



Krankenhausplan 2020

der Freien und Hansestadt Hamburg

Impressum

Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Amt für Gesundheit - Fachabteilung Versorgungsplanung G 14
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Redaktion: Ute Banse, Anna Huber, Elke Huster-Nowack, Dagmar Jensen,
Stefan Lengefeldt, Sabine Lindenberg, Sabine Manikowsky,
Dr. Bernd Obermöller

Titelgestaltung: Semler Grafik- und Layoutarbeiten oHG unter Verwendung eines Fotos von
© Marco2811 / Fotolia.com

Bezug: Im Internet als Download unter folgender Adresse:
www.hamburg.de/krankenhaus unter Broschüre "Krankenhausplan 2020"
oder „Krankenhausplanung“

Einzelne Exemplare sind unter Angabe des Stichwortes
„Krankenhausplan 2020“ erhältlich bei:

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Broschürenversand
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Telefon: 040 42837 - 2368 oder unter
E-Mail: publikationen@bgv.hamburg.de

Druck: Scharlau GmbH, Zentrale, Hamburg

Auflage: 1. Auflage, Januar 2016, 300 Exemplare

Anmerkung zur Verteilung:

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

Krankenhausplan 2020
der Freien und Hansestadt Hamburg



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen den Krankenhausplan 2020 für die Freie und Hansestadt Hamburg vorlegen zu können. Mit diesem Plan wird die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser in Hamburg, an einem der bedeutendsten Standorte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, weiter gestärkt.

Neben den Mitgliedern des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung hat eine große Zahl medizinischer Expertinnen und Experten, u.a. in mehreren fachgebietsbezogenen Konferenzen, daran mitgewirkt, diesen aktuellen Krankenhausplan zu erarbeiten. In einem von hohem Engagement getragenen Diskussionsprozess – bei durchaus auch unterschiedlichen Bewertungen im Detail – ist es erneut gelungen, die stationären und teilstationären Strukturen der Hamburger Krankenhäuser für die nächsten Jahre zu bestimmen.

Bei der Fortschreibung ziehen wir Konsequenzen aus der gestiegenen Inanspruchnahme und verankern Qualitätsvorgaben für mehr Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Während fast überall in Deutschland Krankenhauskapazitäten abgebaut werden, schafft Hamburg zusätzliche Betten in der Größe eines ganzen Krankenhauses. 2020 planen wir mit rund 12.350 Betten, also mit einem Plus von 530 Betten gegenüber heute. Dazu kommen 1.174 teilstationäre Behandlungsplätze. Insbesondere Zukunftsbereiche, wie etwa die Geriatrie, werden ausgebaut. In anderen Bereichen, wie etwa der Psychiatrie, setzen wir hingegen verstärkt auf die ambulante Versorgung.

Während einerseits die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in Hamburger Krankenhäusern aufgrund des medizinischen Fortschritts und des sehr guten ambulanten Angebotes immer kürzer wird, so verzeichnen die Kliniken der Stadt andererseits eine höhere Inanspruchnahme, auch durch Menschen aus dem Umland und aus anderen Bundesländern, die eine Erhöhung der Bettenzahl notwendig macht. Insgesamt machen Patientinnen und Patienten von außerhalb der Stadtgrenzen rund 31 Prozent aus, etwa 28 Prozent kommen aus den benachbarten Bundesländern. Diese Entwicklung wird voraussichtlich durch die zunehmende Spezialisierung von Krankenhäusern noch zunehmen.

Schwerpunkte des Krankenhausplans 2020 im Detail

Durch den Aufbau der zwölften geriatrischen Abteilung mit Tagesklinik in Hamburg im Asklepios Klinikum Harburg und den Ausbau der Geriatrie im Katholischen Marienkrankenhaus sowie im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg wird die Altersmedizin gestärkt.

Für beatmungsbedürftige Patientinnen und Patienten nach Schlaganfällen oder anderen schweren Erkrankungen wird die Versorgungssituation durch den Ausbau der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in der Schön Klinik Hamburg Eilbek, der Asklepios Klinik Nord und im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand



weiter optimiert. Zusätzliche Plätze in der Tagesklinik des Marienkrankenhauses verbessern die Behandlungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen.

Vorgesehen ist zudem der bedarfsgerechte Ausbau der Versorgung in der Kinderheilkunde, u.a. durch das neue Angebot einer pädiatrischen Tagesklinik in der Asklepios Klinik Nord-Heidberg und zusätzliche Betten für beatmungsbedürftige Kinder und Jugendliche im Altonaer Kinderkrankenhaus. Mit dem weiteren Ausbau der kinderorthopädischen Versorgung von behinderten Kindern und Jugendlichen im Altonaer Kinderkrankenhaus bleiben den betroffenen Familien lange Wartezeiten und Aufenthalte außerhalb Hamburgs erspart.

Im Bereich der psychiatrischen Fachgebiete konzentriert sich der Krankenhausplan auf die bedarfsgerechte Sicherung der regionalen Pflicht- und Akutversorgung. Für Patientinnen und Patienten aus Hamburg wird das Heinrich Sengelmann Krankenhaus der Stiftung Alsterdorf auf Hamburger Stadtgebiet für Patientinnen und Patienten aus Hamburg eine neue psychiatrische Tagesklinik schaffen. Die Versorgung psychisch kranker Eltern und Kinder wird zudem mit dem Aufbau einer Eltern-Kind-Einheit im Asklepios Klinikum Harburg verbessert. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser und Krankenkassen als Kostenträger aufgefordert, gemeinsame Konzepte von Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 16 und 25 Jahren zu entwickeln. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift wird zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen gestärkt.

Die psychiatrischen Krankenhäuser sollen im Rahmen der bestehenden Kapazitäten außerdem weitere spezialisierte Versorgungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund entwickeln. Zudem sollen durch bedarfsgerechtere patientenindividuelle Behandlungskonzepte mehr Menschen in psychiatrischen Tageskliniken behandelt werden. Deren Kapazitäten hatte die BGV schon 2014 deutlich aufgestockt.

Im Krankenhausplan werden auch Qualitätsvorgaben gemacht, u.a. für medizinische Schwerpunkte wie Schlaganfallversorgung, Behandlung von Herzinfarkten, Geriatrie und Psychiatrie/Psychotherapie sowie für die Neurochirurgie und Neurologische Frührehabilitation. Dieser Prozess wird kontinuierlich fortgesetzt, die Gesundheitsbehörde wird hierzu ein Gutachten zu weiteren Qualitätsvorgaben zur Stärkung der Patientensicherheit vergeben.

Der Krankenhausplan 2020 gibt einen konkreten Rahmen vor. Aber wir werden den für die stationäre Versorgung notwendigen Bedarf laufend beobachten und die Planung gegebenenfalls anpassen. Im Jahr 2017 wird auf Basis der Daten des Jahres 2016 eine Zwischenfortschreibung durchgeführt. Damit können wir eventuell erforderliche Korrekturen auf Grund der zwischenzeitlichen Patientenströme, der Zuwanderung oder der weiteren Entwicklungen in den Fachgebieten zeitnah vornehmen. Dabei werden wir auch die Auswirkungen des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG), insbesondere die dort vorgesehene qualitätsorientierte Krankenhausplanung, berücksichtigen.



Cornelia Prüfer-Storcks

Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz



Inhalt	Seite
1. Rahmenbedingungen und Ziele	1
2. Rechtlicher Rahmen.....	3
2.1. Einleitung	3
2.2. Krankenhausplanung	3
2.3. Krankenhausfinanzierung	3
2.4. Investitionsplanung	4
2.5. Qualitätssicherung	4
2.6. Aktuelle Änderungen des rechtlichen Rahmens	5
2.6.1. Änderungen des Hamburgischen Krankenhausgesetzes	5
2.6.2. Änderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz	5
3. Planungsgrundsätze	7
3.1. Festlegung der Ziele des Krankenhausplans	7
3.2. Bedarfsanalyse	7
3.3. Krankenhausanalyse	7
3.4. Auswahlentscheidung	7
3.4.1. Erste Entscheidungsstufe: Auswahl der geeigneten Krankenhäuser	8
3.4.2. Zweite Entscheidungsstufe: Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern	9
3.5. Feststellungsbescheid	9
3.6. Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern	9
4. Umsetzung des Krankenhausplans 2015 sowie Ausgangslage Krankenhausplan 2020	10
4.1. Umsetzung des Krankenhausplans 2015	10
4.2. Ausgewählte Schwerpunkte aus der Umsetzung des Krankenhausplans 2015	11
4.2.1. Psychiatrische Fachgebiete	11
4.2.2. Geriatrie: Umsetzung Krankenhausplan 2015 und Zukunftsforum Altersmedizin	12
4.2.3. Erhebung der BGV zur Struktur- und Prozessqualität der Hamburger Geriatrien	14
4.2.4. Frührehabilitation	15
4.3. Ausgangslage und Rahmenbedingungen des Krankenhausplans 2020 in Hamburg	16
4.3.1. Voll- und teilstationäre Angebote in den Hamburger Krankenhäusern	16
4.3.2. Privatkliniken gemäß § 30 Gewerbeordnung außerhalb des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg	18
4.3.3. Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V (alt) bzw. an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V	19
4.3.4. Geburtshilfliche Versorgung	19
4.3.5. Not- und Unfallversorgung	21
4.3.6. Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt	23
4.3.7. Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall	24
5. Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser	25
5.1. Inanspruchnahme der vollstationären Kapazitäten	25
5.1.1. Belegungsentwicklung vollstationär insgesamt	25
5.1.2. Belegungsentwicklung vollstationär somatische Fachgebiete	26
5.1.3. Belegungsentwicklung vollstationär psychiatrische Fachgebiete	30
5.1.4. Umlandversorgung	32
5.2. Inanspruchnahme der teilstationären Kapazitäten	34
5.2.1. Belegungsentwicklung teilstationär somatische Fachgebiete	34
5.2.2. Belegungsentwicklung teilstationär psychiatrische Fachgebiete	36

6.	Bevölkerungsentwicklung und Krankenhausinanspruchnahme im Bundesvergleich.....	39
6.1.	Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsstruktur Hamburg und die Metropolregion im Bundesvergleich	39
6.2.	Krankenhausinanspruchnahme im Bundesvergleich	44
7.	Planungsprozess, Verfahren und Methoden zur Bedarfsfestlegung und -abschätzung	48
7.1.	Grundelemente des Planungsprozesses	48
7.1.1.	Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung: AG Datengrundlagen, Basis-AG, AG Psychiatrie	48
7.1.2.	Strukturgespräche mit Plankrankenhäusern und Antragstellern.....	50
7.1.3.	Fachgespräche zu somatischen Fachgebieten	50
7.2.	Methoden und Vereinbarungen	51
7.2.1.	Datenbasis und Fachgebiete	51
7.2.2.	Methode zur Bedarfsberechnung: Planbetten zum 01.01.2016	51
7.2.3.	Der Normauslastungsgrad als Basis für die Planbettenberechnung	51
7.2.4.	Methode zur Bedarfsabschätzung: Prognose der Planbetten 2020	52
7.3.	Das Planungsverfahren im zeitlichen Ablauf	54
8.	Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan 2020	55
8.1.	Bestätigung über die Einhaltung der Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg	55
8.2.	Qualitätsvorgaben für qualitätssensible Bereiche.....	55
8.3.	Qualitätsvorgaben zu medizinischen Schwerpunkten	56
8.4.	Patientensicherheit	57
9.	Planungsschwerpunkte des Krankenhausplans 2020	58
9.1.	Schwerpunkte in den Fachgebieten	58
9.1.1.	Schwerpunkte in der Somatik: Moderate Anpassung und Ausbau der Geriatrie	59
9.1.2.	Schwerpunkte in den psychiatrischen Fachgebieten (Ausblick Psychiatrie).....	59
9.1.3.	Diskussion und Erörterung: Gemeinsame planerische Ausweisung Psychiatrie und Psychosomatik	60
9.2.	Ausgewählte Schwerpunkte unter besonderer Berücksichtigung von Qualitätsaspekten	61
9.2.1.	Ausbau der Altersmedizin in Hamburg	61
9.2.2.	Künftige Tendenzen der Not- und Unfallversorgung	62
9.2.3.	Gutachten zur Identifizierung geeigneter Qualitätsvorgaben	62
10.	Anträge der Krankenhäuser zum Krankenhausplan 2020	63
11.	Voll- und teilstationäre Kapazitäten zum 01.01.2016 Maßgaben für Kapazitätsentwicklung und Entscheidung über die Anträge	64
11.1.	Somatische Fachgebiete – vollstationäre Versorgung	64
11.2.	Somatische Fachgebiete – teilstationäre Versorgung.....	65
11.3.	Psychiatrische Fachgebiete – voll- und teilstationäre Versorgung.....	66
11.3.1	Psychiatrie und Psychotherapie - Voll- und teilstationäre Versorgung	66
11.3.2	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Voll- und teilstationäre Versorgung.....	67
11.3.3	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie - Voll- und teilstationäre Versorgung.....	67
11.4.	Somatische und psychiatrische Fachgebiete Zusammenfassung: Kapazitäten zum 01.01.2016 - Voll- und teilstationäre Versorgung	68

12. Planbetten-Prognose zum 31.12.2020	70
12.1. Rechnerische Status-Quo-Prognose.....	70
12.2. Korrekturfaktor Verweildauer.....	70
13. Kapazitätsfestlegungen und Eckpunkte im Krankenhausplan 2020	
Zusammenfassung und Ausblick	72
13.1. Kapazitätsfestlegungen und Eckpunkte - vollstationär	72
13.2. Kapazitätsfestlegungen und Eckpunkte - teilstationär	72
13.3. Fortschreibungen bzw. Anpassungen des Krankenhausplans 2020 sowie Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes	73
14. Investitionsplanung	74
14.1. Grundsätze der Förderung	74
14.2. Strukturinvestitionen.....	74
14.3. Barrierefreiheit in Hamburger Krankenhäusern	75

Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Verzeichnis der Anlagen.....	VI
Verzeichnis der Anhänge	VII

Tabellenverzeichnis	Seite
Tabelle 1: Zeitplan über die geplanten Änderungen bundesrechtlicher Vorschriften durch das KHSG	6
Tabelle 2: Geriatrische Kapazitäten in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 Hier: Planbetten laut Feststellungsbescheid.....	12
Tabelle 3: Geriatrische Kapazitäten in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 Hier: Teilstationäre Behandlungsplätze laut Feststellungsbescheid	13
Tabelle 4: Kapazitäten in der Frührehabilitation in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 - Planbetten laut Feststellungsbescheid zum 31.12. des Jahres	15
Tabelle 5: Hamburger Krankenhäuser nach Trägerschaft und Standort – vollstationäre Versorgung Planperiode des Krankenhausplans 2015	16
Tabelle 6: Vollstationäre Betten in den Hamburger Krankenhäusern nach Trägerschaft und Standort Planperiode des Krankenhausplans 2015	17
Tabelle 7: Krankenhäuser mit teilstationärem Angebot und teilstationären Behandlungsplätzen in den Hamburger Plankrankenhäusern - Planperiode des Krankenhausplans 2015.....	18
Tabelle 8: Hamburger Geburtskliniken nach Versorgungsstufen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Stand 01.12.2015 unverändert seit 2010.....	20
Tabelle 9: Geburten in den Hamburger Geburtskliniken und dem Geburtshaus 2011 bis 2015 (1. HJ)	21
Tabelle 10: Notfallzuführungen in die Hamburger Krankenhäuser, die durch die Feuerwehr disponiert wurden	22
Tabelle 11: Inanspruchnahme der Not- und Unfallaufnahmen der Hamburger Krankenhäuser Anzahl der in den Not- und Unfallaufnahmen versorgten Patientinnen und Patienten.....	22
Tabelle 12: Fallzahlen in den Kassenärztlichen Notfallpraxen Altona und Farmsen	22
Tabelle 13: Ärztlicher Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg - jährliche Einsatzzahlen des ärztlichen Haupt- und Reservedienstes (Besuchsdienst).....	23
Tabelle 14: Inanspruchnahme der Hamburger Plankrankenhäuser insgesamt - 2010 bis 2014.....	25
Tabelle 15: Planbetten in den Hamburger Plankrankenhäusern - 2010 bis 2015.....	25
Tabelle 16: Vollstationäre Fälle in den somatischen Fachgebieten 2010 und 2014.....	26
Tabelle 17: Belegungstage in den somatischen Fachgebieten 2010 und 2014.....	27
Tabelle 18: Verweildauer in den somatischen Fachgebieten 2010 und 2014	27
Tabelle 19: Planbetten in den somatischen Fachgebieten 2010 bis 2015.....	28
Tabelle 20: Auslastung der Planbetten in den somatischen Fachgebieten 2010 und 2014.....	28
Tabelle 21: Vollstationäre Fälle in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 und 2014.....	30
Tabelle 22: Belegungstage in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 und 2014	30
Tabelle 23: Verweildauer in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 und 2014.....	30
Tabelle 24: Planbetten in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 bis 2015.....	31
Tabelle 25: Auslastung der Planbetten in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 und 2014	31
Tabelle 26: Vollstationäre Krankenhausfälle in den Hamburger Krankenhäusern nach Wohnort 2005 bis 2013.....	32
Tabelle 27: Anzahl der somatischen Tageskliniken 2010 bis 2015	34
Tabelle 28: Plätze laut Feststellungsbescheid 2010 bis 2015 - somatische Tageskliniken.....	34
Tabelle 29: Patientinnen und Patienten in den somatischen Tageskliniken 2010 und 2014.....	35
Tabelle 30: Belegungstage und Auslastung in den somatischen Tageskliniken 2010 und 2014	35
Tabelle 31: Verweildauer und Patientinnen und Patienten je Platz in den somatischen Tageskliniken 2010 und 2014.....	36
Tabelle 32: Anzahl der Tageskliniken in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 bis 2015.....	36

	Seite
Tabelle 33: Plätze laut Feststellungsbescheid 2010 bis 2015 – Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete	36
Tabelle 34: Patientinnen und Patienten in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 und 2014	37
Tabelle 35: Belegungstage und Auslastung in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 und 2014	38
Tabelle 36: Verweildauer und Patientinnen und Patienten je Platz in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 und 2014	38
Tabelle 37: Planungseinheiten für den Krankenhausplan (Fachgebiete und Schwerpunkte)	51
Tabelle 38: Normauslastung als Basis für die Planbettenberechnung	52
Tabelle 39: Betten-Soll 01.01.2016 – Somatische Fachgebiete	65
Tabelle 40: Betten-Soll 01.01.2016 – Psychiatrische Fachgebiete	68
Tabelle 41: Betten-Soll 01.01.2016 – Somatische und psychiatrische Fachgebiete zusammengefasst	68
Tabelle 42: Tagesklinische Behandlungsplätze 01.01.2016 – Somatische und psychiatrische Fachgebiete zusammengefasst	69
Tabelle 43: Betten-Soll 31.12.2020 (Prognose 2020) - Somatische und psychiatrische Fachgebiete	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenhausfälle und Belegungstage in den Hamburger Plankrankenhäusern	25
Abbildung 2: Verweildauerentwicklung seit 2000 - somatische Fachgebiete ohne Geriatrie	29
Abbildung 3: Verweildauerentwicklung seit 2000 - psychiatrische Fachgebiete und Geriatrie	31
Abbildung 4: Anteil der auswärtigen Krankenhausfälle in den Hamburger Krankenhäusern nach Fachgebieten im Jahr 2013	33
Abbildung 5: Anteil der auswärtigen Krankenhausfälle in den Hamburger Krankenhäusern nach Altersgruppen im Jahr 2013	33
Abbildung 6: Metropolregion Hamburg	39
Abbildung 7: Bevölkerungsentwicklung in Hamburg	40
Abbildung 8: Bevölkerungsentwicklung in der Metropolregion Hamburg	41
Abbildung 9: Altersstruktur in Hamburg, in der Metropolregion und Deutschland insgesamt Prozentuale Verteilung der Altersgruppen im Jahr 2014	42
Abbildung 10: Altersstruktur in Hamburg – Entwicklung 2011, 2014 und 2020 (Varianten) Prozentuale Verteilung der Altersgruppen	43
Abbildung 11: Altersstruktur in Hamburg – Entwicklung 2011, 2014 und 2020 (Varianten) Altersgruppen absolute Zahlen	43
Abbildung 12: Prozentuale Entwicklung der Krankenhausfälle und Belegungstage seit 2009 Hamburg im Bundesvergleich	44
Abbildung 13: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und Bettendichte seit 2011 Hamburg im Bundesvergleich	44
Abbildung 14: Entwicklung der Verweildauer seit 2009 - Hamburg im Bundesvergleich	45
Abbildung 15: Krankenhaushäufigkeit 2014 - Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern	46
Abbildung 16: Bettendichte 2014 - Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern	46
Abbildung 17: Bettenauslastung 2014 - Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern	47
Abbildung 18: Verweildauer 2014 - Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern	47

Verzeichnis der Anlagen

Anlage 1:	Geriatrueumfrage der BGV Ergänzungen zu Kapitel 4.2.3	Anlage 1, Seite 1 bis 6
Anlage 2:	Geriatrueumfrage der BGV Fragebogen	Anlage 2, Seite 1 bis 9
Anlage 3:	Altersmedizin in Hamburg und Zunahme dementieller Erkrankungen	Anlage 3, Seite 1 bis 2
Anlage 4:	Krankenhausnummern und Namen der Krankenhäuser (Übersichtskarten)	Anlage 4
Anlage 5:	Karte: Übersicht Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg Vollstationäre Versorgung	Anlage 5
Anlage 6:	Klinische Versorgungsangebote außerhalb des Krankenhausplans Nach § 30 Gewerbeordnung konzessionierte Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommen sind	Anlage 6
Anlage 7:	Notfallzuführungen in die Hamburger Krankenhäuser Krankenhausbezogene Angaben zu Tabelle 10	Anlage 7
Anlage 8:	Versorgungsstufen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen	Anlage 8
Anlage 9:	Karte: Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Hamburg Geburtshilfliche Versorgung in Hamburg	Anlage 9
Anlage 10:	Vollstationäre Fälle und Belegungstage in den somatischen Fachgebieten 2010 bis 2014	Anlage 10
Anlage 11:	Verweildauer und Auslastung in den somatischen Fachgebieten 2010 bis 2014	Anlage 11
Anlage 12:	Vollstationäre Fälle, Belegungstage, Verweildauer und Auslastung Psychiatrische Fachgebiete 2010 bis 2014	Anlage 12
Anlage 13:	Patientinnen/Patienten, Belegungstage, Verweildauer und Auslastung in den Tageskliniken der somatischen Fachgebieten 2010 bis 2014	Anlage 13
Anlage 14:	Patientinnen/Patienten, Belegungstage, Verweildauer und Auslastung in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 bis 2014	Anlage 14
Anlage 15:	Methode und Verfahren: Normauslastungsgrad und Prognoserechnung	Anlage 15, Seite 1 bis 3
Anlage 16:	Unterlagen zum Nachweisverfahren gemäß § 15a Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 2, 5 HmbKHG (Anschreiben und Anlagen)	Anlage 16, Seite 1 bis 17
Anlage 17:	Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung – Psychiatrie Kartendarstellung, aktueller Stand	Anlage 17
Anlage 18:	Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung – Kinder- und Jugendpsychiatrie Kartendarstellung, aktueller Stand	Anlage 18
Anlage 19:	Anträge zum Krankenhausplan 2020	Anlage 19, Seite 1 bis 11
Anlage 20:	Planbettenbedarf zum 01.01.2016 – Sondertatbestände 1, 2 und 3	Anlage 20
Anlage 21:	Planbettenbedarf zum 01.01.2016 – Zusätzliche Angebote	Anlage 21
Anlage 22:	Planbettenbedarf zum 01.01.2016 – Nach dem 31.12.2014 bewilligte Betten	Anlage 22
Anlage 23:	Planbettenbedarf zum 01.01.2016 – Alle Krankenhäuser	Anlage 23
Anlage 24:	Teilstationäre Behandlungsplätze zum 01.01.2016 – Alle Krankenhäuser und Fachgebiete	Anlage 24, Seite 1 bis 2
Anlage 25:	Karte: Psychiatrische Tageskliniken	Anlage 25
Anlage 26:	Karte: Psychosomatische Tageskliniken	Anlage 26
Anlage 27:	Karte: Kinder- und Jugendpsychiatrische Tageskliniken	Anlage 27
Anlage 28:	Karte: Geriatrische Tageskliniken	Anlage 28
Anlage 29:	Abkürzungen	Anlage 29

Verzeichnis der Anhänge

Anhang 1	Übersicht über die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser und deren Gesamtkapazitäten (vollstationäre Betten und teilstationäre Behandlungsplätze).....	Anhang ... 1 -1
Anhang 2	Einzelblätter der Krankenhäuser	
	Anfang	Anhang ...2 -1
	Ende	Anhang ..2 -76
Anhang 3	Übersicht über die stationären und teilstationären Versorgungsangebote in den einzelnen Fachgebieten.....	Anhang ...3 -1
Anhang 4	Einzelblätter der Fachgebiete.....	Anhang ...4 -1
	Anfang	Anhang ...4 -1
	Ende	Anhang ..4 -18
Anhang 5-1	Vollstationäre Kapazitäten der Krankenhäuser nach Fachgebieten Stand 01.01.2016	Anhang ...5 -1
Anhang 5-2	Teilstationäre Kapazitäten der Krankenhäuser nach Fachgebieten Stand 01.01.2016	Anhang ...5 -2
Anhang 6	Ausbildungsplätze gemäß § 2 Nr. 1a KHG Stand, 01.01.2016.....	Anhang ...6 -1



1. Rahmenbedingungen und Ziele

Steigende Fallzahlen, weiterer Rückgang der Verweildauer

Weiter steigende Fallzahlen und ein weiterer Rückgang der Verweildauer haben die zurückliegende Planperiode des Krankenhausplans 2015 seit seinem Inkrafttreten zum 1. Januar 2011 geprägt. Diese in den einzelnen Fachgebieten zum Teil sehr unterschiedliche Dynamik wurde in zwei Zwischenfortschreibungen des Krankenhausplans 2015 überprüft und mit entsprechenden Kapazitätsanpassungen umgesetzt:

- Zwischenfortschreibung 2011 für die psychiatrischen Fachgebiete
- Zwischenfortschreibung 2012 für alle Fachgebiete

Insgesamt wurden die Planbetten in den Hamburger Plankrankenhäusern im Verlaufe der letzten Planperiode seit dem 01.01.2011 um 471 Betten auf 11.815 erhöht, womit die für den Krankenhausplan 2015 zum Ende der Planperiode rechnerisch ermittelte Planbettenzahl (Prognose) von 11.811 Betten nahezu übereinstimmend abgebildet wurde.

