
5	Entwicklung der vollstationären Fälle in hessischen Krankenhäusern 2024-2035 ...	57
6	Entwicklung der Behandlungstage in hessischen Krankenhäusern 2024-2035	58
7	Entwicklung der vollstationären Fälle in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten 2024-2035 (inkl. Fallabgabe an den ambulanten Sektor)	62
8	Entwicklung der Behandlungstage in den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten 2024-2035	63
9	Aufgestellte und betriebsbereite Betten 2024 sowie Bettenbedarf 2024, 2028, 2031 und 2035, Krankenhäuser in Hessen insgesamt	74
10	Schaubild Hessisches Onkologiekonzept	129

HESSEN



Herausgeber:

**Hessisches Ministerium für Familie,
Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege**

Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden

gesundheit.hessen.de