Diese Kapazitätserweiterungen erfolgten neben einem umfangreichen Ausbau der Frührehabilitation insbesondere in der Geriatrie, in der Neurochirurgie und in der Urologie. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie konnte mit der Einrichtung von vier Zentren für Seelische Gesundheit der Asklepios Kliniken Nord, Harburg und Westklinikum in den Stadtteilen Horn, Steilshoop, Neugraben und Osdorf ein erheblicher Ausbau der wohnortnahen teilstationären psychiatrischen Kapazitäten geschaffen werden.

Veränderungen der Krankenhauslandschaft

Seit Verabschiedung des Krankenhausplans 2015 wurden drei Krankenhäuser neu in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt aufgenommen: das Krankenhaus Jerusalem mit dem Schwerpunkt Mammachirurgie, die Psychosomatische Tagesklinik des Verhaltenstherapiezentrum Falkenried und die Klinik Fleetinsel mit dem Schwerpunkt Operationen am Bewegungsapparat.

Als Krankenhausneubauten wurden das Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, die Psychiatrische Klinik Wandsbek der Asklepios Klinik Nord und die Helios Mariahilf Klinik Hamburg eröffnet. In einer Reihe von Krankenhäusern konnten umfassende bauliche Neustrukturierungen fertiggestellt und in Betrieb genommen werden: Schön Klinik Hamburg Eilbek, Albertinen-Krankenhaus, Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus, Asklepios Klinikum Harburg. Ende 2014 wurde die Asklepios Klinik Eimsbüttel-CardioCliniC an den Standort des Asklepios Klinikums Harburg verlagert und zum Ende des Jahres 2015 in das Asklepios Klinikum Harburg eingegliedert und ist somit kein eigenständiges Krankenhaus mehr.

Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Der Hamburger Gesetzgeber hat zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung in den Krankenhäusern mit Wirkung zum 31. Dezember 2014 Änderungen des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbKHG) beschlossen, die maßgeblichen Einfluss auf die Aufstellung des Krankenhausplans 2020 hatten. Wie gut ein Krankenhaus seine Patientinnen und Patienten versorgt, soll nach dem novellierten HmbKHG eine zentrale Rolle in der Krankenhausplanung spielen. Die Versorgungsqualität soll weiter verbessert, Qualitätsunterschiede der Hamburger Krankenhäuser transparent gemacht und so die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Mit der Aufstellung des Krankenhausplan 2020 ist die Aufnahme in den Krankenhausplan von der Einhaltung gesetzlich geregelter, qualitätssichernder Vorgaben abhängig, z. B. muss die ärztliche Versorgung im Facharztstandard fachgebietsbezogen nachgewiesen werden. Zudem besteht nunmehr eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die Festlegung ergänzender Qualitätsanforderungen für qualitätssensible Bereiche. Weitere Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen folgen aus dem am 1. Januar 2016 in Kraft tretenden Krankenhausstrukturgesetz¹ (KHSG); auch bei den Änderungen des KHSG ist die Qualität der Versorgung ein Schwerpunkt.

¹ Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde am 05.11.2015 vom Bundestag beschlossen und am 27.11.2015 vom Bundesrat angenommen (vgl. BT-Drs. 518/15).

Krankenhausplan 2020: Bedarfsgerechte Anpassung, spezielle Versorgungsangebote, Stärkung der Geriatrie

Im Krankenhausplan 2020 wird es weiter eine bedarfsgerechte Anpassung der Betten und Plätze geben (mehr als 500 Betten und Plätze bis zum Ende der Planperiode 31.12.2020). Vor dem Hintergrund der von § 1 HmbKHG vorgegebenen Ziele der patienten- und bedarfsgerechten sowie qualitätsorientierten Versorgung der Bevölkerung ist ein Ziel des Krankenhausplans 2020 die Ausweisung neuer Betten und Plätze insbesondere von speziellen Versorgungsangeboten in der Kinderheilkunde, Schlaganfallversorgung, Schmerztherapie und Geriatrie/Altersmedizin bei gleichzeitiger punktueller Rückführung von nicht mehr bedarfsnotwendigen Angeboten in der Chirurgie und Inneren Medizin.

Die dynamische Entwicklung des Gesundheitssystems, die Unsicherheit über Schnelligkeit und Richtung des medizinischen Fortschritts, die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Hamburg und in der Metropolregion sowie nicht zuletzt der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander um die beste Qualität der Versorgung machen es erforderlich, den Krankenhausplan 2020 nicht als starre Festschreibung, sondern als Fixpunkt in einem insgesamt weiterhin dynamischen Prozess zu begreifen.

Um eine möglichst hohe Flexibilität zu ermöglichen und damit die Krankenhäuser auch kurzfristig auf Verschiebungen der Leistungsnachfrage reagieren können, kann auch im Rahmen des Krankenhausplans 2020 weiterhin die Bettenzahl in den einzelnen somatischen Fachgebieten der Krankenhäuser unter Einhaltung der Gesamtbettenzahl um bis zu 10 v. H. abweichen.

Krankenhausplan 2020: Förderung der Qualität

Ein weiteres wichtiges Ziel des Krankenhausplans 2020 ist die weitergehende Festlegung von neuen Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan auf Grundlage des 2014 novellierten HmbKHG. Diese ergänzen die Qualitätsvorgaben, die bereits Bestandteil des Krankenhausplans 2015 waren (z.B. Schlaganfallversorgung/ Stroke Units, Versorgung des akuten Herzinfarkts, Versorgungsstruktur Geburtshilfe/ Neonatologie). Zu den neuen Qualitätsvorgaben hat der Landesausschuss eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die ein Prüfschema für Strukturvorgaben für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche entwickelt hat. Die Förderung der Qualität wird sehr wahrscheinlich Anpassungen des Krankenhausplans 2020 während seiner Laufzeit erforderlich machen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist das am 1. Januar 2016 in Kraft tretende KHSG.

Die Bedeutung der Hamburger Krankenhäuser für die Metropolregion Hamburg

Die Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser durch Patientinnen und Patienten aus dem Hamburger Umland ist in den vergangenen Jahren weiter gestiegen und liegt jetzt bei rd. 28 %. Dies gilt sowohl für die somatischen als auch für die psychiatrischen Fachgebiete.

An Umfang und Bedeutung gewonnen hat auch die Inanspruchnahme der Hamburger Notfallkrankenhäuser durch Patientinnen und Patienten insbesondere aus dem südlichen Schleswig-Holstein. Auch in der Geburtshilfe ist die Inanspruchnahme der Hamburger Geburtshilfen durch Frauen aus dem Hamburger Umland erheblich gestiegen und liegt aktuell bei über 4.000 Geburten pro Jahr. Rund 18 % der schleswig-holsteinischen Krankenhausfälle werden lt. Statistikamt Nord in Hamburger Krankenhäusern versorgt.

Gesundheitswirtschaft und überregionale Bedeutung des Gesundheits- und Medizinstandorts Hamburg

Über die Versorgung der Hamburger Bevölkerung und der unmittelbaren Umlandbevölkerung hinaus haben die Hamburger Gesundheitsanbieter sich immer auch in der Verantwortung gesehen, herausragende Leistungen von überregionaler Bedeutung zu entwickeln und damit den Gesundheitsstandort Hamburg national und international im Rahmen der Metropolenfunktion zu fördern. Dies gilt für zahlreiche Bereiche des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ebenso wie für überregional bedeutsame Angebote kleinerer und mittlerer Krankenhäuser wie z.B. die Spezialversorgung behinderter oder chronisch kranker Kinder durch das Altonaer Kinderkrankenhaus oder das Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift sowie die Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit schweren Behinderungen durch das Ev. Krankenhaus Alsterdorf.

2. Rechtlicher Rahmen

2.1. Einleitung

Aus dem grundgesetzlich verankerten Sozialstaatsprinzip erwächst eine Pflicht des Staates, im Rahmen der Daseinsvorsorge für seine Bürgerinnen und Bürger u. a. die Vorhaltung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser sicherzustellen. Die Krankenhausfinanzierung ist nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Der Bundesgesetzgeber hat in Umsetzung seiner danach bestehenden Zuständigkeit das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) vom 29.06.1972, BGBl. I S. 1009, in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991, BGBl. I S. 886, zuletzt geändert durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014, BGBl. I S. 1133, [anzupassen, wenn das Krankenhausstrukturgesetz - KHS – verkündet ist] erlassen. Weitere Gesetzesgrundlage für die Krankenhaus- und Investitionsplanung der FHH ist das Hamburgische Krankenhausgesetz (HmbKHG) vom 17.10.1991, HmbGVBl. S. 127, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. Dezember 2014, HmbGVBl. S. 552.

2.2. Krankenhausplanung

Nach § 6 KHG sind die Länder verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen. Gesetzliche Vorgaben für das Verfahren zur Aufstellung von Krankenhausplänen obliegen dagegen der Kompetenz der Länder. In Hamburg hat der Gesetzgeber in § 15 HmbKHG geregelt, welche Inhalte der Krankenhausplan aufweisen soll. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) als zuständige Landesbehörde stellt den Krankenhausplan der FHH auf. Der Krankenhausplan ist das Steuerungsinstrument für die Auswahl bedarfsgerechter Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung, insbesondere nach Standort, vollstationäre Betten und teilstationäre Behandlungsplätze, Bettenzahl, Fachgebiet, Versorgungsauftrag und Trägerschaft (§ 15 Abs. 4 Satz 1 HmbKHG).

2.3. Krankenhausfinanzierung

Krankenhäuser werden wirtschaftlich gesichert durch eine Investitionskostenförderung der öffentlichen Hand und eine Betriebskostenfinanzierung mittels leistungsgerechter Erlöse nach dem KHG bzw. der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung) vom 26.09.1994, BGBl. I S. 2750, zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Juli 2010, BGBl. I S. 983/986 und dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) vom 23. April 2002, BGBl. I S. 1412/1422, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) [anzupassen, wenn das KHS verkündet ist] (sog. "Duale Finanzierung").

Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erfolgt die Zulassung dieses Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe §§ 108 Abs. 1 und 39 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015, BGBl. I S. 1722 [anzupassen, wenn das KHS verkündet ist]). Die leistungsrechtliche Zulassung und die Krankenhausplanung des Landes stehen somit in einem engen Zusammenhang. Gesetzliche Krankenkassen dürfen für ihre Mitglieder Krankenhausbehandlungen nur durch im Sinne des § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen.

Im 2. Abschnitt des KHG sind unter der Überschrift "Grundsätze der Investitionsförderung" die Voraussetzungen geregelt, unter denen ein im Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus (vgl. § 8 Abs. 1 KHG) Fördermittel des Landes zur Deckung von Investitionskosten erhält.

Ziel des Krankenhausplans ist der bedarfsgerechte und wirtschaftliche Einsatz der insgesamt begrenzten Mittel sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung als auch des Haushaltes der FHH.

2.4. Investitionsplanung

Der Krankenhausplan enthält keine Darstellung der Finanzierung einzelner baulicher Krankenhausinvestitionen. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist daher keine Aussage verbunden, ob und zu welchem Zeitpunkt durch die FHH konkrete Förderleistungen gewährt werden. Hierzu erstellt die BGV gemäß § 16 HmbKHG auf Grundlage des Krankenhausplans und des Haushaltsplans nach Abstimmung mit den unmittelbar Beteiligten (Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V., Krankenkassen-Verbände in Hamburg; vgl. §§ 17, 18 HmbKHG) jährliche Investitionsprogramme. Das Investitionsprogramm weist die neu zu fördernden einzelnen Investitionsmaßnahmen mit ihrer voraussichtlichen Gesamtförderungssumme und den Gesamtbetrag der Fördermittel für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und für kleine Baumaßnahmen aus. Darüber hinaus werden die in den Folgejahren in der mittelfristigen Finanzplanung vorgesehene Finanzplanraten für Krankenhausinvestitionen und die Investitionsmittel für das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Investitionsprogramm ausgewiesen. Bei der Aufstellung des Investitionsprogramms werden die Bedarfsnotwendigkeit und die Folgekosten der vorgesehenen Investitionen berücksichtigt.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz erteilte der Gesetzgeber im Jahr 2009 dem GKV-Spitzenverband (GKV) und dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) den Entwicklungsauftrag zu einer Reform der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser. Zielsetzung war gemäß § 10 KHG die Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen. Anfang 2010 einigte sich die Selbstverwaltung auf die Grundstrukturen zur Entwicklung einer Investitionsförderung durch leistungsorientierte Pauschalen. Sie haben das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, die Grundlagen für die Entwicklung und Kalkulation von bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen auszuarbeiten. Das InEK hat für den DRG-Vergütungsbereich einen Katalog mit Investitionsbewertungsrelationen erarbeitet, der jährlich weiterentwickelt wird. Eine Verpflichtung der Länder zur Umstellung Ihrer Investitionsförderung auf eine ausschließlich pauschale Förderung sieht das KHG jedoch nicht vor.

2.5. Qualitätssicherung

Die Leistungen eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses müssen dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Entsprechend sind die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (§ 135a Abs. 1 SGB V).

Die systematische und umfassende Analyse der Qualität der erbrachten Leistungen sowie die Einleitung gezielter Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität hat in den Krankenhäusern durch die Einrichtung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu erfolgen. Dieses soll die Qualität der erbrachten Leistung in den Mittelpunkt der Bemühungen des gesamten Klinikpersonals stellen und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zuweisenden Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d SGB V zu beteiligen (§ 135a Abs. 2 SGB V). Die Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtung von zugelassenen Krankenhäusern zur Qualitätssicherung bildet eine Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan.

2.6. Aktuelle Änderungen des rechtlichen Rahmens

Die zuvor umrissenen Grundzüge der Krankenhausplanung haben durch Gesetzesänderungen auf Landes- und Bundesebene erhebliche Änderungen erfahren.

2.6.1. Änderungen des Hamburgischen Krankenhausgesetzes

Der Hamburger Gesetzgeber hat mit Wirkung zum 31. Dezember 2014 u.a. folgenden Änderungen des HmbKHG beschlossen:

Die Vorgaben für die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern (§ 6b HmbKHG) wurden dahingehend erweitert, dass

- für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche der stationären Versorgung die Möglichkeit geschaffen wurde, im Einvernehmen zwischen der zuständigen Behörde und den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten oder bei fehlendem Einvernehmen im Wege einer Rechtsverordnung des Senats ergänzende Qualitätsanforderungen festzulegen,
- der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg ermächtigt ist, durch Rechtsverordnung Vorgaben für die Veröffentlichung von Ergebnissen für Qualitätsindikatoren zu beschreiben und
- die Krankenhäuser verpflichtet sind, Qualitätsbeauftragte zu bestellen sowie der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen, wenn bei der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V das Ergebnis für einen Qualitätsindikator nach Abschluss des Strukturierten Dialogs auffällig geblieben ist.

Ferner ist die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan gemäß § 15a HmbKHG nunmehr von der Einhaltung gesetzlich geregelter, qualitätssichernder Mindestanforderungen abhängig (vgl. die Ausführungen zum Nachweisverfahren in Abschnitt 8.1).

2.6.2. Änderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz

Im November 2015 hat der Bundestag das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) beschlossen², dessen Vorschriften ganz überwiegend am 1. Januar 2016 in Kraft treten. Folgende Änderungen bundesrechtlicher Vorschriften werden in der Krankenhausplanung der kommenden Jahre zu berücksichtigen sein:

- Das vom KHG vorgegebene Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozialtragbaren Pflegesätzen wurde um das Ziel einer **qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung** erweitert (§ 1 Abs. 1 KHG).
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Auftrag erhalten, **Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** zu beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind (§ 136c Abs. 1 SGB V). Diese planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden Bestandteil des Krankenhausplans, soweit nicht durch Landesrecht die Geltung ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt wurde (§ 6 Abs. 1a KHG). Erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren soll der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 beschließen. Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maße unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden bzw. sind ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Für bereits in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser können auch Qualitätsabschläge nach dem neu gefassten § 5 Abs. 3 KHEntG eine teilweise Planherausnahme zur Folge haben (§ 8 Abs. 1a, 1b KHG).

² Vom Bundesrat angenommen am 27.11.2015, vgl. auch Fußnote 1, Seite 1,

- Der G-BA hat bis zum 31. Dezember 2016 ein **gestuftes System von Notfallstrukturen** in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu beschließen (§ 136c Abs. 4 SGB V). Die Selbstverwaltung soll bis zum 30. Juni 2017 auf Grundlage der vom G-BA zu beschließenden Vorgaben eine Vereinbarung zur näheren Ausgestaltung und Höhe von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung treffen (§ 9 Abs. 1a Nr. 5. KHEntgG).
- Krankenhausvergütungsrechtliche **Zuschläge für besondere Aufgaben eines Zentrums** (§ 5 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG) sind grundsätzlich davon abhängig, dass die besonderen Aufgaben im Krankenhausplan ausgewiesen oder im Einzelfall durch die zuständige Behörde festgelegt wurden (§ 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG). Die Selbstverwaltung soll bis zum 31. März 2016 die besonderen Aufgaben konkretisieren. Besondere Aufgaben können sich insbesondere ergeben aus einer überörtlichen und krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen (§ 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG). Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Zentrumszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden (§ 5 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG).

Nachstehend findet sich eine Übersicht über den Zeitplan der geplanten Änderungen bundesrechtlicher Vorschriften durch das KHSG mit Auswirkung auf die Krankenhausplanung.

Tabelle 1: Zeitplan über die geplanten Änderungen bundesrechtlicher Vorschriften durch das KHSG

Regelung/ Inhalt	Zeitpunkt
Qualitätsvorgaben sind Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan Wer bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA oder Qualitätsvorgaben der Länder „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ aufweist, darf insoweit nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden bzw. ist aus dem Krankenhausplan insoweit herauszunehmen, (§ 8 Abs. 1a bis 1c neu KHG).	01. Januar 2016
Vereinbarung der Selbstverwaltung zu den besonderen Aufgaben von Zentren Vereinbarung der Selbstverwaltung zur Konkretisierung der „besonderen Aufgaben“ von Zentren (neuer Zentrumsbegriff), (§ 9 Abs. 1a Nr. 2 neu KHEntgG).	31. März 2016
MDK-Kontrollen von Qualitätsvorgaben Der MDK führt im Auftrag einer laut G-BA-Beschluss befugten Stelle oder eines Landes Kontrollen zu Einhaltung von Qualitätsanforderungen durch und zwar bezogen auf <ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c SGB V • Richtigkeit der Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung • Qualitätsanforderungen der Länder (§ 275a neu SGB V).	31. Oktober 2016
G-BA-Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren G-BA-Auftrag, Beschluss zu Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu fassen (§ 136c Abs. 1 neu SGB V).	31. Dezember 2016
Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren im Krankenhausplan Zentrumszuschläge dürfen die Krankenkassen nur noch gewähren, wenn besondere Aufgaben eines Zentrums im Krankenhausplan oder in einem Bescheid der zuständigen Behörde ausgewiesen sind (§ 2 Abs. 2 Satz 4 neu KHG i.V.m. § 5 Abs. 3 neu KHEntgG).	31. Dezember 2016 Bestandsschutz für Zuschläge nach altem Recht bis zum 31.12.2017
Gestuftes System der Notfallversorgung Vereinbarung der Selbstverwaltung zur näheren Ausgestaltung und Höhe von Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung auf Grundlage der bis zum 31. Dez. 2016 vom G-BA zu beschließenden Vorgaben (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 neu KHEntgG i.V.m. § 136c Abs. 4 neu SGB V).	30. Juni 2017

3. Planungsgrundsätze

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

3.1. Festlegung der Ziele des Krankenhausplans

Nach den Vorgaben der Rechtsprechung sind in einer Krankenhauszielplanung die Ziele festzulegen, welche das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt und an denen die zuständige Landesbehörde sich bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern zu orientieren hat. Die Planaufstellungsbehörde hat bei der Festlegung der Ziele einen Gestaltungsspielraum, der allerdings durch die Vorschriften des KHG begrenzt wird. Sie ist verpflichtet, ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter, leistungsfähiger und wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser festzulegen; dabei hat sie nach § 1 Abs. 2 KHG die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Mit der Krankenhauszielplanung soll erreicht werden, „dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden“.

3.2. Bedarfsanalyse

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

3.3. Krankenhausanalyse

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

3.4. Auswahlentscheidung

Auf der Grundlage der im Krankenhausplan bezeichneten Ziele der Krankenhausplanung des Landes sowie der Bedarfs- und der Krankenhausanalyse ist eine Versorgungsentscheidung zu treffen. Durch sie wird festgelegt, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf versorgt werden soll. Durch diese Festlegungen wird die für den Erlass der Feststellungsbescheide zuständige Behörde angewiesen, entsprechende Feststellungsbescheide zu erlassen. In Hamburg ist sowohl für die Aufstellung des Krankenhausplans als auch für den Erlass der Feststellungsbescheide die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) zuständig.

Im Rahmen der Versorgungsentscheidung ist § 8 Abs. 2 KHG zu beachten, wonach kein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht, sondern die Landesbehörde bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern "nach pflichtgemäßen Ermessen" abzuwägen hat, welches der betroffenen Krankenhäuser "den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes" am besten gerecht wird.

Dies führt nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. BVerwG, Beschluss vom 12.02.2007 - 3 B 77.06 – juris) zu einer nach **zwei Stufen** differenzierten Entscheidungsfindung. Auf der ersten Stufe kommt es ausgehend von § 1 Abs. 1 KHG darauf an, welche vorhandenen Krankenhäuser für eine bedarfsge-

rechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen geeignet sind. Sollte die Zahl der Betten, welche in den geeigneten Krankenhäusern vorhanden sind, die Zahl der für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten nicht übersteigen, so besteht keine Notwendigkeit, zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern auszuwählen. Soweit dagegen die Zahl der in diesen Krankenhäusern vorhandenen Betten höher ist als die Zahl der benötigten Betten, muss auf der zweiten Entscheidungsstufe eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern getroffen werden. Daraus ergibt sich eine Prüfungsfolge.

3.4.1. Erste Entscheidungsstufe: Auswahl der geeigneten Krankenhäuser

Für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan der FHH wählt die BGV zunächst die grundsätzlich geeigneten Krankenhäuser aus. Dazu muss das Krankenhaus bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig sein und die Gewähr für die Einhaltung der für den Betrieb eines Krankenhauses geltenden Vorschriften bieten (§ 15 Abs. 4a HmbKHG).

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

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

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

Ab dem 1. Januar 2016 folgt zudem aus der in § 1 Abs. 1 KHG vorausgesetzten „hochwertigen Qualität“ der Versorgung, dass die Krankenhäuser ein Mindestmaß an Qualität gewährleisten müssen. Maßgeblich sind hierfür insbesondere die vom G-BA zu entwickelnden planungsrelevanten Indikatoren und die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.

Ferner muss der Träger des Krankenhauses für jedes Fachgebiet sowie etwaige Schwerpunkte als **besondere Aufnahmevoraussetzungen** nachweisen, dass

- eine dauerhafte bedarfsgerechte Versorgung sowie eine dem Leistungsspektrum des Krankenhauses entsprechende Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft gesichert ist,
- die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Fachgebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt gewährleistet ist,
- die Leitung des Fachgebiets und deren Vertretung eine für das jeweilige Fachgebiet relevante Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen haben,
- die ärztliche Versorgung im Facharztstandard gewährleistet ist und
- die Einhaltung weiterer im Gesetze benannter Bestimmungen des HmbKHG gesichert ist (§ 15a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 HmbKHG) (vgl. die Ausführungen zum Nachweisverfahren in Abschnitt 8.1).

Der Nachweis der Erfüllung der Aufnahmevoraussetzungen erfolgt durch ein den Krankenhausträgern vorgegebenes Bestätigungsschreiben. Die Krankenhäuser sind zudem verpflichtet, Änderungen bezüglich der Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan unverzüglich der zuständigen Behörde mitzuteilen. Dies gilt auch für Abweichungen vom Versorgungsauftrag.

3.4.2. Zweite Entscheidungsstufe: Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern

Ist die Zahl der Betten in den geeigneten Krankenhäusern höher als die Zahl der benötigten Betten, kommt es nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG darauf an, welches Krankenhaus "unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger" den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Ab dem 1. Januar 2016 kommen hier auch die neu in § 1 Abs. 1 KHG aufgenommenen Ziele der qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung zum Tragen.

§ 1 Abs. 2 KHG bestimmt zudem, dass die **Vielfalt der Krankenhausträger** zu beachten ist. Nach dieser Norm hat die zuständige Behörde innerhalb des jeweiligen Versorgungsgebiets bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern neben den öffentlichen auch freigemeinnützige und private Krankenhausträger angemessen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass sie im Einzelfall auch gehalten sein kann, einem weniger leistungsfähigen privaten Krankenhausträger den Vorzug vor einem leistungsfähigeren öffentlichen Krankenhausträger zu geben. Beurteilungsmaßstab hierfür ist, in welchem Verhältnis zueinander im jeweiligen Versorgungsgebiet öffentliche Krankenhäuser, freigemeinnützige Krankenhäuser und private Krankenhäuser in den Krankenhausplan des Landes (unterschieden nach Fachrichtungen) aufgenommen sind. Bei der auf dieser Grundlage zu treffenden Entscheidung steht der Behörde ein Beurteilungsspielraum zu.

Ab dem 1. Januar 2016 ist in § 1 Abs. 2 KHG normiert, dass die Vielfalt der Krankenhausträger nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.

3.5. Feststellungsbescheid

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

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

Das Rechtsverhältnis zwischen dem Land und dem Krankenhausträger wird ausschließlich durch den Feststellungsbescheid bestimmt. Inhalte des Feststellungsbescheides können von den Festlegungen des Krankenhausplans abweichen. Dies gilt insbesondere auch für Einzelfortschreibungen im Rahmen der laufenden Anpassungen des Krankenhausplans.

3.6. Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern

§ 6 Abs. 2 KHG sieht vor, dass die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen ist, wenn ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung hat. Für den Hamburger Krankenhausplan sind das die Länder Schleswig-Holstein und Niedersachsen.

4. Umsetzung des Krankenhausplans 2015 sowie Ausgangslage Krankenhausplan 2020

4.1. Umsetzung des Krankenhausplans 2015

Der Krankenhausplan 2015 wurde während der Planperiode in zwei Zwischenfortschreibungen überprüft und in den Kapazitäten angepasst.

- **Zwischenfortschreibung 2011 für die psychiatrischen Fachgebiete** nach Abschluss des Prüfauftrages „Weiterentwicklung der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ aus dem Krankenhausplan 2010, Kapazitätsanpassungen zum **01.10.2011/01.01.2012**, siehe die weiteren Ausführungen in Kapitel 4.2.1.
- **Zwischenfortschreibung 2012 für alle Fachgebiete** auf Basis der Belegungsdaten des Jahres 2011, Kapazitätsanpassungen zum **01.01.2013**:
 - **Somatische Fachgebiete:** Aufstockung der vollstationären Kapazitäten gegenüber dem 01.01.2011 um 223 Planbetten, Erweiterung der teilstationären Behandlungsplätze um vier Plätze.
 - **Psychiatrische Fachgebiete:** Reduzierung der vollstationären Kapazitäten um vier Betten. Erweiterung der teilstationären Behandlungsplätze um 141 Plätze (siehe weiter dazu Abschnitt 4.2.1.).

Ergänzend zur Überprüfung der Inanspruchnahme (Belegungsdaten) bis zum Jahr 2011 und der eingegangenen Anträge waren in der **Zwischenfortschreibung 2012** noch die **Prüfaufträge** aus dem **Krankenhausplan 2015** zu berücksichtigen, für deren Bearbeitung Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung eingesetzt wurden. Die Arbeitsgruppen haben zum Teil umfangreiches und für spezifische Fragenstellungen zusammengetragenes Datenmaterial ausgewertet.

- **Urologische Versorgung:** Der Prüfauftrag zum Fachgebiet Urologie aus dem Krankenhausplan 2015 sollte neben der Betrachtung der allgemeinen Entwicklung dieses Fachgebietes die Auswirkungen der Umstrukturierung der Urologie in der Schön Klinik Hamburg Eilbek und die Entwicklung der „Martini-Klinik“ am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf auf Basis der Belegungsdaten 2011 einbeziehen. Die Arbeitsgruppe war zu dem Ergebnis gekommen, dass ein aktueller Handlungsbedarf für das Fachgebiet Urologie nicht besteht.
- **Strahlenheilkunde:** In Vorbereitung des Krankenhausplans 2015 war deutlich geworden, dass durch die unterschiedliche Versorgungsstruktur und Organisationsform der Strahlenheilkunde in den beiden Krankenhäusern Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Asklepios Klinik St. Georg das Leistungsgeschehen der stationären Strahlenheilkunde nicht vollständig abgebildet wird. Mit dem Prüfauftrag sollte die Versorgungsstruktur in der stationären Strahlentherapie in Hamburg bis zur Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2015 mit dem Ziel einer größeren Transparenz und ggf. nötigen Neuordnung überprüft werden. Der Strahlenheilkunde im UKE sind nur 21 Betten direkt zugeordnet, in der Fachabteilung in der Asklepios Klinik St. Georg sind es 41 Betten. Im UKE verbleiben viele Patientinnen und Patienten in anderen Fachabteilungen und werden ergänzend durch die Klinik für Strahlentherapie behandelt. Gezählt werden die Fälle dann bei der anderen Fachabteilung und nicht bei der Strahlentherapie. In der AK St. Georg sind die Fälle stets der Strahlenheilkunde zugeordnet und werden dort gezählt. Die Arbeitsgruppe war abschließend zu dem Ergebnis gekommen, dass die vorgehaltenen stationären Kapazitäten in den beiden Hamburger Krankenhäusern ausreichend sind und nur kurze Wartezeiten bestehen. Im Notfall können zeitnahe Lösungen im Sinne der Betroffenen gefunden werden.
- **Neurochirurgische Versorgung:** Anlass für den Prüfauftrag aus dem Herbst 2010 war die Vermutung, dass in nicht als Neurochirurgie ausgewiesenen Abteilungen auch „Kopfoperationen“ durchgeführt

werden (AK Harburg und Asklepios Westklinikum Hamburg). Erörtert wurde darüber hinaus insbesondere die Frage, welche Qualifikation (Facharztbezeichnung) als Voraussetzung für neurochirurgische Operationen an der Wirbelsäule zu fordern ist. Die Arbeitsgruppe war zu dem Ergebnis gekommen, dass die Wirbelsäulenchirurgie nunmehr in sehr vielen Hamburger Krankenhäusern ein etabliertes Versorgungsangebot darstellt, zugeordnet vorrangig der Neurochirurgie, aber auch der Chirurgie/Orthopädie. Dies ist aus Sicht der BGV akzeptabel, da dort qualifizierte Versorgungsangebote bestehen. Vereinbart worden war, dass die Entwicklung der Wirbelsäulenchirurgie weiter regelmäßig beobachtet werden sollte. Einvernehmen bestand darüber, dass Kopfoperationen (mit Ausnahme von Notfalloperationen) ausschließlich den ausgewiesenen Neurochirurgischen Abteilungen vorbehalten sein müssen.

- **Versorgung von Kindern in den Hamburger Krankenhäusern:** Im Vordergrund der Erörterung stand die Entwicklung der stationären Behandlungen von Kindern in Abteilungen für Erwachsene in Hamburger Krankenhäusern sowie in diesem Zusammenhang die Sicherstellung einer kindgerechten Krankenhausversorgung. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in Hamburger Abteilungen für Erwachsene behandelt werden, lag bereits in 2012 seit Jahren konstant knapp unter 16 %. Im Jahr 2003 lag dieser Anteil noch bei 26,7 % (überwiegend Hals-Nasen-Ohrenheilkunde). Aus Sicht aller Beteiligten wurde dies als sehr positive Entwicklung eingeschätzt. Die Arbeitsgruppe war zu dem Ergebnis gekommen, dass die BGV mit den beiden hiervon betroffenen Abteilungen bzw. Krankenhäusern Kontakt aufnimmt und die Räumlichkeiten besichtigt, um zu prüfen, ob trotz der fehlenden Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin eine kindgerechte Krankenhausversorgung gewährleistet ist und damit der gesetzliche Auftrag aus § 6c HmbKHG erfüllt werden kann. Die Besichtigungen der BGV haben ergeben, dass in den beiden Krankenhäusern eine kindgerechte Versorgung gewährleistet werden kann.

Weiter wurde auf die Entwicklung der Geriatrie bzw. der Altersmedizin besonderes Augenmerk gelegt (siehe die folgenden Ausführungen in Kap. 4.2.2.).

4.2. Ausgewählte Schwerpunkte aus der Umsetzung des Krankenhausplans 2015

4.2.1. Psychiatrische Fachgebiete

Mit Abschluss des Prüfauftrages „Weiterentwicklung der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ aus dem Krankenhausplan 2010 wurden in der Zwischenfortschreibung 2011 des Krankenhausplans 2015 für die Fachgebiete Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik zum 01.10.2011 bzw. 01.01.2012 folgende Kapazitätsveränderungen festgelegt:

- **Psychiatrie und Psychotherapie (Psychiatrie):** Aufstockung der vollstationären Kapazitäten gegenüber dem 01.01.2011 um 36 Planbetten; Erweiterung der teilstationären Behandlungskapazitäten um zehn Plätze durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten.
- **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik):** Aufstockung der vollstationären Kapazitäten gegenüber dem 01.01.2011 um 31 Planbetten; Erweiterung der teilstationären Behandlungsplätze um 20 Plätze (Umwidmung von Innere Medizin in Psychosomatik).
- **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Kinder- und Jugendpsychiatrie):** Aufstockung der vollstationären Kapazitäten gegenüber dem 01.01.2011 um zehn Planbetten.

Ziel des Senats im Rahmen der Krankenhausplanung ist u.a. die Optimierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen durch Schaffung wohnortnaher klinischer Behandlungsangebote. Im Rahmen der **Zwischenfortschreibung in 2012** hatten Krankenkassen und ein Krankenhausträger vereinbart, alternative, Versorgungsebenen übergreifende und leistungsorientierte Versorgungs- und Vergütungssysteme für die wohnortnahe klinische psychiatrische Versorgung zu entwickeln. Unter der Maßgabe, das Angebot

klinisch-psychiatrischer Versorgung in den Regionen auszubauen, die bei sozialräumlicher Betrachtung als unterversorgt angesehen werden mussten, sind zusätzliche tagesklinische Versorgungsangebote mit insgesamt 80 Behandlungsplätzen in sogenannten Zentren für Seelische Gesundheit der Asklepios Kliniken Nord, Harburg und dem Asklepios Westklinikum Hamburg in den Krankenhausplan 2015 aufgenommen und bis Ende 2014 in Betrieb genommen worden. Im Gegenzug erfolgte keine Anpassung der Bettenkapazitäten im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie an die Auslastung in 2011.

In den Zentren für Seelische Gesundheit sollen stationäre, teilstationäre und ambulante Maßnahmen eng verzahnt, Versorgungsformen vernetzt und lückenlose Versorgungsketten gebildet werden. Die von Krankenkassen und Krankenhausträger dazu laufenden Verhandlungen über alternative, Versorgungsebenen übergreifende und leistungsorientierte Versorgungs- und Vergütungssysteme, die künftig eine dem jeweiligen Bedarf der Patientin bzw. des Patienten entsprechend flexible Leistungserbringung möglichst auch in deren bzw. dessen häuslicher Umgebung ermöglichen sollen, konnten bis Redaktionsschluss für den Krankenhausplan 2020 nicht abgeschlossen werden.

Durch die eingetretene Verzögerung bei der Realisierung der Zentren für Seelische Gesundheit waren die vollstationären Überkapazitäten in der Psychiatrie der Asklepios Klinik Nord, Betriebsteil Ochsenzoll in 2014 noch nicht abgebaut. Bei der Berechnung des Betten-Solls zum 01.01.2016 sowie der Planbettenprognose für den Krankenhausplan 2020 hat die BGV die in diesen Betten erbrachten Leistungen entsprechend unberücksichtigt gelassen (vgl. die Tabelle 39 und 42).

Die weiteren Entscheidungen aus der Zwischenfortschreibung 2012 des Krankenhausplans 2015 zum Ausbau teilstationärer Kapazitäten in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind umgesetzt. Die Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH hat im Zuge eines Vergleichs mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Fachbehörde den Versorgungsauftrag für eine psychosomatische Tagesklinik mit 12 teilstationären Behandlungsplätzen erhalten.

4.2.2. Geriatrie: Umsetzung Krankenhausplan 2015 und Zukunftsforum Altersmedizin

Im Rahmen der Planperiode des Krankenhausplans 2015 wurden die geriatrischen Kapazitäten bedarfsgerecht um 105 vollstationäre Betten erweitert. Ein geriatrisches Angebot steht aktuell in 11 Krankenhäusern zur Verfügung. Das zunächst als Schwerpunkt in der Inneren Medizin angesiedelte Versorgungsangebot im Bethesda Krankenhaus Bergedorf konnte am 1.10.2014 in eine eigenständige Fachabteilung Geriatrie überführt werden.

Tabelle 2: Geriatrische Kapazitäten in der Planperiode des Krankenhausplans 2015
Hier: Planbetten laut Feststellungsbescheid

Krankenhaus	01.01.2011	01.01.2013	01.01.2015	01.04.2015
Albertinen-Krankenhaus	120	132	132	132
Asklepios Klinik Nord	92	107	125	125
Asklepios Klinik Wandsbek	181	188	188	188
Asklepios Westklinikum Hamburg	40	55	55	55
Bethesda Krankenhaus Bergedorf	30*	30*	30	30
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	98	108	108	108
Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus	51	56	56	56
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	30	36	36	46
Katholisches Marienkrankenhaus	89	93	93	93
Schön Klinik Hamburg Eilbek	79	79	79	79
Wilhelmsburger Krankenhaus "Groß Sand"	107	110	110	110
Gesamt	917**	994**	1.012	1.022

*Ab 01.01.2011 Aufbau eines geriatrischen Schwerpunkts in der Inneren Medizin mit bis zu 30 Betten (betrieben mit 10 aufgestellten Betten), ab 01.10.2014 eigenständige Fachabteilung **einschließlich der geriatrischen Betten in der Inneren Medizin des Bethesda Krankenhaus Bergedorf.

Die tagesklinischen Kapazitäten an 10 der 11 Krankenhäuser mit einem geriatrischen Angebot wurden im Laufe der Planperiode um 14 Plätze erweitert, siehe die nachstehende Tabelle.

**Tabelle 3: Geriatrische Kapazitäten in der Planperiode des Krankenhausplans 2015
Hier: Teilstationäre Behandlungsplätze laut Feststellungsbescheid**

Krankenhaus	01.01.2011	01.01.2013	01.01.2015	01.04.2015
Albertinen-Krankenhaus	30	35	35	35
Asklepios Klinik Nord	20	14	14	14
Asklepios Klinik Wandsbek	20	20	20	20
Asklepios Westklinikum Hamburg	0	0	0	0
Bethesda Krankenhaus Bergedorf	0	10	10	10
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	20	20	20	20
Ev. Amalie-Sievekling-Krankenhaus	20	20	20	20
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	10	15	15	15
Katholisches Marienkrankenhaus	15	15	15	15
Schön Klinik Hamburg Eilbek	25	25	25	25
Wilhelmsburger Krankenhaus "Groß Sand"	20	20	20	20
Gesamt	180	194	194	194

Zukunftsforum Altersmedizin

Anknüpfend an die Maßgaben des Krankenhausplans 2015 und in Vorbereitung auf den Krankenhausplan 2020 hat die BGV Anfang 2014 das „Zukunftsforum Altersmedizin“ ins Leben gerufen und sich, gemeinsam mit der HKG und den Krankenkassenverbänden, ausführlich mit der Versorgung älterer und alter Patientinnen und Patienten in den Hamburger Krankenhäusern befasst. Das Ziel der vom Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung eingesetzten AG „Zukunftsforum Altersmedizin“ war es, die Strukturen für die Versorgung älterer und alter Patientinnen und Patienten in den Hamburger Krankenhäusern, die Entwicklung im Fachgebiet Geriatrie sowie die Versorgung dieser Patientengruppe in den Fachgebieten Neurologie, Urologie, Innere Medizin und Psychiatrie/Gerontopsychiatrie einer eingehenden Prüfung zu unterziehen.

Die Arbeitsgruppe hat sich in mehreren Sitzungen mit der Situation der altersmedizinischen Versorgung in Hamburg, den demografischen Veränderungen und der Zukunft der Altersmedizin befasst.

Ergänzt wurde die Analyse der AG Zukunftsforum Altersmedizin im Juli 2014 um die Fachtagung „Zukunftsforum Altersmedizin“, die die Altersmedizin aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln darstellte und einem breiten Teilnehmerkreis ein Forum zum fachlichen Austausch bot. Ziel war nicht nur die Darstellung der aktuellen Situation aus Sicht der Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Fachgebiete, sondern gleichermaßen ein erneuter Anstoß für einen lebendigen und verbesserten Dialog zwischen den medizinischen Fachgebieten und dem komplementären System.

Eingehend diskutiert und entwickelt hat die AG Zukunftsforum Altersmedizin auch die von der BGV angeregte Befragung der Hamburger Geriatrien zur Struktur- und Prozessqualität. Der Fragebogen wurde engmaschig abgestimmt, insbesondere mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft. Wesentliche Ergebnisse aus der Umfrage sind im folgenden Abschnitt zusammengefasst, weitere Details finden sich in Anlage 1, der Fragebogen findet sich in Anlage 2. Weitere Ausführungen zur Altersmedizin in Hamburg und zur Zunahme dementieller Erkrankungen sind in Anlage 3 zusammengestellt.

4.2.3. Erhebung der BGV zur Struktur- und Prozessqualität der Hamburger Geriatrien

Die wesentlichen Ergebnisse der Befragung der Hamburger Geriatrien zur Struktur- und Prozessqualität sind im Folgenden zusammengefasst (Tabellen und weitere Erläuterungen siehe Anlage 3).

Aussagen zur Strukturqualität:

- **Stationäre Versorgungsangebote:** In den vorhandenen geriatrischen Fachabteilungen dominieren als spezielle stationäre Versorgungsangebote die Alterstraumatologie, die palliative und die kognitive Geriatrie. Eine Vielzahl weiterer und unterschiedlicher Angebote wird an einzelnen Fachabteilungen angeboten.
- **Fallzahlentwicklung:** Über die zwei betrachteten Jahrgänge 2010 und 2013 kann eine Fallzahlsteigerung um rd. 12% (ca. 2.000 Fälle) beobachtet werden.
- **Stationäre Fälle:** Knapp 85% der Patientinnen und Patienten werden – zu gleichen Teilen – aus anderen Krankenhäusern verlegt oder erreichen das Krankenhaus als Notfall ohne Krankenseinweisung. Mehr als die Hälfte der geriatrischen Patientinnen und Patienten wird direkt in die Geriatrie aufgenommen, bei Übernahmen aus anderen Fachabteilungen des eigenen Krankenhauses dominiert die Chirurgie, gefolgt von der Inneren Medizin. Nahezu drei Viertel aller behandelten Patientinnen und Patienten können in ihre eigene Häuslichkeit entlassen werden (Hinweis: Verwerfungen möglich – Pflegeheim / eigene Häuslichkeit).
- **Verlegungen aus anderen Krankenhäusern:** Etwa 80% der gesamten Verlegungsfälle sind fünf Hauptzuweisern zuzuordnen. Dabei handelt es sich überwiegend um Hamburger Krankenhäuser ohne eigene geriatrische Fachabteilung. Der Anteil der zuweisenden auswärtigen Krankenhäuser ist mit 4 bis 5% relativ gering.
- **Geriatrische Komplexbehandlung und Verweildauer:** Mehr als die Hälfte der Fälle haben an zumindest 14 Tagen eine geriatrische Komplexbehandlung erfahren. Dies korreliert mit der durchschnittlichen Verweildauer. Mit rd. 20% ist der Anteil der Fälle ohne abgerechnete Komplexbehandlung deutlich. Die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer von 18,5 (2010) auf 18,1 Tage (2013) ist auf die rückläufige Zahl der Fälle mit zumindest 21 Behandlungstagen zurückzuführen.
- **DRGs:** Zwei Drittel aller behandelten Fälle fielen 2010 in eine **geriatrische DRG**, wobei sich dieses Verhältnis in 2013 weiter zu Gunsten der geriatrischen DRGs (70:30) verschiebt. Bei den **geriatrischen DRGs (2013)** steht die MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) mit rd. 30 % an erster Stelle, gefolgt von MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) mit rd. 14 %. An dritter Stelle steht die MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) mit rd. 10 %. Bei den **anderen DRGs** ist die MDC 05 mit rd. 18 % führend, an zweiter Stelle mit rd. 16 % folgt die MDC 08, an dritter Position die MDC 04 (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane) mit rd. 14 %.

Aussagen zur Prozessqualität:

- **Aufnahmemanagement:** Alle geriatrischen Fachabteilungen nehmen Patientinnen und Patienten direkt in die Geriatrie auf, wobei der Anteil sehr unterschiedlich ist. Er variiert zwischen 35 und nahezu 100%.
- **Konsilwesen, geriatrisches Screening und geriatrisches Assessment:** Gleichermaßen ist an allen Standorten ein geriatrisches Konsilwesen in anderen Fachabteilungen des Krankenhauses etabliert. Ein regelhaftes geriatrisches Screening, eine Kriterien gestützte Konsilanforderung oder ein geriatrisches Assessment in der Notaufnahme findet demgegenüber nur in fünf Krankenhäusern statt.
- **Aufnahmeuntersuchung:** Die Aufnahmeuntersuchungen finden nahezu ausnahmslos am Aufnahmeort durch den aufnehmenden Arzt/die aufnehmende Ärztin, ggf. unter Hinzuziehung anderer Berufsgruppen statt. Eine Vielzahl an Untersuchungsmethoden/Testverfahren findet hierbei Anwendung.

- **Entlassungsmanagement:** In allen Krankenhäusern mit einer geriatrischen Fachabteilung ist ein strukturiertes Entlassungsmanagement implementiert, ein schriftlicher Entlassungsbericht wird mitgegeben, es wird regelhaft ein strukturierter Überleitungsbogen (Pflege/medizinisch) verwandt. Drei Krankenhäuser verfügen über Kooperationsverträge/-vereinbarungen resp. besondere Konzepte zur Überleitung in die ambulante Versorgung, an vier KHs gibt es Vereinbarungen für die zeitgerechte Übernahme von geriatrisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten mit Krankenhäusern ohne eigene geriatrische Fachabteilung.
- **Tageskliniken:** Tagesklinische Patientinnen und Patienten in der Geriatrie werden in erster Linie über Zuweisungen aus dem niedergelassenen und dem eigenen stationären Bereich generiert. Die Behandlungsschwerpunkte sind vielfältig, neurologische Krankheitsbilder spielen eine herausragende Rolle.
- **Ambulante Behandlung:** Alle Krankenhäuser mit einer Geriatrie haben die Absicht, eine Geriatrische Institutsambulanz (GIA) am Krankenhaus zu implementieren (Anmerkung: dies bezog sich auf die ursprüngliche Fassung zur Neuregelung für die Schaffung von geriatrischen Institutsambulanzen).
- **Qualitätssicherung und Risikomanagement:** Qualitätszirkel oder ähnliche Arbeitsgemeinschaften gibt es nur an einem Krankenhaus nicht. Zur Fort- und Weiterbildung gibt es vielfältige Angebote. Ein Risikomanagement ist an allen Krankenhäusern implementiert. Von den elf Anbietern sind fünf Fachabteilungen zertifiziert.
- **Aus- und Weiterbildung:** Mit einer Ausnahme sind alle Geriatrien zum Befragungszeitpunkt zur Aus- und Weiterbildung anerkannt. Wissenschaftliche Arbeiten gehören an drei Geriatrien zum Arbeitsinhalt.

4.2.4. Frührehabilitation

Im Rahmen der Planperiode des Krankenhausplans 2015 wurden die Kapazitäten im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (vorrangig für Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall) sowie die Kapazitäten der intensivmedizinischen Frührehabilitation für beatmungsbedürftige Patientinnen und Patienten um insgesamt 71 Betten angepasst. Damit stehen seit Mitte 2014 insgesamt 278 Planbetten in sieben Hamburger Plankrankenhäusern zur Verfügung.

Tabelle 4: Kapazitäten in der Frührehabilitation in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 - Planbetten laut Feststellungsbescheid zum 31.12. des Jahres

Krankenhaus	Medizinische Ausrichtung	2011	2012	2013	2014
Albertinen Krankenhaus	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation				20
Asklepios Klinik St. Georg	Fachübergreifende Frührehabilitation	27	27	28	28
Asklepios Klinikum Harburg	Frührehabilitation	12	12	12	12
Asklepios Klinik Nord, Betriebsteil Heidberg	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	20	20	20	30
Schön Klinik Hamburg Eilbek	Intensivmedizinische Frührehabilitation für beatmungsbedürftige Patientinnen und Patienten	31	31	31	37
	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (einschließlich Zentrum für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte)	53	53	56	69
BG Klinikum Hamburg (ehemals Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg)	Intensivmedizinische Frührehabilitation für beatmungsbedürftige Patientinnen und Patienten	16	16	16	16
	Fachübergreifende Frührehabilitation und neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	28	28	28	36
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	20	20	20	30
Gesamt		207	207	211	278

Der weitere Ausbau der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist auch ein Schwerpunkt in der kommenden Planperiode des Krankenhausplans 2020. Die Wartezeiten sind derzeit lang und betragen teilweise bis zu mehreren Wochen, in denen die Patientin bzw. der Patient auf Intensiv- oder Normalstationen auf die Übernahme in die Frührehabilitation warten muss. Dies hat eine Stichtagerhebung der BGV vom 01.09.2015 bei den Hamburger Krankenhäusern mit neurologisch-neurochirurgischen Versorgungsangeboten noch einmal bestätigt.

4.3. Ausgangslage und Rahmenbedingungen des Krankenhausplans 2020 in Hamburg

4.3.1. Voll- und teilstationäre Angebote in den Hamburger Krankenhäusern

Plankrankenhäuser und Krankenhäuser insgesamt

Zum Ende der Planperiode des Krankenhausplans 2015 (Stichtag 01.04.2015) werden auf Hamburger Stadtgebiet 56 Krankenhäuser betrieben. Dazu kommen vier Krankenhäuser des schleswig-holsteinischen Umlandes, die an der Versorgung der Hamburger Bevölkerung teilnehmen und mit einem Teil ihrer Betten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind. Von diesen insgesamt 60 Krankenhäusern sind 36 Krankenhäuser in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen (vgl. Tabelle 5). Vierundzwanzig der insgesamt 60 Krankenhäuser sind kleinere und kleine Privatkliniken, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind und keinen Versorgungsvertrag gemäß § 108 SGB V abgeschlossen haben (konzessionierte Krankenhäuser gemäß § 30 Gewerbeordnung, siehe Abschnitt 4.3.2).

Tabelle 5: Hamburger Krankenhäuser nach Trägerschaft und Standort – vollstationäre Versorgung
Planperiode des Krankenhausplans 2015

	Krankenhäuser	
	01.01.2011	01.04.2015 ³⁾
Plankrankenhäuser auf Hamburger Stadtgebiet	30	32
davon Öffentliche Krankenhäuser	3	3
Freigemeinnützige Krankenhäuser	12	12
Private Krankenhäuser	15 ¹⁾	17 ²⁾
Plankrankenhäuser im Hamburger Umland, die mit einem Teil der Bettenkapazitäten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind	4	4
Plankrankenhäuser Gesamt	34¹⁾	36²⁾
Krankenhäuser außerhalb des Krankenhausplans: Konzessionierte Krankenhäuser nach § 30 Gewerbeordnung	23	24⁴⁾
Krankenhäuser insgesamt	57¹⁾	60²⁾
davon auf Hamburger Stadtgebiet	53¹⁾	56²⁾

¹⁾zuzüglich ein Krankenhaus ausschließlich teilstationäre Versorgung, ²⁾zuzüglich drei Krankenhäuser mit ausschließlich teilstationärer Versorgung, ³⁾einheitlicher Stichtag für das Ende der Planperiode, Angaben identisch mit 22.12.2015 Ausnahme siehe Fußnote 4) ⁴⁾zuzüglich einer weiteren Privatklinik ab 01.11.2015

Im Laufe der Planperiode des Krankenhausplans 2015 hat sich die Gesamtzahl der Plankrankenhäuser (vollstationäre Versorgung) um zwei erhöht. Weiter dazugekommen ist eine psychosomatische Tagesklinik (vgl. dazu die Angaben in den Tabelle 7 und 27 sowie Anlage 27).

Eine Übersicht über die Lage der Krankenhäuser auf Hamburger Stadtgebiet gibt die Karte in Anlage 5.

Vollstationäre Kapazitäten

Die vollstationären Kapazitäten der Hamburger Plankrankenhäuser wurden im Laufe der Planperiode des Krankenhausplans 2015 von 11.344 Betten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Krankenhausplans 2015 um 471 Betten auf **11.815** Betten zum Ende der Planperiode (Stichtag 01.04.2015) erweitert (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Vollstationäre Betten in den Hamburger Krankenhäusern nach Trägerschaft und Standort Planperiode des Krankenhausplans 2015

	Krankenhäuser	
	01.01.2011	01.04.2015 ¹⁾
Betten der Plankrankenhäuser auf Hamburger Stadtgebiet	11.122	11.584
davon Öffentliche Krankenhäuser	1.540	1.720
Freigemeinnützige Krankenhäuser	3.405	3.508
Private Krankenhäuser	6.177	6.356
Betten der Plankrankenhäuser im Hamburger Umland, die mit einem Teil der Bettenkapazitäten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind	222	231
Betten der Plankrankenhäuser Gesamt	11.344	11.815
Betten in Krankenhäusern auf Hamburger Stadtgebiet außerhalb des Hamburger Krankenhausplans	692	790
davon Betten für die Versorgung berufsgenossenschaftlicher Patientinnen und Patienten	234	339
Betten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Hamburger Umland (Schleswig-Holstein)	150	150
Betten in konzessionierten Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung	308	301 ²⁾³⁾
Betten in den Hamburger Krankenhäusern insgesamt	12.036	12.605 ²⁾
davon Betten auf Hamburger Stadtgebiet	11.814	12.374 ²⁾

¹⁾einheitlicher Stichtag für das Ende der Planperiode, Angaben identisch mit 22.12.2015 Ausnahme siehe Fußnote 2) ²⁾zuzüglich einer weiteren Privatklinik ab 01.11.2015 mit 8 Betten ³⁾75 Betten der Klinik Fleetinsel, die zum 01.02.2015 in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommen wurde, sind hier nicht mehr enthalten.

Teilstationäre Kapazitäten

Die teilstationäre Behandlung umfasst eine regelmäßige Aufenthaltsdauer von weniger als 24 Stunden und wird in Tageskliniken angeboten. Die Patientinnen und Patienten verbringen dort den Tag (in der Regel von 8-16 Uhr), die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses. Die teilstationäre Behandlung kann im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung sinnvoll und/oder notwendig sein und kann auch zunehmend die vollstationäre Behandlung ersetzen. Sie ist dann indiziert, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht oder nicht mehr nötig ist, eine ambulante Behandlung aber nicht ausreichend wäre.

Wesentliche Schwerpunkte des teilstationären Angebots in Hamburg sind die Tageskliniken in der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik, der Kinderheilkunde und der Geriatrie. Insbesondere diese Tageskliniken verfügen über Konzepte mit entsprechender Tages- bzw. Wochenstruktur mit Gruppen und Einzeltherapien.

Das Angebot an teilstationären Behandlungsplätzen wurde im Laufe der Planperiode des Krankenhausplans 2015 in den psychiatrischen Fachgebieten mit einer Aufstockung um 183 Plätze deutlich erweitert. In der Somatik wurden Angebote in der Inneren Medizin bedarfsgerecht angepasst bzw. punktuell um neue Angebote ergänzt (Geriatrie, Kinderheilkunde, Neurologie, siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Krankenhäuser mit teilstationärem Angebot und teilstationären Behandlungsplätzen in den Hamburger Plankrankenhäusern - Planperiode des Krankenhausplans 2015

	01.01.2011		01.04.2015 ¹⁾	
	Krankenhäuser mit tagesklinischem Angebot ¹⁾	Plätze	Krankenhäuser mit tagesklinischem Angebot ²⁾	Plätze
Somatische Fachgebiete				
150 Chirurgie und Orthopädie	1	4	1	4
190 Gynäkologie und Geburtshilfe	1	6	1	6
220 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1	5	1	5
250 Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	35	2	35
310 Innere Medizin	7	97	6	67
340 Geriatrie	9	180	10	194
360 Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	3	37	3	55
570 Neurologie	2	8	2	8 ³⁾
930 Frührehabilitation	2	35	1	30
Summe	28	407	27	404³⁾
Psychiatrische Fachgebiete				
390 Kinder- und Jugendpsychiatrie	3	56	4	74
820 Psychiatrie und Psychotherapie	10	450	10	565
830 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2	50	3	100
Summe	15	556	17	739
Gesamt	43	963	44	1.143³⁾

¹⁾einheitlicher Stichtag für das Ende der Planperiode, Angaben identisch mit 22.12.2015 Ausnahme siehe Fußnote 3) ²⁾Die Anzahl der einzelnen Tageskliniken in den jeweiligen Fachgebieten ist den Tabellen 27 (somatische Tageskliniken) und 32 (psychiatrische Tageskliniken) zu entnehmen ³⁾zuzüglich weiterer 9 tagesklinischer Plätze Neurologie ab 01.12.2015.

4.3.2. Privatkliniken gemäß § 30 Gewerbeordnung außerhalb des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg

Außerhalb des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg gibt es eine große Zahl von nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) konzessionierten Privatkliniken.

Diese können nach zwei Kategorien unterschieden werden:

- Privatkliniken, die als Tochtergesellschaften der Krankenhausbetreiber Asklepios Kliniken Hamburg, HELIOS Kliniken und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Martini-Klinik) an ein Plankrankenhaus angegliedert sind und meist auch die komplette Funktionsdiagnostik und sonstige Räumlichkeiten des Plankrankenhauses nutzen.
- Eigenständige Privatkliniken, die entweder in einzelnen Fachgebieten wie z.B. der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie tätig sind, sowie Praxiskliniken, in denen niedergelassene Ärzte unterschiedlichster Fachgebiete in der Regel kurzstationäre Behandlungen vornehmen.

Aktuell (Stichtag 01.12.2015) verfügen 24 Privatkliniken mit insgesamt 309 vollstationären Betten außerhalb des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg über eine Konzession gem. § 30 GewO (siehe Anlage 6). Zum Beginn der Planperiode des Krankenhausplans 2015 (01.01.2011) waren es 23 Kliniken mit insgesamt 308 Betten. Da 75 Betten der Klinik Fleetinsel mit der Aufnahme in den Krankenhausplan 2015 zum 01.02.2014 nicht mehr in die Berechnung der Betten außerhalb des Krankenhausplans eingehen, werden Bettenveränderungen im Verlaufe des genannten Zeitraumes hier rechnerisch nicht deutlich (vgl. Tabelle 6).

4.3.3. Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V (alt) bzw. an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V

Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, die für die ambulante Behandlung durch ein Krankenhaus in Frage kommen, waren seit dem Jahr 2004 in einem gesetzlichen Katalog nach § 116b Abs. 3 (alt) SGB V aufgeführt, den der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V konkretisiert sowie regelmäßig überprüft und ergänzt hat.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 1. Januar 2012 wurde die bisherige Regelung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus in § 116b SGB V durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ersetzt. Die bisherige Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b (alt) SGB V gilt zunächst für bereits erteilte Bestimmungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus weiter fort.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Verstärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), veröffentlicht im Bundesgesetzblatt (Teil I Nr. 30 S.1211) am 22.07.2015, sind auch die Regelungen des § 116 b SGB V verändert worden. Nunmehr wird die Bestimmung des Krankenhauses – ohne Aufhebung des Feststellungsbescheides durch das Land – unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA.

Diese Fristen laufen für folgende Leistungsbereiche: Tuberkulose (Inkrafttreten 24.04.2014), Marfan-Syndrom (30.06.2015) und Gastrointestinale Tumore (26.07.2014).

Über eine Zulassung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verfügt derzeit kein Hamburger Krankenhaus.

4.3.4. Geburtshilfliche Versorgung

Die geburtshilfliche Versorgung wird durch zwölf Krankenhäuser auf Hamburger Stadtgebiet und das Geburtshaus in Altona sichergestellt. Für die Versorgung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen verfügt Hamburg über ein sehr detailliertes und umfassendes Versorgungsnetz in der Neonatologie durch entsprechende „Hauptabteilungen“ in Kinderkliniken und sogenannte Satellitenstationen in mehreren geburtshilflichen Abteilungen. Durch diese Strukturen werden Verlegungen von Mutter und Kind zwischen den Geburtskliniken nachdrücklich vermieden.

Die Krankenhäuser der geburtshilflichen Versorgung werden entsprechend der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vier Versorgungsstufen zugeordnet. Die Hamburger Krankenhausplanung hat darauf verzichtet, ergänzend oder alternativ zu dieser Klassifizierung andere oder weitergehende Qualitätsanforderungen für die Hamburger geburtshilflichen Abteilungen zu entwickeln.

Bereits vor Inkrafttreten der G-BA-Richtlinie war krankenhauserischer aus qualitativen Gründen die neonatologische Versorgung einiger Krankenhäuser durch Fachpersonal der beiden Hamburger Kinderkrankenhäuser sichergestellt worden (Altonaer Kinderkrankenhaus, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift). Diese Organisationsform gewährleistet gleichbleibend hohen fachlichen Standard in allen Krankenhäusern. Sofern erforderlich, wird die Anpassung der Hamburger Geburtshilfen an die räumlichen Anforderungen der jeweiligen G-BA-Richtlinie investiv durch Krankenhausinvestitionsmittel gefördert.

Tabelle 8: Hamburger Geburtskliniken nach den Versorgungsstufen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – Stand 01.12.2015 (unverändert seit 2010)

Krankenhaus	Versorgungsstufe	Erläuterungen
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg	Geburtsklinik	
Albertinen-Krankenhaus	Perinatalzentrum Level 2	Das Altonaer Kinderkrankenhaus betreibt die Neonatologie im PNZ
Asklepios Klinik Altona	Perinatalzentrum Level 1	Das Altonaer Kinderkrankenhaus betreibt die Neonatologie im PNZ
Asklepios Klinik Barmbek	Perinatalzentrum Level 1	Neonatologie in Eigenregie
Asklepios Klinik Nord-Heidberg	Perinatalzentrum Level 1	Neonatologie durch die hauseigene Kinderklinik in Zusammenarbeit mit der AK Barmbek
Asklepios Klinik Wandsbek	Perinataler Schwerpunkt	Das Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift betreibt die neonatologische Intensivüberwachungseinheit in der AK Wandsbek.
Asklepios Klinikum Harburg	Geburtsklinik	
Bethesda Krankenhaus Bergedorf	Geburtsklinik	
Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus	Geburtsklinik	
Helios Mariahilf Klinik Hamburg	Perinatalzentrum Level 2	Neonatologie durch die hauseigene Kinderklinik
Kath. Marienkrankenhaus	Perinatalzentrum Level 1	Das Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift betreibt die Neonatologie im PNZ
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)	Perinatalzentrum Level 1	Neonatologie durch die hauseigene Kinderklinik

Die Lage der Hamburger geburtshilflichen Abteilungen im Hamburger Stadtgebiet ist der Karte in Anlage 9 zu entnehmen. Dort findet sich weiter eine Übersicht über die Anforderungen an die vom G-BA festgelegten Versorgungsstufen (vgl. Anlage 8).

Aktuelle Entwicklung der Geburtenzahlen

Hamburg verzeichnet steigende Geburtenzahlen. Dies bildet sich in den entsprechenden Zahlen der Hamburger Krankenhäuser in der zurückliegenden Planperiode ab. Bei einer unterschiedlichen Entwicklung in den einzelnen Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren ein jährlicher Zuwachs zwischen 2 und 6 % zu erkennen (vgl. Tabelle 9 auf der Folgeseite).

Auch im ersten Halbjahr 2015 ist die Geburtenzahl in Hamburg erneut gestiegen: Bei 11.238 Geburten kamen 11.437 Kinder zur Welt, 251 Kinder (rd. 2%) mehr als im Vorjahreszeitraum.

Die höchsten Kinderzahlen verzeichnen in den ersten sechs Monaten des Jahres 2015 die geburtshilflichen Abteilungen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, des Kath. Marienkrankenhauses und der Asklepios Kliniken Altona und Barmbek.

Tabelle 9: Geburten in den Hamburger Geburtskliniken und dem Geburtshaus 2011 bis 2015 (1. HJ)

Krankenhaus	2011	2012	2013	2014	1.Halbjahr 2014	1.Halbjahr 2015
Agaplesion Diakoniekrankenhaus Hamburg	1.443	1.500	1.546	1.433	695	683
Albertinen-Krankenhaus	1.978	2.204	2.123	2.218	1.038	1.186
Asklepios Klinik Altona	2.490	2.471	2.479	2.859	1.416	1.470
Asklepios Klinik Barmbek	2.593	2.585	2.656	2.785	1.356	1.346
Asklepios Klinik Harburg	668	717	714	696	330	364
Asklepios Klinik Nord	1.467	1.628	1.639	1.732	853	852
Asklepios Klinik Wandsbek	1.030	896	762	769	386	471
Bethesda Krankenhaus Bergedorf	653	702	694	700	358	380
Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus	949	911	1.073	1.153	578	605
Helios Mariahilf Klinik	1.648	1.648	1.545	1.535	731	798
Katholisches Marienkrankenhaus	2.493	2.896	3.235	3.511	1.675	1.530
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	2.352	2.517	2.637	3.016	1.466	1.483
Krankenhäuser insgesamt	19.764	20.675	21.103	22.407	10.882	11.168
Geburtshaus Hamburg	125	146	164	144	71	70
Geburten in Einrichtungen insgesamt	19.889	20.821	21.267	22.551	10.953	11.238
Geborene Kinder insgesamt*	20.311	21.243	21.042	23.011	11.186	11.437

* ohne totgeborene Kinder; Quelle: Hamburger Krankenhäuser und Geburtshaus Hamburg.

4.3.5. Not- und Unfallversorgung

Die Zahl der Fälle, die als Notfall im Krankenhaus behandelt werden, nimmt deutlich zu. Dies zeigen sehr deutlich die Zunahme der Zahl der Notfallzuführungen in die Krankenhäuser und ein entsprechender Anstieg der Inanspruchnahme der Zentralen Notaufnahmen.

Im Zeitraum von 2011 bis 2014 haben die Notfallzuführungen in die Hamburger Krankenhäuser insgesamt um 6,4 %, absolut um rd. 9.500 Fälle zugenommen, die Entwicklung im ersten Halbjahr 2015 zeigt, dass dieser Trend auch im Jahr 2015 weiter und unvermindert anhält (vgl. die folgende Tabelle 10). Die Entwicklung in den einzelnen Krankenhäusern ist sehr unterschiedlich. Bleiben die Zahlen in einigen Krankenhäusern über die betrachteten Jahre relativ konstant auf einem Niveau, verzeichnen einige Krankenhäuser auffällige Anstiege, so zum Beispiel:

- Agaplesion Diakonie Klinikum Hamburg (DKH) +32%,
- Asklepios Klinikum Harburg +19%,
- Asklepios Klinik Nord +16%,
- Bundeswehrkrankenhaus Hamburg +15%,
- BG Klinikum Hamburg +12%,
- Asklepios Klinik St. Georg +11%.

Das DKH nimmt erst seit dem Jahr 2011 uneingeschränkt an der Notfallversorgung teil (vorher nur Innere Medizin am Standort Alten Eichen). Daher ist die starke Zunahme in dem Krankenhaus auch durch den Aufbau der Notfallversorgung ab dem Jahr 2011 zu erklären (Neubau DKH). Eine differenzierte Darstellung für alle Krankenhäuser findet sich in Anlage 7.

Tabelle 10: Notfallzuführungen in die Hamburger Krankenhäuser, die durch die Feuerwehr disponiert wurden

Krankenhäuser	2011	2012	2013	2014	1. HJ 2014	1. HJ 2015
Krankenhäuser gesamt	147.485	149.182	153.416	157.037	77.258	80.757
Sonstige Einrichtungen	332	271	268	307	117	175
Gesamt inkl. sonstige Einrichtungen	147.817	149.453	153.684	157.344	77.375	80.932
Veränderungen zum Vorjahr (absolut)		1.636	4.231	3.660		3.557
Veränderungen zum Vorjahr (in %)		1,1	2,8	2,4		4,6

Notfallzuführungen durch Rettungsmittel der Bundeswehr und der Hilfsorganisationen sind mit enthalten. Erfasst sind nur Notfallzuführungen aus dem Hamburger Stadtgebiet. Quelle: Hamburger Feuerwehr

Entsprechend des Anstiegs der Notfallzuführungen in die Krankenhäuser hat auch die Inanspruchnahme der Not- und Unfallaufnahmen der Hamburger Krankenhäuser in den betrachteten Jahren weiter zugenommen (vgl. Tab. 11). Hier hat in dem betrachteten Zeitraum eine Zunahme um insgesamt rd. 12% der Fälle stattgefunden. Besonderes Augenmerk ist auf die ambulanten Fälle zu legen, die mit 15% in deutlich stärkerem Maße angestiegen sind, als die Fälle, die stationär aufgenommen wurden (Steigerung um rd. 7%).

**Tabelle 11: Inanspruchnahme der Not- und Unfallaufnahmen der Hamburger Krankenhäuser¹⁾
Anzahl der in den Not- und Unfallaufnahmen versorgten Patientinnen und Patienten**

Krankenhäuser	2011	2012	2013	2014	Differenz 2011/2014	
					abs.	%
Absolute Zahlen						
Ambulante Behandlungen	346.585	351.792	375.877	398.542	51.957	15,0
Stationäre Aufnahmen	168.639	171.483	174.956	180.736	12.097	7,2
Gesamt	515.224	523.275	550.833	579.278	64.054	12,4
Prozentuale Angaben						
Ambulante Behandlungen	67,3	67,2	68,2	68,8		
Stationäre Aufnahmen	32,7	32,8	31,8	31,2		
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0		

Angaben der Krankenhäuser. Hamburger Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG. Mehrfachaufnahmen enthalten.

¹⁾Aufgrund veränderter Zählweise bzw. einem Systemwechsel der Erfassungssysteme sind die Angaben von vier Krankenhäusern mit einer Fallzahl von insgesamt rd. 104.000 Fällen nicht mit enthalten.

Auch die Inanspruchnahme der Kassenärztlichen Notfallpraxen in Altona und Farmsen ist in dem betrachteten Zeitraum deutlich gestiegen. Die Patientenzahl stieg zwischen 2011 und 2014 in beiden Notfallpraxen um rund 21 %.

Tabelle 12: Fallzahlen in den Kassenärztlichen Notfallpraxen Altona und Farmsen

Notfallpraxen	2011	2012	2013	2014
Altona	28.374	29.805	32.796	34.250
Farmsen	30.475	31.481	35.038	36.712

Gesamtpatientenzahl gem. EDV-Auswertung (Quartalszählweise), Quelle: KV Hamburg

Gegenüber dieser Entwicklung mit einer wachsenden Inanspruchnahme der Not- und Unfallaufnahmen der Krankenhäuser, die zu großen Teilen durch ambulante Fälle bedingt ist, und einem Anstieg der Fallzahlen in den Kassenärztlichen Notfallpraxen Altona und Farmsen sind im Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg keine vergleichbaren Entwicklungen zu beobachten. Hier zeigt sich ein Rückgang der jährlichen Einsatzzahlen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Ärztlicher Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg - jährliche Einsatzzahlen des ärztlichen Haupt- und Reservedienstes (Besuchsdienst)

Jahr	Besuche	telefonische Beratung	Gesamt
2008	114.349	13.413	127.762
2009	115.618	15.883	131.501
2010	103.700	17.404	121.104
2011	102.003	21.445	123.448
2012	101.609	19.721	121.330
2013	104.200	17.401	121.601
2014	96.876	18.383	115.259

Quelle: KV Hamburg. Gesamtpatientenzahl gemäß EDV-Auswertung (Quartalszählweise)

4.3.6. Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt

Patientinnen und Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt dürfen seit 2006 vom Hamburger Rettungsdienst nur in Krankenhäuser gebracht werden, die über einen rund um die Uhr einsatzbereiten Linksherzkathetermessplatz verfügen. Dazu gehören aktuell folgende Krankenhäuser

- das Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg
- das Albertinen-Krankenhaus
- die Asklepios Kliniken Altona, Barmbek, St. Georg, Nord, Wandsbek, Westklinikum und Harburg
- das Bethesda Krankenhaus Bergedorf
- das Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus
- die Helios Mariahilf Klinik Hamburg
- das Kath. Marienkrankenhaus
- das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand und
- das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bzw. das Universitäre Herzzentrum am UKE.

Entsprechend der fachlichen Leitlinien sollten Herzinfarktpatientinnen und -patienten mit ST-Streckenhebung unverzüglich einer primären Koronarintervention (PCI) zugeführt werden und hierbei das Zeitfenster von 120 Minuten vom Alarm bis zur Intervention (door to balloon) eingehalten werden.

Herzchirurgische Versorgung

Der Versorgungsauftrag für die Herzchirurgie obliegt in Hamburg aktuell folgenden Krankenhäusern:

- das Albertinen-Krankenhaus
- die Asklepios Klinik St. Georg
- das Asklepios Klinikum Harburg mit CardioCliniC
- das Universitäre Herzzentrum am UKE.

4.3.7. Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall

Über eine **Stroke-Unit** zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall verfügen zurzeit

- das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE),
- die Asklepios Kliniken Altona, Barmbek, St. Georg, Nord, Wandsbek und Harburg,
- das Albertinen-Krankenhaus,
- das Kath. Marienkrankenhaus sowie
- das Bethesda Krankenhaus Bergedorf.

Vereinbarung über die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall

Seit 2009 sollen Patientinnen und Patienten mit **Verdacht auf einen Schlaganfall** ausnahmslos einer Klinik mit einer „Stroke Unit“ zugeführt werden. Dazu sollen (Stand 2015) folgende Kriterien erfüllt sein:

- akute halbseitige Lähmung oder Sensibilitätsstörungen,
- akute Sprach- oder Verständnisstörung,
- akute Sehstörung
 - bei Symptombeginn innerhalb der letzten 24 Stunden, auch bei zwischenzeitlich eingetretener Rückbildung der Symptome (TIA=Transitorisch Ischämische Attacke);
 - mit länger bestehender Symptomatik bei Zustandsverschlechterung innerhalb der letzten 24 Stunden.

Die Patientinnen und Patienten sind vorab über die Rettungsleitstelle im Zielkrankenhaus mit der Diagnose „Verdacht Schlaganfall“ anzumelden, bei:

- Symptombeginn innerhalb der letzten 6 Stunden (hier mit dem Zusatz „eventuell lysefähig“),
- Bewusstseinsstörung bei Verdacht auf Schlaganfall,
- Notarztbegleitung.

Alle Patientinnen und Patienten, die die oben genannten Kriterien **nicht** erfüllen, sind in die nächstgelegene Klinik mit einer geeigneten medizinischen Notaufnahme zu transportieren.

Eine relativ neue Behandlungsoption bietet sich durch die Thrombektomie bei Schlaganfall an, wobei die einzuschließende Patientengruppe und die Anforderungen an das behandelnde Krankenhaus noch nicht abschließend zu bewerten sind. Die BGV wird in bewährter enger Abstimmung mit der Hamburger Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall die weitere Entwicklung beobachten und, wenn erforderlich, Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Thrombektomie bei Schlaganfall auch krankenhauserplanerisch abbilden.

5. Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser

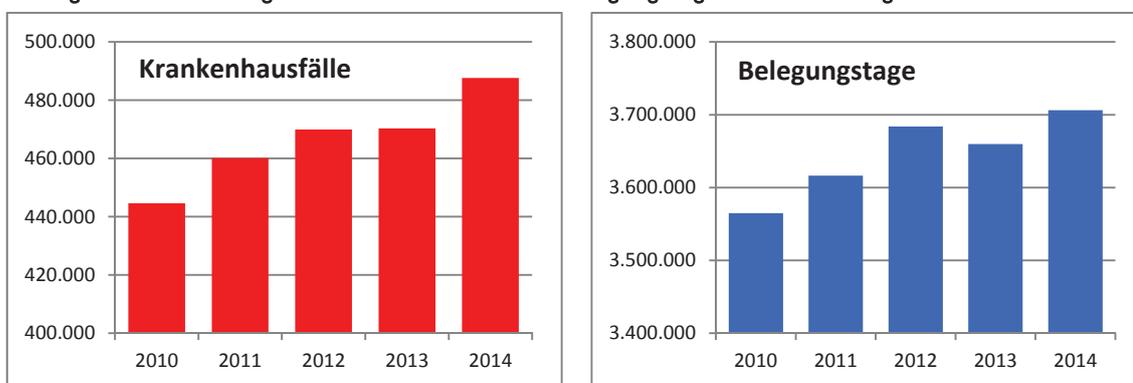
5.1. Inanspruchnahme der vollstationären Kapazitäten

5.1.1. Belegungsentwicklung vollstationär insgesamt

In der Planperiode des letzten Krankenhausplans hat sich seit Inkrafttreten am 01.01.2011 die Inanspruchnahme der Plankrankenhäuser wie folgt entwickelt (vgl. Abbildung 1 und Tabelle 14):

- Jährliche Zunahme der **Fallzahlen**, insgesamt seit 2011 Anstieg um rd. 6 %, lediglich im Jahr 2013 kein nennenswerter Fallzahlanstieg,
- Jährliche Zunahme der **Belegungstage** zu Beginn und moderater Anstieg zum Ende der Planperiode, nach einem zwischenzeitlichen Rückgang im Jahr 2013 erneuter Anstieg im Jahr 2014.
- Kontinuierlicher Rückgang der **Verweildauer**.

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenhausfälle und Belegungstage in den Hamburger Plankrankenhäusern



Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

Hinweis: Enthalten sind Leistungsmengen der Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommen sind bereinigt um Leistungsmengen, die den Planbetten des Landes Schleswig-Holstein zuzuordnen sind. In den Fachgebieten Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde beziehen die Angaben für die Jahre 2010 bis 2012 die Leistungen des Krankenhauses Jerusalem, das ab dem Jahr 2013 in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, bereits mit ein. Die BG-Fälle des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg sind nicht mit enthalten.

Tabelle 14: Inanspruchnahme der Hamburger Plankrankenhäuser insgesamt - 2010 bis 2014

	KHP 2010	Krankenhausplan 2015			
	2010	2011	2012	2013	2014
Krankenhausfälle ¹⁾	444.625	460.143	469.934	470.340	487.649
Belegungstage	3.564.813	3.616.500	3.684.000	3.659.873	3.706.216
Verweildauer (Tage)	8,0	7,9	7,8	7,8	7,6

Quelle: siehe Abbildung 1. ¹⁾Krankenhausfälle gesamt ohne Verlegungen zwischen den Fachgebieten

Die Planbetten in den Hamburger Plankrankenhäusern wurden in der letzten Planperiode seit dem 01.01.2011 um 471 Betten auf 11.815 erhöht, womit die für den Krankenhausplan 2015 zum Ende der Planperiode rechnerisch ermittelte Planbettenzahl (Prognose) von 11.811 Betten nahezu übereinstimmend abgebildet wurde.

Tabelle 15: Planbetten in den Hamburger Plankrankenhäusern - 2010 bis 2015

	KHP 2010	Krankenhausplan 2015 mit Zwischenfortschreibungen 2011 und 2012					Rechnerisches Betten-Soll 2015
	31.12.2010	01.01.2011 31.12.2011	01.01.2012 ¹⁾	01.01.2013 ²⁾	31.12.2014	01.12.2015	
Planbetten	11.183	11.344	11.410	11.633	11.740	11.815	11.811

¹⁾Zwischenfortschreibung 2011 (nur psychiatrische Fachgebiete) ²⁾Zwischenfortschreibung 2012

5.1.2. Belegungsentwicklung vollstationär somatische Fachgebiete

In Bezug auf die einzelnen Fachgebiete stellt sich die Belegungsentwicklung in den **somatischen Fachgebieten** in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 wie folgt dar³:

- Die größten **Fallzahlsteigerungen** verzeichnen - in absoluten Zahlen - im Zeitraum 2011 bis 2014 die Fachgebiete Innere Medizin, Neurologie und Gynäkologie/Geburtshilfe sowie die Chirurgie/Orthopädie und die Geriatrie. Prozentual die größten Fallzahlzuwächse verzeichnen das Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten und die Frührehabilitation sowie die Augenheilkunde, die Gynäkologie/Geburtshilfe, die Geriatrie und die Neurologie.

Deutliche **Fallzahlrückgänge** sind in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie zu erkennen. Die Fallzahlrückgänge in der Strahlenheilkunde und der Nuklearmedizin sind u.a. auch auf Veränderungen in der Erfassung zurückzuführen (die Veränderung der Belegungstage erfolgte nicht analog zur Fallzahlentwicklung vgl. Tabelle 17).

- Bei den **Belegungstagen** zeigt sich neben einem Rückgang in einer Reihe von Fachgebieten eine deutliche Steigerung des Behandlungsvolumens in der Geriatrie und in der Frührehabilitation. Auch in der Neurochirurgie, der Inneren Medizin und der Neurologie sind erhebliche Zuwächse zu verzeichnen. Prozentual ist auch das Behandlungsvolumen im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten deutlich angestiegen. Deutliche Rückgänge des Behandlungsvolumens gibt es trotz steigender Fallzahlen in der Chirurgie/Orthopädie, in der Mund-Kiefer-Chirurgie und in der Urologie (vgl. Tab. 17).
- Entsprechend der beschriebenen Entwicklung geht die **Verweildauer** in fast allen somatischen Fachgebieten um 0,1 bis 0,5 Tage zurück. Eine Ausnahme bilden die Geriatrie, die Neurochirurgie und die Frührehabilitation (vgl. Tab. 18), die weiter einen Anstieg bzw. keine Veränderung in der Verweildauer verzeichnen.
- Die **Auslastung** verhält sich weitgehend entsprechend der Entwicklung des Behandlungsvolumens.

Tabelle 16: Vollstationäre Fälle¹⁾ in den somatischen Fachgebieten 2011 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz	
				absolut	prozentual
120	Augenheilkunde	14.563	15.462	899	6,2
150	Chirurgie und Orthopädie	127.842	129.459	1.617	1,3
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	43.306	45.869	2.563	5,9
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	22.057	22.842	785	3,6
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.300	6.283	983	18,5
310	Innere Medizin	165.323	172.700	7.377	4,5
340	Geriatrie	19.715	21.033	1.318	6,7
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	33.704	34.113	409	1,2
510	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	4.489	4.178	-311	-6,9
540	Neurochirurgie	8.661	9.044	383	4,4
570	Neurologie	26.717	28.780	2.063	7,7
630	Nuklearmedizin	1.041	879	-162	-15,6
870	Strahlenheilkunde	1.133	927	-206	-18,2
900	Urologie	20.444	20.688	244	1,2
930	Schwerpunkte	2.353	2.691	338	14,4
	<i>darunter: Schwerbrandverletzte</i>	<i>198</i>	<i>175</i>	<i>-23</i>	<i>-11,6</i>
	<i>Querschnittgelähmten-Zentrum</i>	<i>734</i>	<i>686</i>	<i>-48</i>	<i>-6,5</i>
	<i>Frührehabilitation</i>	<i>1.421</i>	<i>1.830</i>	<i>409</i>	<i>28,8</i>

¹⁾Fachgebetsfälle einschließlich der internen Verlegungen zwischen den Fachgebieten

Quelle: siehe Abbildung 1. Zur Abgrenzung der Leistungsmengen vgl. den Hinweis zu Abbildung 1.

³ Die Darstellung erfolgt hier auf Basis zusammengefasster Tabellen für den Zeitpunkt zum Beginn (2011) und zum Ende der Planperiode (2014) des Krankenhausplans 2015. Nach Einzeljahren differenzierte Tabellen siehe Anlage 8 und 9.

Tabelle 17: Belegungstage in den somatischen Fachgebieten 2011 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz	
				absolut	prozentual
120	Augenheilkunde	47.934	47.778	-156	-0,3
150	Chirurgie und Orthopädie	834.866	829.847	-5.019	-0,6
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	167.851	163.963	-3.888	-2,3
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	81.936	79.767	-2.169	-2,6
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.871	32.455	2.584	8,7
310	Innere Medizin	901.158	905.794	4.636	0,5
340	Geriatric	318.185	346.125	27.940	8,8
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	153.746	153.396	-350	-0,2
510	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	22.459	18.952	-3.507	-15,6
540	Neurochirurgie	59.175	67.378	8.203	13,9
570	Neurologie	179.982	184.771	4.789	2,7
630	Nuklearmedizin	2.628	2.545	-83	-3,2
870	Strahlenheilkunde	19.341	19.381	40	0,2
900	Urologie	97.221	93.602	-3.619	-3,7
930	Schwerpunkte	93.720	121.613	27.893	29,8
	<i>darunter: Schwerbrandverletzte</i>	<i>3.208</i>	<i>2.441</i>	<i>-767</i>	<i>-23,9</i>
	<i>Querschnittgelähmten-Zentrum</i>	<i>29.071</i>	<i>31.204</i>	<i>2.133</i>	<i>7,3</i>
	<i>Frührehabilitation</i>	<i>61.441</i>	<i>87.968</i>	<i>26.527</i>	<i>43,2</i>

Quelle: siehe Abbildung 1. Zur Abgrenzung der Leistungsmengen vgl. den Hinweis zu Abbildung 1.

Tabelle 18: Verweildauer in den somatischen Fachgebieten 2011 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz absolut
120	Augenheilkunde	3,3	3,1	-0,2
150	Chirurgie und Orthopädie	6,5	6,4	-0,1
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	3,9	3,6	-0,3
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3,7	3,5	-0,2
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,6	5,2	-0,4
310	Innere Medizin	5,5	5,2	-0,3
340	Geriatric	16,1	16,5	0,4
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	4,6	4,5	-0,1
510	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5,0	4,5	-0,5
540	Neurochirurgie	6,8	7,5	0,7
570	Neurologie	6,7	6,4	-0,3
630	Nuklearmedizin	2,5	2,9	0,4
870	Strahlenheilkunde	17,1	20,9	3,8
900	Urologie	4,8	4,5	-0,3
930	Schwerpunkte	39,8	45,2	5,4
	<i>darunter: Schwerbrandverletzte</i>	<i>16,2</i>	<i>13,9</i>	<i>-2,3</i>
	<i>Querschnittgelähmten-Zentrum</i>	<i>39,6</i>	<i>45,5</i>	<i>5,9</i>
	<i>Frührehabilitation</i>	<i>43,2</i>	<i>48,1</i>	<i>4,9</i>

Quelle: siehe Abbildung 1. Zur Abgrenzung der Leistungsmengen vgl. den Hinweis zu Abbildung 1.

Tabelle 19: Planbetten in den somatischen Fachgebieten 2011 bis 2015

Fachgebiet		01.01. 2011	01.01. 2012 ²⁾	01.01. 2013 ³⁾	31.12. 2014	01.12. 2015	Rechnerisches Soll 2015
120	Augenheilkunde	174	174	164	164	164	190
150	Chirurgie und Orthopädie	2.642	2.662	2.682	2.712	2.723	2.825
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	569	569	588	588	588	573
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	294	294	281	281	281	284
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	96	96	96	96	96	100
310	Innere Medizin	2.871	2.860	2.955	2.925	2.942	3.009
340	Geriatrie	887	887	964	994	1.022	957
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	587	587	580	580	585	585
510	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	76	76	72	72	72	77
540	Neurochirurgie	205	205	221	221	221	207
570	Neurologie	575	575	585	585	585	606
630	Nuklearmedizin	14	14	9	9	9	15
870	Strahlenheilkunde	60	60	62	62	62	63
900	Urologie	323	303	333	333	333	328
930	Schwerpunkte	312	312	309	376	376	312 ¹⁾
	<i>darunter: Schwerbrandverletzte</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
	<i>Querschnittgelähmten-Zentr.</i>	<i>94</i>	<i>94</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>94</i>
	<i>Frührehabilitation</i>	<i>207</i>	<i>207</i>	<i>211</i>	<i>278</i>	<i>278</i>	<i>207</i>
	Somatische Fachgebiete gesamt	9.373	9.674	9.901	9.622	9.683	9.819

Quelle: siehe Abbildung 1. Zur Abgrenzung der Leistungsmengen vgl. den Hinweis zu Abbildung 1.

¹⁾hier kein rechnerisches Soll sondern zunächst Übernahme des Betten-Solls 01.01.2011 ²⁾Zwischenfortschreibung 2011

³⁾Zwischenfortschreibung 2012

Tabelle 20: Auslastung der Planbetten in den somatischen Fachgebieten 2011 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Normauslastung 2014 in % ²⁾
120	Augenheilkunde	75,5	79,8	80,0
150	Chirurgie und Orthopädie ¹⁾	(86,6)	83,8	85,0
190	Gynäkologie und Geburtshilfe ¹⁾	(80,8)	76,4	80,0
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ¹⁾	(76,4)	77,8	80,0
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	85,2	92,6	85,0
310	Innere Medizin	86,1	84,2	85,0
340	Geriatrie	98,3	97,6	90,0
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	71,8	72,5	75,0
510	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	81,0	72,1	80,0
540	Neurochirurgie	79,1	83,5	85,0
570	Neurologie	85,8	86,5	85,0
630	Nuklearmedizin	51,4	77,5	80,0
870	Strahlenheilkunde	88,3	85,6	90,0
900	Urologie	83,8	77,0	80,0
930	Schwerpunkte			
	<i>darunter: Schwerbrandverletzte</i>	<i>79,9</i>	<i>66,9</i>	<i>90,0</i>
	<i>Querschnittgelähmten-Zentrum</i>	<i>84,7</i>	<i>97,1</i>	<i>90,0</i>
	<i>Frührehabilitation</i>	<i>81,3</i>	<i>96,3</i>	<i>90,0</i>

Quelle: siehe Abbildung 1. Zur Abgrenzung der Leistungsmengen vgl. den Hinweis zu Abbildung 1. Berechnung hier bezogen auf die Planbetten zum 31.12. d.J.

¹⁾Eine höhere Auslastung in den bezeichneten Fachgebieten im Jahr 2011 kann auch darauf zuzuführen sein, dass in dem der Berechnung zugrundeliegenden Behandlungsvolumen (Tabelle 17) im Jahr 2011 die Leistungen des Jerusalem Krankenhauses, das zum Jahr 2013 in den Krankenhausplan aufgenommen wurde, bereits mit enthalten sind, die in die Berechnung einfließenden Betten sich aber ausschließlich auf die Planbetten zum 31.12. des Jahres beziehen. Betten laut Versorgungsvertrag des Jerusalem Krankenhauses aus dem Jahr 2011 sind in der Auslastungsberechnung nicht mit berücksichtigt. ²⁾Veränderung der Normauslastung durch einen Rückgang der Verweildauer in der Planperiode des KHP 2015 in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (2011:85%).

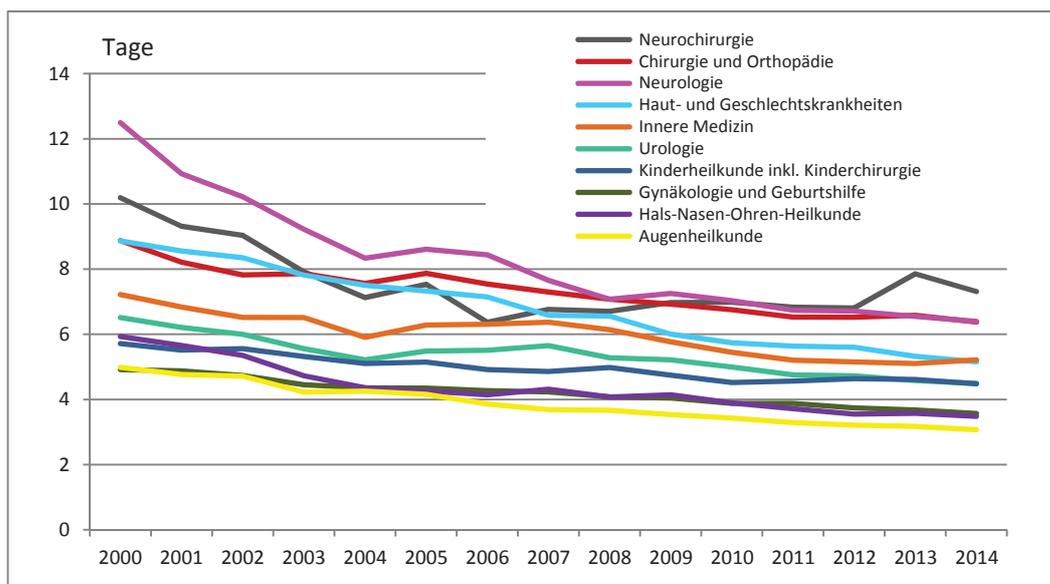
Die **Planbetten** wurden in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 in den **somatischen Fachgebieten** insgesamt um **310 Betten** angepasst (siehe Tabelle 19 auf der Folgeseite):

- Dies waren **Kapazitätserweiterungen** insbesondere in der Geriatrie (135 Betten), in der Chirurgie/Orthopädie (81 Betten) und im Bereich Frührehabilitation (71 Betten).
- Betten **abgebaut** wurden insbesondere in der Augenheilkunde (10 Betten) und der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (13 Betten).
- In Bezug auf das **rechnerisch ermittelte Betten-Soll** für die somatischen Fachgebiete zum 31.12.2015 wurde bei der Hälfte der Fachgebiete weitgehende Deckung mit den zum Ende der Planperiode in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten erreicht. Darüber liegen die Betten in der Geriatrie und in der Frührehabilitation, entsprechend der Kapazitätserweiterungen in der vergangenen Planperiode. Unterhalb der rechnerisch ermittelten Zahl liegen, bedingt durch relativ niedrige Fallzahlsteigerungen, die Betten in der Chirurgie/Orthopädie und bedingt durch einen weiteren Rückgang der Verweildauer die Betten in der Inneren Medizin.

Weiteres Augenmerk wurde auf die **langfristige Entwicklung der Verweildauer** in den einzelnen Fachgebieten gelegt (vgl. Abbildung 2). Bei einem einheitlichen Rückgang der Verweildauer seit dem Jahr 2000 sind hier insbesondere folgende Entwicklungen zu erkennen:

- Die stärksten Rückgänge der Verweildauer sind bis zum Jahr 2003/2004 zu erkennen (Einführung des Fallpauschalensystems). Danach findet ein weiterer Rückgang statt, jedoch in den meisten Fachgebieten deutlich abgeschwächt.
- Eine Reihe von Fachgebieten zeigen auch in den vergangenen Jahren während der Planperiode des Krankenhausplans einen weiter kontinuierlichen Rückgang der Verweildauer, der – linear fortgeschrieben – eine Fortsetzung dieses Trends vermuten lässt (Neurologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Augenheilkunde).
- Auffällige Schwankungen zwischen einzelnen Jahren müssen auf Unregelmäßigkeiten in der Erfassung zurückgeführt werden.

Abbildung 2: Verweildauerentwicklung seit 2000 - somatische Fachgebiete ohne Geriatrie



Quelle: siehe Abbildung 1. Dargestellt sind alle somatischen Fachgebieten mit mehr als 5.000 Fällen p.a. (nicht enthalten: Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Nuklearmedizin, Strahlenheilkunde, Schwerpunkte). Aus Darstellungsgründen (unterschiedliches Skalenniveau) wird die Verweildauer der Geriatrie zusammen mit den psychiatrischen Fachgebieten aufgeführt (vgl. Abbildung 3).

5.1.3. Belegungsentwicklung vollstationär psychiatrische Fachgebiete

In den **psychiatrischen Fachgebieten** stellt sich die Belegungsentwicklung in der zurückliegenden Planperiode des Krankenhausplans 2015 wie folgt dar⁴:

- Weitere **Fallzahlsteigerungen** in der Psychiatrie und Psychotherapie, deutliche Fallzahlsteigerungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ein Rückgang der Fälle in der Psychosomatik. Diese Entwicklung hat insbesondere im ersten Abschnitt der Planperiode stattgefunden. Im Verlaufe der letzten beiden Jahren (2013/2014) sind die Fallzahlen in den psychiatrischen Fachgebieten nur leicht angestiegen (vgl. die nach Einzeljahren differenzierten Tabellen in Anlage 12).
- Die **Verweildauer** und das **Behandlungsvolumen** insgesamt haben sich in den drei Gebieten unterschiedlich entwickelt.
 - Bei nahezu gleichbleibender Verweildauer in der **Psychiatrie und Psychotherapie** sind die Belegungstage in dem Fachgebiet gleichermaßen wie die Fallzahlen angestiegen.
 - In der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** ist das Behandlungsvolumen zwar entsprechend der Fallzahlentwicklung deutlich angestiegen, aufgrund eines Rückgangs der Verweildauer aber in deutlich geringerem Umfang als die Fallzahlen.
 - In der **Psychosomatik** ist bei einem Rückgang der Fallzahlen und des Behandlungsvolumens ein Anstieg der Verweildauer zu verzeichnen.
- Die **Auslastung** verhält sich weitgehend entsprechend der Entwicklung des Behandlungsvolumens.

Tabelle 21: Vollstationäre Fälle in den psychiatrischen Fachgebieten 2011 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz	
				absolut	prozentual
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	1.364	1.864	500	36,7
820	Psychiatrie und Psychotherapie	23.374	25.132	1.758	7,5
830	Psychosomatik	1.624	1.399	-225	-13,9
	Psychiatrische Fachgebiete gesamt	26.362	28.395	2.033	7,7

Tabelle 22: Belegungstage in den psychiatrischen Fachgebieten 2011 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz	
				absolut	prozentual
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	47.626	58.188	10.562	22,2
820	Psychiatrie und Psychotherapie	497.894	521.810	23.916	4,8
830	Psychosomatik	60.907	58.851	-2.056	-3,4
	Psychiatrische Fachgebiete gesamt	606.427	638.849	32.422	5,3

Tabelle 23: Verweildauer in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz absolut
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	34,9	31,2	-3,7
820	Psychiatrie und Psychotherapie	21,3	20,8	-0,5
830	Psychosomatik	37,5	42,1	4,6

Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

Die **Planbetten** wurden in der Planperiode des Krankenhausplans 2015 in den **psychiatrischen Fachgebieten** insgesamt um **97 Betten** angepasst (siehe Tabelle 24 auf der Folgeseite):

⁴ Die Darstellung erfolgt hier auf Basis zusammengefasster Tabellen für den Zeitpunkt zum Beginn (2011) und zum Ende der Planperiode (2014) des Krankenhausplans 2015. Für die Einzeljahre differenzierte Tabellen siehe Anlage 12.

- Dies waren **Kapazitätserweiterungen** in der Psychiatrie und Psychotherapie (55 Betten), in der Psychosomatik (31 Betten) sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (11 Betten).
- Das **rechnerisch ermittelte Betten-Soll** für die **psychiatrischen Fachgebiete** zum 31.12.2015 wurde im Krankenhausplan zunächst als Orientierungsgröße übernommen und in der Zwischenfortschreibung 2011 (Psychiatrie) des Krankenhausplans 2015 einer weiteren Prüfung unterzogen.

Tabelle 24: Planbetten in den psychiatrischen Fachgebieten 2011 bis 2015

Fachgebiet		01.01. 2011	01.01. 2012 ¹⁾	01.01. 2013 ²⁾	31.12. 2014	01.12. 2015	Rechnerisches Soll 2015 ³⁾
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	147	157	153	158	158	137
820	Psychiatrie und Psychotherapie	1.381	1.417	1.417	1.417	1.436	1.409
830	Psychosomatik	131	162	162	162	162	134
Psychiatrische Fachgebiete gesamt		1.659	1.726	1.732	1.742	1.756	1.680

¹⁾Zwischenfortschreibung 2011 ²⁾Zwischenfortschreibung 2012 ³⁾Überprüfung im Rahmen der Zwischenfortschreibung 2011.

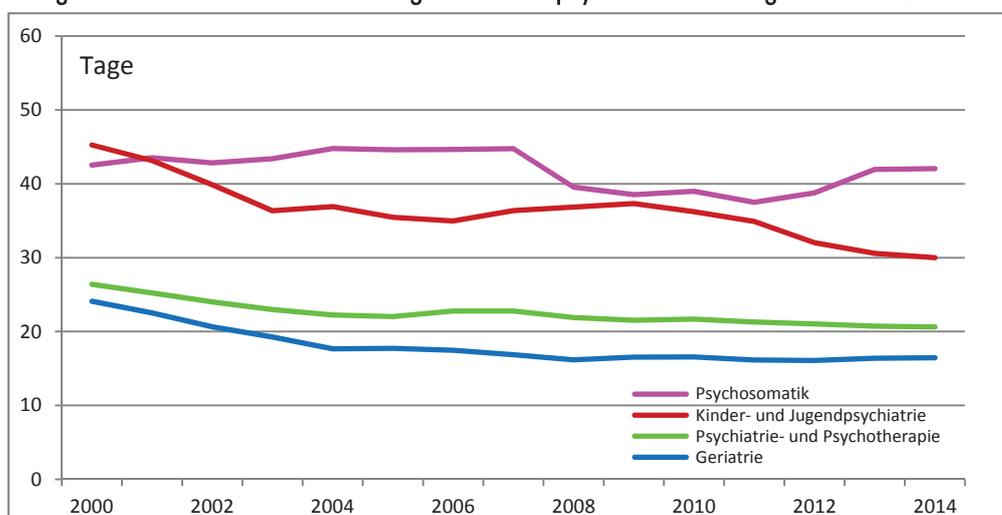
Tabelle 25: Auslastung der Planbetten in den psychiatrischen Fachgebieten 2010 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Normauslastung 2014 in % ²⁾
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	88,8	103,6	90,0
820	Psychiatrie und Psychotherapie	98,1	100,8	90,0
830	Psychosomatik	120,1	99,5	95,0

Weiteres Augenmerk wurde auch in den psychiatrischen Fachgebieten auf die **langfristige Entwicklung der Verweildauer** gelegt (vgl. Abbildung 3). Hier sind insbesondere folgende Entwicklungen zu erkennen:

- Rückgang der Verweildauer in der **Psychiatrie und Psychotherapie** von über 25 Tagen im Jahr 2000 auf rd. 21 Tage im Jahr 2014. In einer linearen Fortschreibung ist davon auszugehen, dass die Verweildauer in diesem Fachgebiet in den nächsten Jahren auf dem Niveau verbleiben wird.
- Rückgang der Verweildauer in der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** von rd. 45 Tagen im Jahr 2000 auf rd. 30 Tage im Jahr 2014 mit zwischenzeitlich erneuten Anstiegen.
- Keine einheitliche Entwicklung der Verweildauer in der **Psychosomatik**.
- Rückgang der Verweildauer in der **Geriatric** bis zum Jahr 2003/2004, seitdem nahezu keine Veränderungen (Darstellung aus technischen Gründen nicht in Abbildung 2 übernommen).

Abbildung 3: Verweildauerentwicklung seit 2000 - psychiatrische Fachgebiete und Geriatric



Quelle: siehe Abbildung 1. Aus Darstellungsgründen (unterschiedliches Skalenniveau) wird die Verweildauer der Geriatric hier zusammen mit den psychiatrischen Fachgebieten aufgeführt.

5.1.4. Umlandversorgung

Ein wesentliches Merkmal der hamburgischen Krankenhausversorgung ist der hohe Anteil an Fällen aus dem Hamburger Umland und weiter entfernt liegenden Regionen. Der Anteil der Fälle aus den umliegenden Bundesländern ist in den vergangenen neun Jahren von 25,5 % im Jahr 2005 auf rd. 28 % im Jahr 2013 angestiegen (vgl. Tabelle 26). Auch in der vergangenen Planperiode des Krankenhausplans 2015 sind hier weitere Zunahmen zu verzeichnen. Hier ist insbesondere der Anstieg der Fälle aus Schleswig-Holstein deutlich. Weitere Zunahmen verzeichnet auch der Anteil der Krankenhaufälle aus weiter entfernt liegenden Bundesländern und dem Ausland. Dieser Anteil liegt nunmehr bei 2,6%. Insgesamt liegt der Anteil der auswärtigen Fälle in den Hamburger Krankenhäusern aktuell bei rd. 31% (Stand 2013).

Tabelle 26: Vollstationäre Krankenhaufälle in den Hamburger Krankenhäusern nach Wohnort 2005 bis 2013

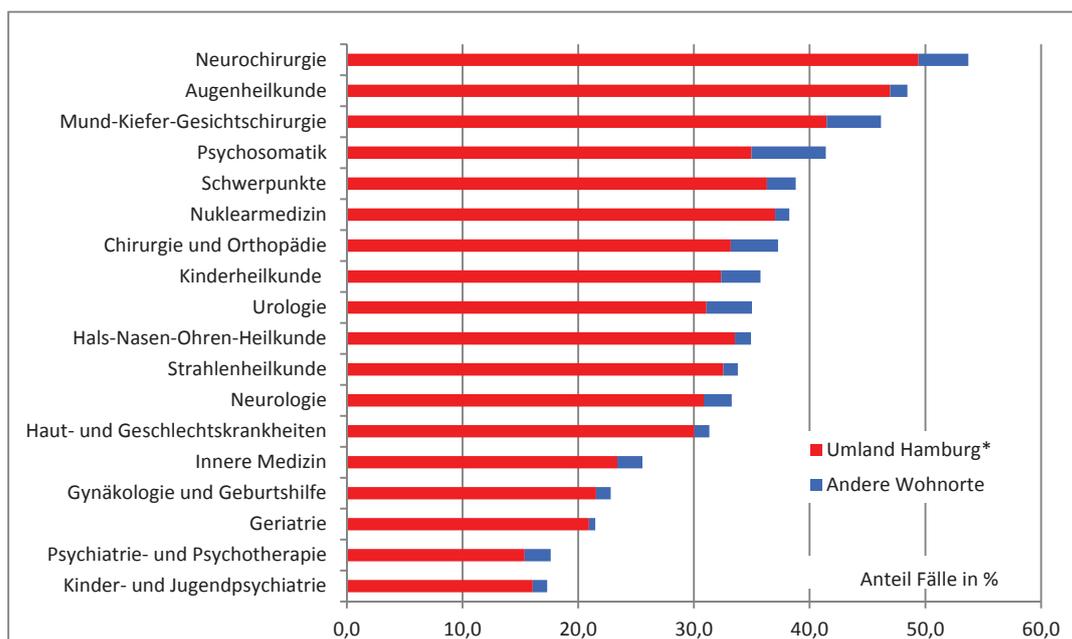
	2005	2009	2011	2013	2005	2009	2011	2013
Wohnort Hamburg	271.266	300.395	319.422	327.238	72,1	71,2	69,8	69,1
Wohnort nicht Hamburg	105.015	121.664	138.233	146.353	27,9	28,8	30,2	30,9
Weitere Differenzierung der Wohnorte								
Bundesländer der Metropolregion Hamburg	96.129	111.811	125.999	133.858	25,5	26,5	27,5	28,3
Schleswig-Holstein	63.480	73.295	82.262	88.235	16,9	17,4	18,0	18,6
Niedersachsen	30.357	35.577	40.406	41.988	8,0	8,4	8,8	8,9
Mecklenburg-Vorpommern	2.292	2.939	3.331	3.635	0,6	0,7	0,7	0,8
Andere Regionen und unbekannt	8.886	9.853	12.234	12.495	2,4	2,3	2,7	2,6
Andere Bundesländer/Wohnort unbekannt	7.708	8.268	9.774	10.110	2,1	2,0	2,2	2,1
Ausland	1.178	1.585	2.460	2.385	0,3	0,3	0,5	0,5
Gesamt	376.281	422.059	457.655	473.591	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik der BGV.

Deutliche Unterschiede in dem Anteil der auswärtigen Krankenhaufälle zeigen sich zwischen den **Fachgebieten** und in der **Altersstruktur** der Patientinnen und Patienten (vgl. die Abbildungen 4 und 5 auf der Folgeseite).

- Die höchsten Anteile auswärtiger Krankenhaufälle verzeichnen die **Fachgebiete** mit hochspezialisierten Angeboten wie die Neurochirurgie mit einem Anteil von deutlich über 50 % sowie die Augenheilkunde und die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie mit Anteilen weit über 40 %. Direkt folgt die Psychosomatik mit einem Anteil auch über 40 % sowie die Schwerpunkte (insbesondere Frührehabilitation) und Nuklearmedizin mit Anteilen von fast 40%. Deutlich ist in den meisten dieser Fachgebiete auch ein relativ hoher Anteil an Fällen aus anderen Bundesländern und dem Ausland, was die überregionale Bedeutung dieser Angebote herausstreicht.
- Ein weiterer großer Teil der **Fachgebiete** liegt mit Anteilen über 30 %, z.T. über 35 % (u. a. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie, Chirurgie/Orthopädie, Kinderheilkunde) deutlich über dem Durchschnitt.
- Nur **Fachgebiete**, die auf eine wohnortnahe Versorgung ausgerichtet sind, wie die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie verzeichnen Anteile unter 20 %. Auch in der Geriatrie und der Gynäkologie/Geburtshilfe beträgt der Anteil auswärtiger Krankenhaufälle mehr als 20 %.
- Bezogen auf die **Altersgruppen** zeigen sich weiter Unterschiede (vgl. Abb. 5): Der höchste Anteil der Nicht-Hamburger rekrutiert sich aus der Altersgruppe der 5 bis unter 15jährigen. Hier spiegelt sich der hohe Anteil der auswärtigen Fälle in der Kinderheilkunde sowie weiteren hochspezialisierten Versorgungsangeboten wieder. Eine weitere Gruppe mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil ist die Gruppe der 50 bis unter 70jährigen. Mit Austritt aus dem Erwerbsleben und im hohen Alter nimmt der Anteil der auswärtigen Krankenhaufälle deutlich ab. Diese Altersgruppe bevorzugt Krankenhausversorgung in der Nähe des Wohnortes.

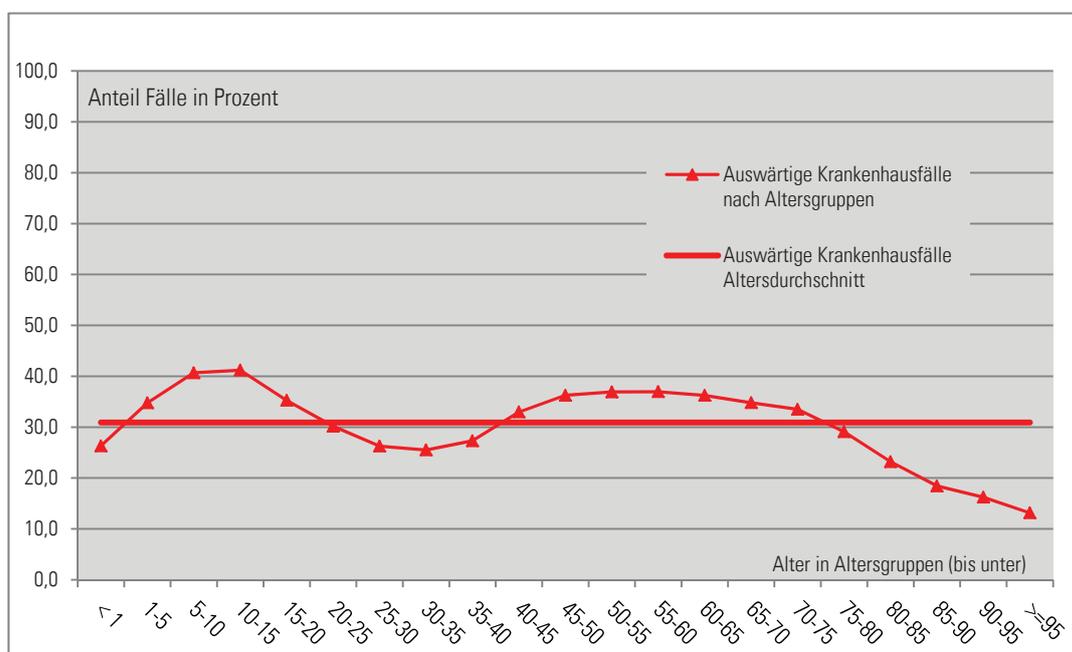
Abbildung 4: Anteil der auswärtigen Krankenhausfälle in den Hamburger Krankenhäusern nach Fachgebieten im Jahr 2013



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik der BGV

*Krankenhausfälle der Bundesländer Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern in den Hamburger Krankenhäusern insgesamt. Eine kreisgenaue Abgrenzung entsprechend der Metropolregion Hamburg ist derzeit über die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik noch nicht möglich.

Abbildung 5: Anteil der auswärtigen Krankenhausfälle in den Hamburger Krankenhäusern nach Altersgruppen im Jahr 2013



Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik der BGV

Hier keine Differenzierung nach dem Umland und anderen Wohnorten.

5.2. Inanspruchnahme der teilstationären Kapazitäten

5.2.1. Belegungsentwicklung teilstationär somatische Fachgebiete

In den somatischen Fachgebieten werden zum Ende der Planperiode des Krankenhausplans 2015 in 30 Tageskliniken 413 Plätze betrieben. Im Laufe der Planperiode wurden eine weitere geriatrische Tagesklinik sowie eine weitere Tagesklinik in der Kinderheilkunde eröffnet. Zwei Tageskliniken in der Inneren Medizin wurden bei gleichbleibender Zahl der Behandlungsplätze zu einer Tagesklinik zusammengefasst. Eine Tagesklinik Innere Medizin sowie eine Tagesklinik Frührehabilitation wurden zur Erweiterung des Angebots an psychosomatischen Behandlungsplätzen aufgegeben.

Die Zahl der **Behandlungsplätze** hat sich damit insgesamt im somatischen Bereich von 407 Plätzen im Jahr 2011 zu 413 Plätzen zum Ende der Planperiode im Jahr 2015 nur geringfügig verändert (vgl. die Tabellen 27 und 28).⁵

Tabelle 27: Anzahl der somatischen Tageskliniken 2011 bis 2015

Fachgebiet		01.01. 2011	01.01. 2012 ¹⁾	01.01. 2013 ²⁾	31.12. 2014	01.12. 2015
150	Chirurgie und Orthopädie	1	1	1	1	1
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	1	1	1	1	1
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1	1	1	1	1
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	3	3	3	3
310	Innere Medizin	8	7	7	7	6
340	Geriatrie	9	9	10	10	10
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie ³⁾	4	4	4	5	5
570	Neurologie	2	2	2	2	2
930	Frührehabilitation	2	2	1	1	1
Summe somatische Tageskliniken		31	30	30	31	30

¹⁾Zwischenfortschreibung 2011 ²⁾Zwischenfortschreibung 2012 ³⁾Pädiatrische Tagesklinik mit psychosomatischem Schwerpunkt hier mit enthalten

Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

Tabelle 28: Plätze laut Feststellungsbescheid 2010 bis 2015 - somatische Tageskliniken

Fachgebiet		01.01. 2011	01.01. 2012 ¹⁾	01.01. 2013 ²⁾	31.12. 2014	01.12. 2015
150	Chirurgie und Orthopädie	4	4	4	4	4
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	6	6	6	6	6
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	5	5	5	5	5
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	35	35	35	35	35
310	Innere Medizin	97	67	67	67	67
340	Geriatrie	180	180	194	194	194
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie ³⁾	37	37	42	55	55
570	Neurologie	8	8	8	8	17
930	Frührehabilitation	35	45	30	30	30
Summe somatische Tageskliniken		407	387	391	404	413

¹⁾Zwischenfortschreibung 2011 ²⁾Zwischenfortschreibung 2012 ³⁾Pädiatrische Tagesklinik mit psychosomatischem Schwerpunkt hier mit enthalten

Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

⁵ Vergleiche die differenzierten Tabelle in Anlage 11

Die **Belegungsentwicklung** lässt sich für die somatischen Tageskliniken wie folgt zusammenfassen:

- Im Jahr **2014** wurden rd. 12.700 **Patientinnen und Patienten**⁶ in 31 somatischen Tageskliniken auf 404 Plätzen versorgt. Gegenüber dem Jahr 2011 ist dieses ein Plus von rd. 2.000 Patientinnen und Patienten. Dieses Plus setzt sich im Wesentlichen zusammen aus Patientinnen und Patienten der Fachgebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Geriatrie, Kinderheilkunde und Frührehabilitation (Tab. 29).
- Die Zahl der **Behandlungstage** ist insgesamt in etwas geringerem Umfang angestiegen, woraus ein leichter Rückgang der Verweildauer insgesamt resultiert (Tab. 30).
- Die **Verweildauer** zeigt große Differenzen zwischen den Fachgebieten und bewegt sich zwischen ein bis zwei Tagen (Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) und rd. 18 Tagen (Geriatrie, Frührehabilitation, Innere Medizin) (vgl. Tabelle 31). Wesentliche Veränderungen sind hier lediglich für die Tageskliniken in der Inneren Medizin zu verzeichnen, was mit dem Wegfall bzw. der Umwidmung einer Tagesklinik Innere Medizin im Zusammenhang steht.
- Mit einer großen Spannweite zwischen den Fachgebieten werden im Durchschnitt über die betrachteten Zeiträume in den somatischen Tageskliniken rund 30 **Patientinnen und Patienten je Platz** behandelt (vgl. Tabelle 31). Die hier zu beobachtenden Unterschiede sind auf unterschiedliche Angebote und Versorgungskonzepte zurückzuführen.
- Die **Auslastung** liegt im Mittel zwischen 65 und 77% und zeigt entsprechend der Unterschiede in der Verweildauer und den je Platz behandelten Patientinnen/Patienten eine große Spannweite (Tab. 30).

Tabelle 29: Patientinnen und Patienten in den somatischen Tageskliniken 2010 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz	
				absolut	prozentual
150	Chirurgie und Orthopädie	1	36	35	3.500,0
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	305	410	105	34,4
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	313	972	659	210,5
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.208	2.270	62	2,8
310	Innere Medizin	546	199	-347	-63,6
340	Geriatrie	2.546	2.870	324	12,7
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie ¹⁾	4.193	5.172	979	23,3
570	Neurologie	336	377	41	12,2
930	Frührehabilitation	192	438	246	128,1
Summe somatische Tageskliniken		10.640	12.744	2.104	19,8

Tabelle 30: Belegungstage und Auslastung in den somatischen Tageskliniken 2010 und 2014

Fachgebiet		Belegungstage				Auslastung		
		2011	2014	Differenz		2011	2014	Differenz
				abs.	%			
150	Chirurgie und Orthopädie	1	39	38	3.800	²⁾	²⁾	²⁾
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	2.483	3.603	1.120	45,1	162,9	238,3	75,4
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	440	1.120	680	154,5	34,6	88,9	54,2
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	7.584	9.130	1.546	20,4	85,3	103,5	18,2
310	Innere Medizin	6.396	3.692	-2.704	-42,3	27,9	21,9	-6,0
340	Geriatrie	35.164	38.320	3.156	9,0	76,9	78,4	1,5
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie ¹⁾	9.767	11.631	1.864	19,1	103,9	90,8	-13,1
570	Neurologie	2.404	2.348	-56	-2,3	118,3	116,5	-1,8
930	Frührehabilitation	2.931	7.906	4.975	169,7	31,4	104,6	73,1
Summe somatische Tageskliniken		67.170	77.789	10.619	15,8	65,8	77,2	11,4

¹⁾Pädiatrische Tagesklinik mit psychosomatischem Schwerpunkt hier mit enthalten. ²⁾Keine Berechnung aufgrund mangelnder Datenbasis. Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

⁶ Patientinnen und Patienten werden pro Jahr einmal gezählt unabhängig von der Dauer und der Häufigkeit der Behandlungen im Jahr.

Tabelle 31: Verweildauer und Patientinnen und Patienten je Platz in den somatischen Tageskliniken 2010 und 2014

Fachgebiet		Verweildauer ¹⁾			Patientinnen und Patienten je Platz ¹⁾		
		2011	2014	Differenz absolut	2011	2014	Differenz absolut
150	Chirurgie und Orthopädie	1	1,1	0,1	0,3	9,0	8,8
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	8,1	8,8	0,7	50,8	68,3	17,5
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1,4	1,2	-0,2	62,6	194,4	131,8
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	3,4	4,0	0,6	63,1	64,9	1,8
310	Innere Medizin	11,7	18,6	6,9	7,1	3,0	-4,1
340	Geriatrie	13,8	13,4	-0,4	14,1	14,8	0,6
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie ²⁾	2,3	2,2	-0,1	113,3	101,7	-11,6
570	Neurologie	7,2	6,2	-1,0	42,0	47,1	5,1
930	Frührehabilitation	15,3	18,1	2,8	5,5	14,6	9,1
	Summe somatische Tageskliniken	6,3	6,4	0,1	27,5	31,9	4,4

¹⁾Jeweils gemittelte Angaben über die einzelnen Tageskliniken ²⁾Pädiatrische Tagesklinik mit psychosomatischem Schwerpunkt hier mit enthalten

Quelle: Krankenhäuser und Krankenhaussträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

5.2.2. Belegungsentwicklung teilstationär psychiatrische Fachgebiete

In den psychiatrischen Fachgebieten werden zum Ende der Planperiode des Krankenhausplans 2015 in **40** Tageskliniken **739** Plätze betrieben. Im Laufe der Planperiode wurden damit insgesamt zwölf weitere Tageskliniken mit 183 weiteren Plätzen in Betrieb genommen (Psychiatrie und Psychotherapie + 8 Tageskliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrie + 2 Tageskliniken, Psychosomatik + 2 Tageskliniken).⁷ Im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie werden neben den Allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken, die den größten Teil des Angebots ausmachen, fünf gerontopsychiatrische Tageskliniken und zwei Suchttageskliniken angeboten.

Tabelle 32: Anzahl der Tageskliniken in den psychiatrischen Fachgebieten 2011 bis 2015

Fachgebiet		01.01. 2011	01.01. 2012 ¹⁾	01.01. 2013 ²⁾	31.12. 2014	01.12. 2015
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	5	7	7	7
820	Psychiatrie und Psychotherapie	20	23	27	28	28
	davon Tageskliniken Allgemeinpsychiatrie	16	17	21	21	21
	Tageskliniken Gerontopsychiatrie	3	4	4	5	5
	Tageskliniken Sucht	1	2	2	2	2
830	Psychosomatik	3	3	4	5	5
	Summe psychiatrische Tageskliniken	28	31	38	40	40

Tabelle 33: Plätze laut Feststellungsbescheid 2010 bis 2015 – Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete

Fachgebiet		01.01. 2011	01.01. 2012 ¹⁾	01.01. 2013 ²⁾	31.12. 2014	01.12. 2015
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	56	56	74	74	74
820	Psychiatrie und Psychotherapie	450	460	565	565	565
	davon Tageskliniken Allgemeinpsychiatrie	363	367	463	453	453
	Tageskliniken Gerontopsychiatrie	63	63	73	83	83
	Tageskliniken Sucht	24	30	29	29	29
830	Psychosomatik	50	70	88	100	100
	Summe psychiatrische Tageskliniken	556	586	727	739	739

¹⁾Zwischenfortschreibung 2011 ²⁾Zwischenfortschreibung 2012

⁷ Vgl. die differenzierte Tabellen in Anlage 12

Die **Belegungsentwicklung** lässt sich für die Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete wie folgt zusammenfassen:

- Im Jahr **2014** wurden rd. **5.400 Patientinnen und Patienten⁸** in **40 Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete auf 739 Plätzen** versorgt. Gegenüber dem Beginn der Planperiode (2011) ist dieses ein Plus von 911 Patientinnen und Patienten (rd. 20%). In der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** sind dies durch die Inbetriebnahme von zwei weiteren Tageskliniken gegenüber dem Jahr 2011 mehr als doppelt so viele Patientinnen und Patienten.

Auch in der **Psychosomatik** und in der **Psychiatrie und Psychotherapie** ist die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten deutlich gestiegen (siehe Tabelle 34). Bezüglich der Angaben zur Psychiatrie und Psychotherapie ist zu berücksichtigen, dass drei der neu eingerichteten Tageskliniken erst zum Ende des Jahres 2014 in Betrieb genommen wurden und die Daten 2014 noch nicht die volle Patientenzahl abbilden. Entsprechend zeigt auch die **Auslastung 2014** noch kein vollständiges Bild.

- In unterschiedlichem Ausmaß hat sich das **Behandlungsvolumen** insgesamt verändert. Der im Verhältnis zur Kapazitätserweiterung in der Psychiatrie und Psychotherapie relativ schwache Anstieg des Behandlungsvolumens (+10,9%) ist auf die im Jahr 2014 z.T. noch nicht vollständige Inbetriebnahme der zusätzlichen Kapazitäten zurückzuführen.
- Ein besonderes Augenmerk gilt der **Verweildauer** und der Zahl der durchschnittlich **je Platz versorgten Patientinnen und Patienten** (vgl. Tabelle 36, S. 38).

Die **Verweildauer** ist am längsten in den **Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tageskliniken** mit einem deutlichen Rückgang von 2011 zu 2014. In der **Psychiatrie** erfolgt eine getrennte Betrachtung für die Bereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht, wobei die Tageskliniken der Allgemeinpsychiatrie mit mehr als 30 Tagen die längste Verweildauer mit nur geringen Unterschieden zwischen den betrachteten Zeiträumen verzeichnen. Auffällig ist hier eine große Spannweite zwischen den einzelnen Tageskliniken mit Werten zwischen 20 und 48 Tagen (vgl. Tabelle 36 niedrigster und höchster Wert). Die Tageskliniken der Gerontopsychiatrie und die Suchttageskliniken verzeichnen eine im Durchschnitt um 10 Tage niedrigere Verweildauer mit deutlich geringeren Unterschieden zwischen den einzelnen Tageskliniken. In den **psychosomatischen Tageskliniken** ist die Verweildauer zwar deutlich kürzer als in den Tageskliniken der Allgemeinpsychiatrie, im betrachteten Zeitraum ist sie aber im Durchschnitt um knapp 5 Tage angestiegen.

Die Zahl der **Patientinnen und Patienten je Platz** ist ein Maß für die Zahl der Patientinnen und Patienten, die bei gegebener Platzzahl versorgt werden können. Hier zeigt sich bei den allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken die größte Spannweite zwischen den Tageskliniken (im Jahr 2014 zwischen 5,3 und 12,4 Patientinnen/Patienten, die je Platz behandelt werden können). Im dem psychosomatischen Tageskliniken ist diese Zahl deutlich höher.

Tabelle 34: Patientinnen und Patienten in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 und 2014

Fachgebiet		2011	2014	Differenz	
				absolut	prozentual
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	194	413	219	112,9
820	Psychiatrie und Psychotherapie	3.521	3.990	469	13,3
	davon Tageskliniken Allgemeinpsychiatrie	2.741	3.082	341	12,4
	Tageskliniken Gerontopsychiatrie	508	624	116	22,8
	Tageskliniken Sucht	272	284	12	4,4
830	Psychosomatik	773	996	223	28,8
	Summe psychiatrische Tageskliniken	4.488	5.399	911	20,3

Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

⁸ Patientinnen und Patienten werden pro Jahr einmal gezählt unabhängig von der Dauer und der Häufigkeit der Behandlungen im Jahr.

Tabelle 35: Belegungstage und Auslastung in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 und 2014

Fachgebiet		Belegungstage				Auslastung		
		2011	2014	Differenz		2011	2014	Differenz
				abs.	%			
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	9.133	15.963	6.830	74,8	64,2	85,6	21,4
820	Psychiatrie und Psychotherapie	112.271	124.527	12.256	10,9	97,7	87,5	-10,2
	davon Tageskliniken Allgemeinpsychiatrie	92.521	101.794	9.273	10,0	100,0	89,2	-10,8
	Tageskliniken Gerontopsychiatrie	13.825	15.809	1.984	14,4	86,4	75,6	-10,8
	Tageskliniken Sucht	5925	6.924	999	16,9	93,3	94,7	1,4
830	Psychosomatik	18.439	28.339	9.900	53,7	132,0	117,1	-14,9
	Summe psychiatrische Tageskliniken	139.843	168.829	28.986	20,7			

Tabelle 36: Verweildauer und Patientinnen und Patienten je Platz in den Tageskliniken der psychiatrischen Fachgebiete 2010 und 2014

Fachgebiet		Verweildauer			Patientinnen und Patienten je Platz ¹⁾		
		2011	2014	Differenz absolut	2011	2014	Differenz absolut
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie						
	Durchschnittlicher Wert	47,1	38,7	-8,4	5,1	5,6	0,5
	Niedrigster Wert	43,3	21,8	-21,5	4,5	3,3	1,2
	Höchster Wert	57,2	51,1	-6,1	5,6	10,1	-4,5
820	Psychiatrie und Psychotherapie: hier Allgemeinpsychiatrie						
	Durchschnittlicher Wert	33,8	33,0	-0,8	7,5	7,6	0,1
	Niedrigster Wert	25,6	19,1	-6,5	4,6	5,3	0,7
	Höchster Wert	49,4	47,9	-1,5	11,2	12,4	1,1
820	Psychiatrie und Psychotherapie: hier Gerontopsychiatrie						
	Durchschnittlicher Wert	27,2	25,3	-1,9	8,1	7,5	-0,5
	Niedrigster Wert	23,4	18,8	-4,6	7,8	6,0	-1,8
	Höchster Wert	29,7	32,1	2,4	8,5	8,8	0,3
820	Psychiatrie und Psychotherapie: hier Suchttageskliniken						
	Durchschnittlicher Wert	21,8	24,4	2,6	9,1	9,8	0,7
	Niedrigster Wert	15,2	23,2	8,0	9,8	9,5	-0,3
	Höchster Wert	22,0	24,7	2,7	10,9	11,0	0,1
830	Psychosomatik						
	Durchschnittlicher Wert	23,9	28,5	4,6	11,0	10,4	-0,7
	Niedrigster Wert	20,5	19,1	-1,4	12,4	9,2	3,2
	Höchster Wert	25,7	31,1	5,4	18,3	15,1	-3,2

¹⁾Berücksichtigt sind bei den Angaben Patientinnen/Patienten je Platz nur Tageskliniken, die im Berichtsjahr vollständig betrieben wurden.

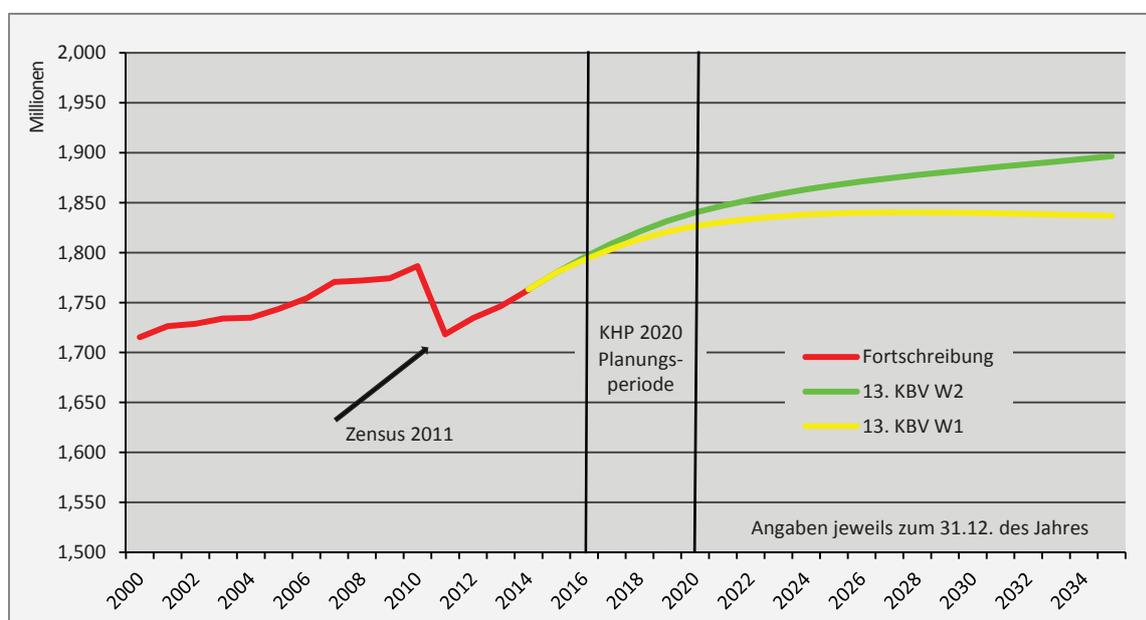
Quelle: Krankenhäuser und Krankenhausträger, Krankenhausstatistik gemäß § 15 HmbKHG

wird mit einem deutlichen Anstieg der Bevölkerung gerechnet. Mit der im September 2015 veröffentlichten 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (KBV) für Hamburg wird für die Planungsperiode des Krankenhausplans 2020 (01.01.2016 bis 31.12.2020) je nach zugrunde gelegter Annahme des Außenwanderungssaldos ein Bevölkerungszuwachs zwischen rd. 2,6 und 3,4 % insgesamt vorausberechnet (vgl. Abb. 7).

Bei der Bevölkerungsvorausberechnung für Hamburg handelt es sich um das Landesergebnis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder auf Basis abgestimmter Annahmen und Verfahren, gerechnet auf Basis der Bevölkerung zum 31.12.2013, in den Varianten W1 und W2, die sich in der Höhe des angenommenen zukünftigen Wanderungsgewinns gegenüber dem Ausland unterscheiden.⁹

Einen großen **Unsicherheitsfaktor hinsichtlich der Bevölkerungsprognose stellt die Einschätzung der künftigen Flüchtlingsbewegungen** dar. Zuverlässige Aussagen darüber, wie sich die Zuwanderung in den nächsten Jahren entwickeln wird, lassen sich gegenwärtig nicht machen. Für das Jahr 2015 ist schon jetzt davon auszugehen, dass mit der hohen Zahl Zugewanderter die Annahmen zum Wanderungssaldo überschritten sind und die Bevölkerungsvorausberechnungen entsprechend zu niedrig angesetzt sind.

Abbildung 7: Bevölkerungsentwicklung in Hamburg
(bis 2014: Bevölkerungsfortschreibung, ab 2015: 13. KBV in den Varianten W1 und W2)



Quelle: Daten Statistikamt Nord, Grafik BGV.

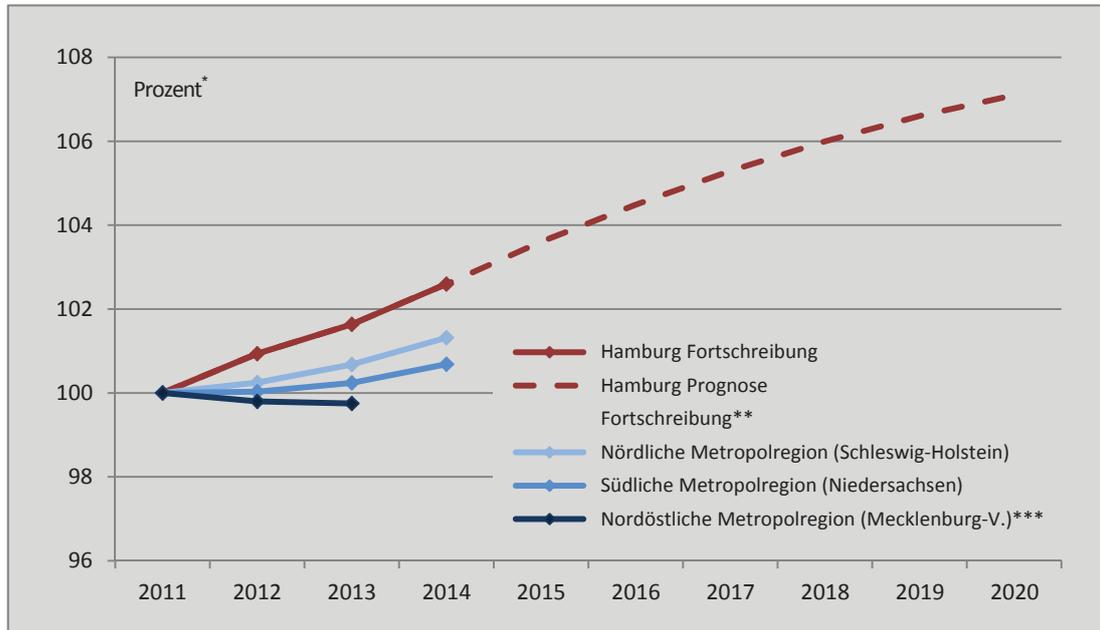
Daten: Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12. des Jahres. Bis zum Jahr 2010: Fortschreibung auf Basis der Volkszählung 1987, ab dem Jahr 2011: Fortschreibung des Zensus 2011. Ab 2015: Daten der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (KBV) für Hamburg.

Die Bevölkerungsentwicklung in der **Metropolregion insgesamt** ist Abb. 8 zu entnehmen. Nicht nur in Hamburg selbst, sondern auch in den Landkreisen der nördlichen und südlichen Metropolregion sind deutliche Bevölkerungszuwächse zu verzeichnen, die allerdings in der Grafik für die jeweiligen Regionen insgesamt aufgrund erheblicher intraregionaler Unterschiede im Vergleich zu Hamburg hier eher niedrig erscheinen. So liegen die Wachstumsraten der direkt an Hamburg angrenzenden Landkreise in den vergangenen zwei betrachteten Jahren in der gleichen Größenordnung bzw. zum Teil auch höher als in Hamburg. Die in Abbildung 8 dargestellten positiven Wanderungssalden werden durch negative Wanderungssalden der weiter entfernt von

⁹ Dabei handelt es sich um Annahmen zum Wanderungssaldo für das gesamte Bundesgebiet, an die Quoten für die Berechnung der Hamburger Anteile angelegt wurden (W1: Rückgang des Wanderungssaldo Deutschlands von zum Zeitpunkt der Berechnung aktuell 500.000 auf 100.000 bis 2021, W2: entsprechend Rückgang auf 200.000).

Hamburg liegenden Regionen im Durchschnittswert verringert. Einen Rückgang der Bevölkerung verzeichnen beide Gebiete aus Mecklenburg-Vorpommern im östlichen Rand der Metropolregion.

Abbildung 8: Bevölkerungsentwicklung in der Metropolregion Hamburg
(bis 2014: Bevölkerungsfortschreibung, ab 2015 für Hamburg 13. KBV in der Variante W2)



*Indexdarstellung: Prozentuale Darstellung gegenüber dem Basisjahr 2011 **Eine Bevölkerungsvorausberechnung auf Basis der 13. KBV liegt für die Landkreise der Metropolregion liegt noch nicht vor. ***Angaben für 2014 noch nicht verfügbar.
Quelle: Statistikamt Nord, Fortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, 13. KBV. Grafik BGV.

Bevölkerungsstruktur

Für die Betrachtung der Bevölkerungsstruktur ist sowohl die Ist-Situation (Daten 2014) in Hamburg im Vergleich zur Metropolregion und Deutschland insgesamt als auch die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Hamburg zum Jahr 2020 maßgeblich.

- **Aktuelle Bevölkerungsstruktur in Hamburg (Daten 2014):** Bedingt durch den Zuzug jüngerer Bevölkerungsgruppen in den vergangenen Jahren hat Hamburg eine relativ junge Bevölkerung. Dies zeigt sich insbesondere durch einen im Vergleich zu allen anderen Regionen sehr hohen Anteil der 25- bis unter 45-Jährigen (über 30% in Hamburg, Metropolregion 20 bis 25%, Deutschland knapp 25%, vgl. Abb. 9).
- **Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in Hamburg zum Jahr 2020:** Im Verlauf der Planperiode des letzten Krankenhausplans (Krankenhausplan 2015) hat in Hamburg ausgehend von der beschriebenen Bevölkerungsentwicklung eine unterschiedliche Entwicklung in den betrachteten Altersgruppen stattgefunden (vgl. Abb. 10 und Abb. 11):
 - Der Anteil der Kinder (**unter 18-Jährige**) hat prozentual zugenommen und wird auch bis zum Jahr 2020 und 2030 weiter zunehmen. Auch absolut hat diese Bevölkerungsgruppe deutlich Zuwächse zu verzeichnen, auch in den Jahren 2020 und 2030.
 - Prozentual einen leichten Rückgang verzeichnet die Gruppe der **18 bis unter 25-Jährigen**, in absoluten Zahlen allerdings erst zum Jahr 2020.
 - Die Gruppe der **25- bis unter 45-Jährigen**, mit über 30% in dieser Altersgruppierung die stärkste Bevölkerungsgruppe in Hamburg, verzeichnet prozentual bis zum Jahr 2020 keine großen Veränderungen, allerdings werden für den Verlauf der Planperiode des Kranken-

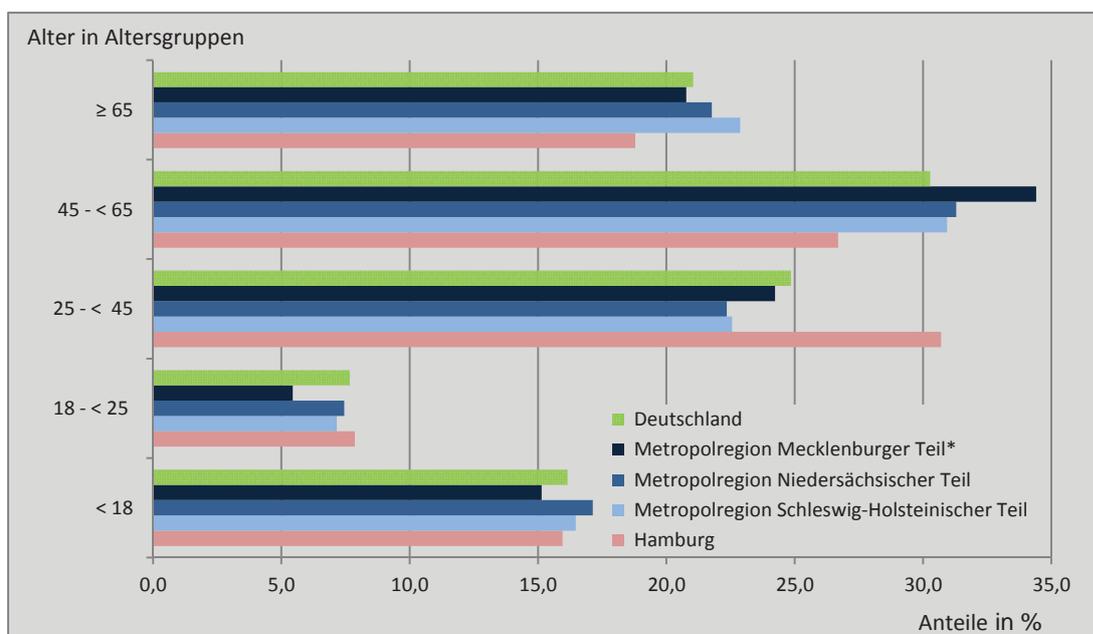
hausplans 2020 absolut deutliche Zuwächse vorausberechnet. Erst zum Jahr 2030 wird bei dieser Gruppe absolut und prozentual mit einem Rückgang gerechnet.

- Die Gruppe der **45- bis unter 65-Jährigen**, hat in der zurückliegenden Planperiode sowohl absolut als auch prozentual leichte Zuwächse zu verzeichnen. Erst für 2020 und 2030 werden prozentuale Rückgänge erwartet, bei einer weiteren absoluten Zunahme zunächst bis zum Jahr 2020.
- Besonderes Augenmerk gilt der Entwicklung in der Altersgruppe der **über 65-Jährigen**. Diese in Hamburg im Vergleich zu Deutschland und den anderen Regionen der Metropolregion mit einem Anteil von unter 20 % eher kleinere Bevölkerungsgruppe wird bis zum Jahr 2020 prozentual auch weiter zurückgehen und erst zum Jahr 2030 einen deutlichen Zuwachs erfahren. Absolut ist diese Gruppe allerdings auch in Hamburg mit einem Plus von rd. 5.700 im Zeitraum 2011 bis 2014 in den letzten Jahren angestiegen. Entsprechende Zuwächse werden auch für die Planperiode des Krankenhausplans 2020 vorausberechnet. Deutliche Zunahmen werden im Zeitraum 2020 bis 2030 erwartet.

Diese Entwicklung – insbesondere der spätere Anstieg des Anteils der älteren und alten Bevölkerung – bildet den in Hamburg verzögerten Effekt des demografischen Wandels ab: Bedingt durch einen zunächst anhaltenden Zuzug jüngerer Bevölkerungsgruppen wird der in anderen Regionen und Deutschland insgesamt zu verzeichnende Bevölkerungsrückgang und die deutliche Zunahme des Anteils der über 65-Jährigen in Hamburg verzögert und zunächst abgeschwächt stattfinden.

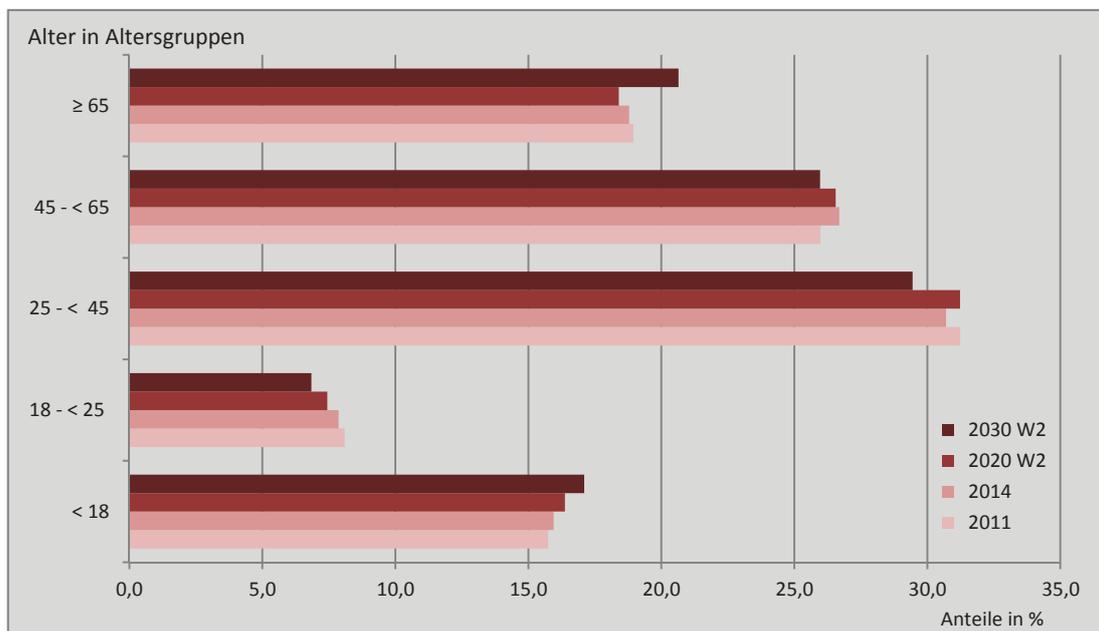
Gleichwohl ist festzuhalten, dass in Hamburg die absolute Zahl der über 65-Jährigen in den betrachteten 4 Jahren um rd. 5.700 angestiegen ist und für die Planperiode des Krankenhausplans 2020 je nach zugrunde gelegter Annahme des Außenwanderungssaldos mit einem weiteren Anstieg um rd. 4.300 bis 5.000 gerechnet wird.

Abbildung 9: Altersstruktur in Hamburg, in der Metropolregion und Deutschland insgesamt
Prozentuale Verteilung der Altersgruppen im Jahr 2014



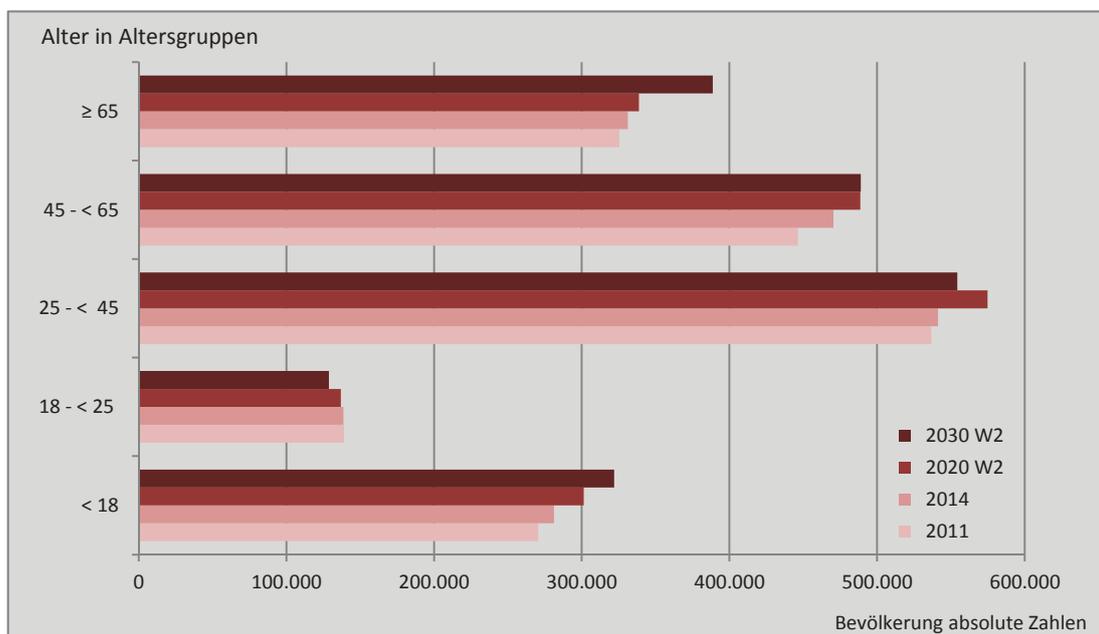
Quelle: Statistikamt Nord, Statistisches Bundesamt, Fortschreibung Zensus 2011. Grafik BGV.

Abbildung 10: Altersstruktur in Hamburg – Entwicklung 2011, 2014 und 2020 (Varianten)
Prozentuale Verteilung der Altersgruppen



Quelle: Statistikamt Nord, Fortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, 13. KBV. Grafik BGV.

Abbildung 11: Altersstruktur in Hamburg – Entwicklung 2011, 2014 und 2020 (Varianten)
Altersgruppen absolute Zahlen



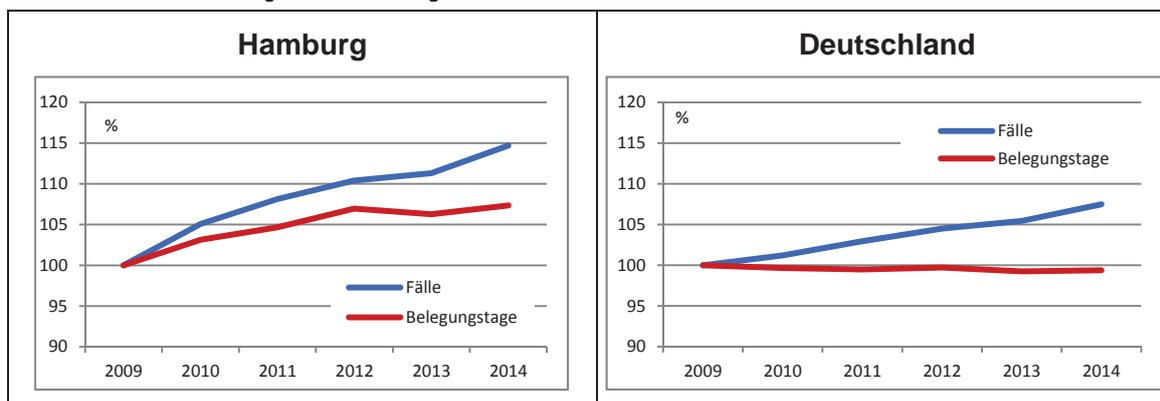
Quelle: Statistikamt Nord, Fortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, 13. KBV. Grafik BGV.

6.2. Krankenhausinanspruchnahme - Hamburg im Bundesvergleich

Die Entwicklung der Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser zeigt im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung bezogen auf die Jahre 2009 bis 2014 das folgende Bild (Abbildung 12 bis 14):

- Im Bundesvergleich zeigt sich in Hamburg eine stärkere Zunahme der **Krankenhausfälle** und im Gegensatz zur bundesweiten Entwicklung bis zum Jahr 2012 ebenfalls ein Anstieg des **Behandlungsvolumens** insgesamt (Vergleich der prozentualen Entwicklung Abbildung 12).
- Die **Inanspruchnahme der Krankenhäuser** steigt nicht nur absolut (Fallzahlenanstieg), sondern auch im Verhältnis zur Bevölkerung (Krankenhaushäufigkeit). Diese Dynamik, die u.a. auf den steigenden Anteil der älteren Bevölkerung mit einer höheren Krankenhaushäufigkeit zurückzuführen ist, verläuft in Hamburg und im Bundesgebiet insgesamt gleichermaßen. Die Bettendichte ist in Hamburg sowie bundesweit rückläufig. Beide Parameter liegen in Hamburg aufgrund des hohen Anteils externer Krankenhausfälle (rd. 31%) deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 13).
- Die **Verweildauer** ist insgesamt rückläufig. Sie liegt in Hamburg nach einem leichten Anstieg im Jahr 2012 im Jahr 2014 mit 7,7 Tagen leicht über dem bundesweiten Durchschnittswert (Abb. 14).

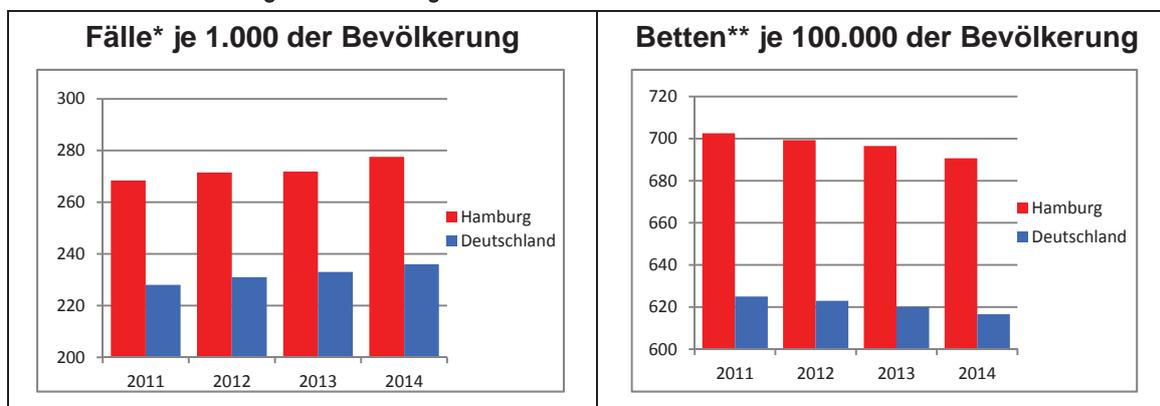
Abbildung 12: Prozentuale Entwicklung der Krankenhausfälle und Belegungstage seit 2009 Hamburg im Bundesvergleich¹⁾



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser²⁾, eigene Berechnungen

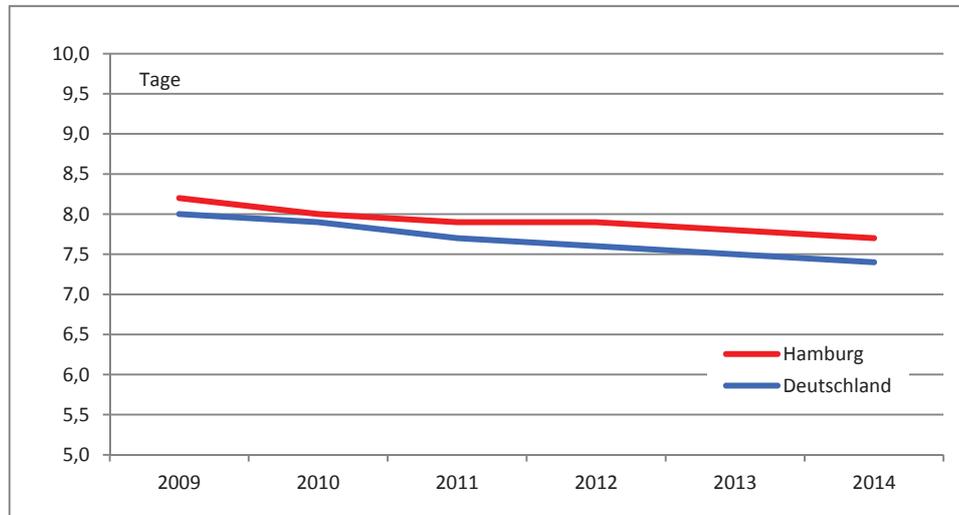
¹⁾Angaben jeweils bezogen auf den Behandlungsort (Fälle/Belegungstage in den Hamburger Krankenhäusern/in den Krankenhäusern in Deutschland insgesamt). ²⁾Siehe Hinweis in Abbildung 14.

Abbildung 13: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und Bettendichte seit 2011 Hamburg im Bundesvergleich



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser¹⁾, Bevölkerungsfortschreibung, eigene Berechnungen. Aufgrund der Veränderungen in der Bevölkerungsfortschreibung durch den Zensus 2011 erfolgt die Darstellung hier nur bezogen auf den Zeitraum ab dem Jahr 2011. ¹⁾Siehe Hinweis in Abbildung 14. *Fälle bezogen auf den Behandlungsort **Aufgestellte Betten.

Abbildung 14: Entwicklung der Verweildauer seit 2009
Hamburg im Bundesvergleich



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

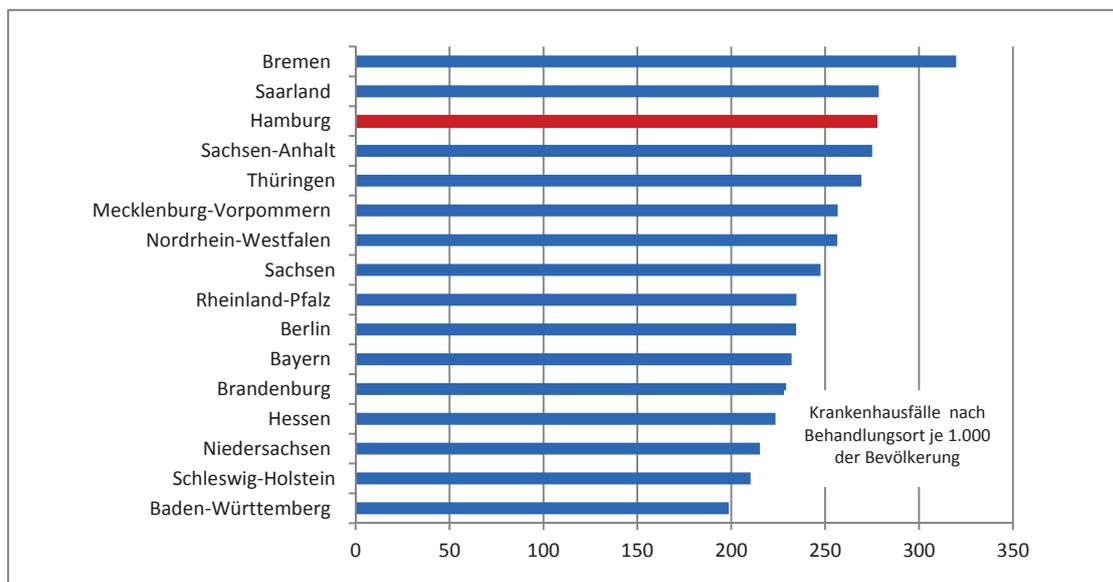
Hinweis: Die Grunddaten der Krankenhäuser beziehen sich grundsätzlich auf alle Krankenhäuser: Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag außerhalb der Plankrankenhäuser sowie Kliniken nach § 30 Gewerbeordnung. Ein direkter Vergleich mit den in Abschnitt 5 dargestellten Zahlen ist daher nicht möglich.

Die Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser im Jahr 2014 im Vergleich zu den einzelnen Bundesländern gibt das folgende Bild (Abbildung 15 bis 18):

- Mit der **Krankenhaushäufigkeit** liegt Hamburg hinter dem Saarland und Bremen im Bundesländervergleich an dritter Stelle (vgl. Abb. 15). Dieses ist auf den hohen Anteil an externen Krankenhausfällen und die Lage Hamburgs in der Metropolregion Hamburg zurückzuführen (rd. 31% der Hamburger Krankenhausfälle haben ihren Wohnort nicht in Hamburg).
- Entsprechend verhält sich die **Bettendichte**, mit der Hamburg an vierter Stelle auch einen relativ hohen Wert verzeichnet (vgl. Abb. 16).
- Auch mit der **Bettenauslastung** liegt Hamburg an zweiter Stelle, was einen Hinweis auf die stark nachgefragten Krankenhausleistungen in Hamburg gibt (vgl. Abb. 17).
- Auch mit der **Verweildauer** liegt Hamburg im Bundesvergleich an dritter Stelle. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Zum einen wird davon ausgegangen, dass in den Hamburger Krankenhäusern entsprechend des in Hamburg hohen Case-Mix-Indexes (CMI)¹⁰ und entsprechend der Versorgungsfunktion für die Metropolregion ein vergleichbar hoher Anteil schwerer Krankenhausfälle mit entsprechend langer Verweildauer versorgt wird. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass in Hamburg aufgrund des großen und engmaschigen Angebots an ambulanten vertragsärztlichen Angeboten der Anteil der Menschen, die in diesem Sektor versorgt werden, höher ist als in Flächenländern mit geringerer Versorgungsdichte. Dies betrifft insbesondere Fälle mit leichteren Erkrankungen, wodurch sich indirekt die Verweildauer im stationären Bereich erhöht (Wegfall bzw. Verringerung des Verdünnungseffektes durch Fälle mit kurzer Verweildauer).

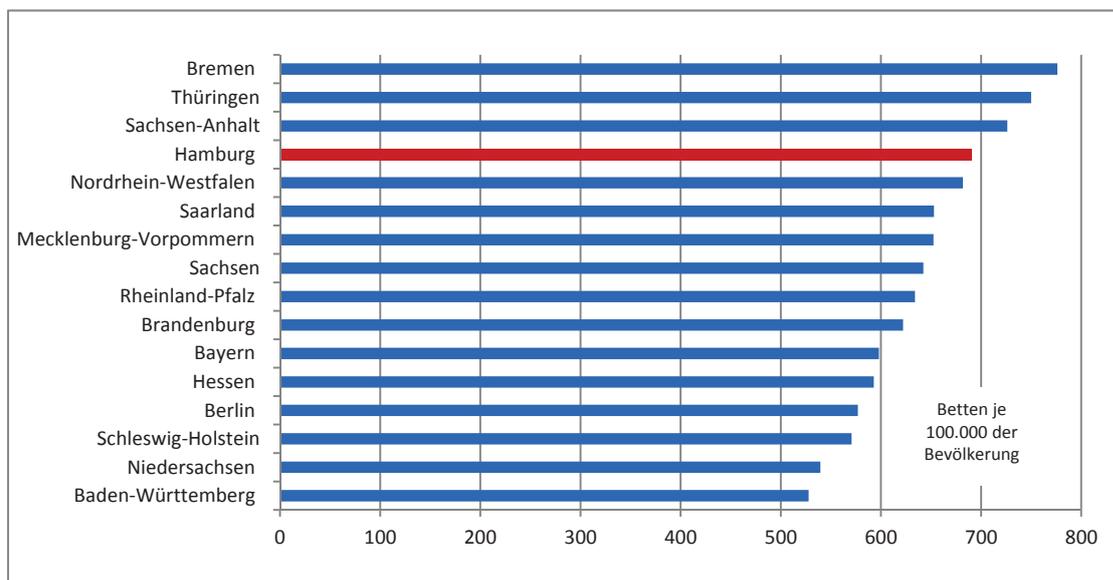
¹⁰ Der Case-Mix-Index (CMI) liegt aktuell (Stand 2014) in Hamburg mit 1,25 nach Berlin (1,23) mit deutlichem Abstand vor den anderen Bundesländern und entsprechend weit über dem Bundesdurchschnitt von 1,09 (DRG-Statistik 2014 Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt). Der CMI beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle bezogen auf den ökonomischen Gesamtaufwand. Er gibt als Mittelwert nur die durchschnittlichen Verhältnisse wider. Über die Verteilung der Schweregrade kann damit keine Aussage getroffen werden.

Abbildung 15: Krankenhaushäufigkeit und Bettendichte 2014
Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern



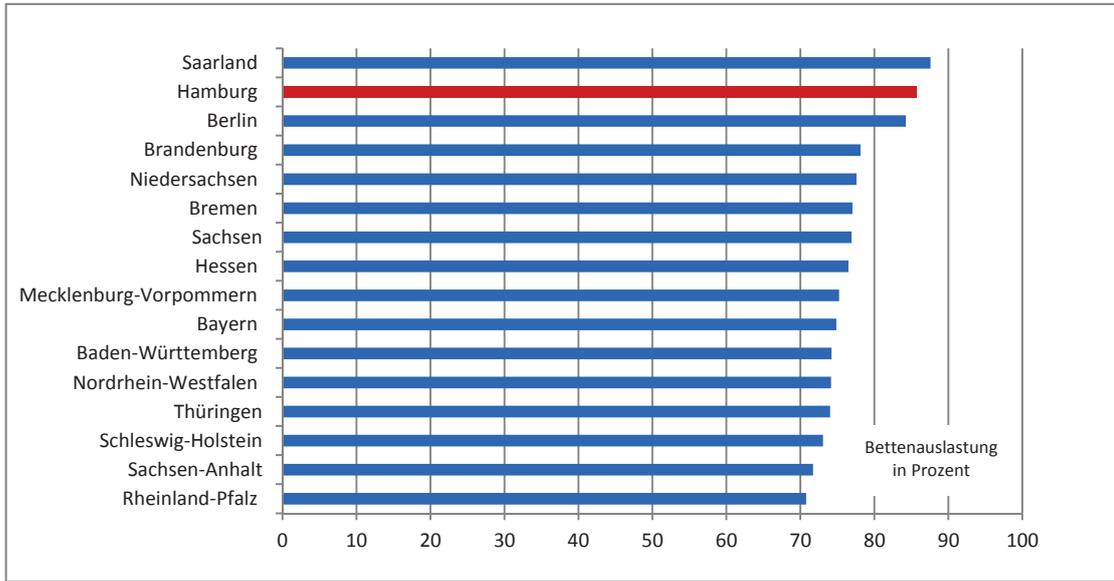
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

Abbildung 16: Bettendichte 2014
Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern



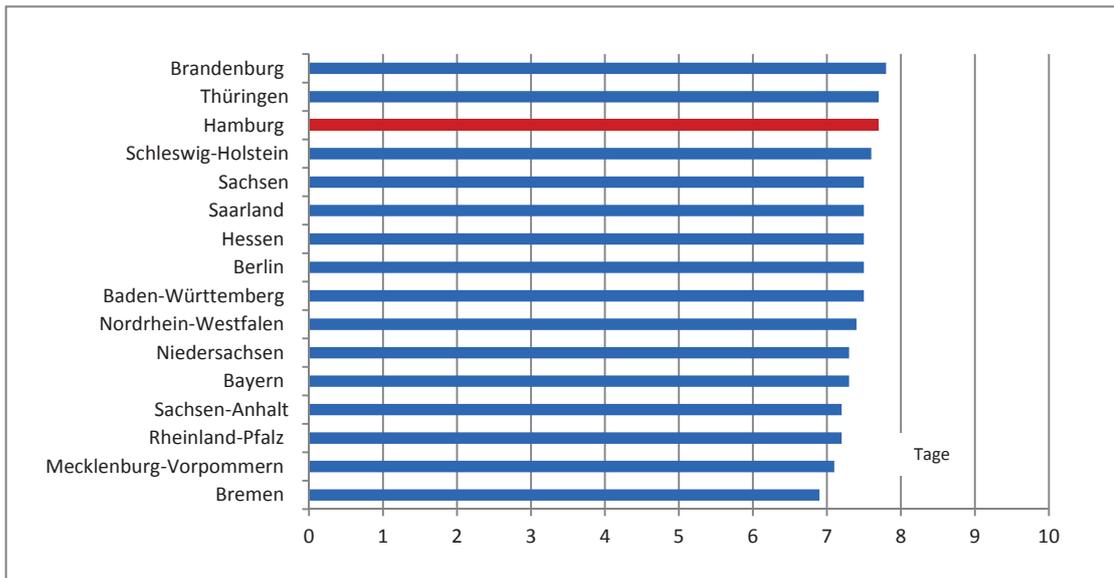
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

Abbildung 17: Bettenauslastung 2014
Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

Abbildung 18: Verweildauer 2014
Hamburg im Vergleich mit den Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Berechnungen.

7. Planungsprozess, Verfahren und Methoden zur Bedarfsfestlegung und Bedarfsabschätzung

Um den Planungsprozess zum Krankenhausplan 2020 transparent und im Konsens zu gestalten, hat die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz die Diskussion auch zu diesem Krankenhausplan mit den unmittelbar Beteiligten, den Hamburger Plankrankenhäusern und anderen Antragstellern frühzeitig und offen geführt.

Wesentliche Bestandteile des offenen Verfahrens waren

- Arbeitsgruppe Zukunftsforum Altersmedizin (2013 und 2014),
- Arbeitsgruppen zu speziellen Fragestellungen,
 - die BASIS-AG zur Entwicklung eines Prüfschemas für Strukturvorgaben (Qualitätsanforderungen),
 - die Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der psychiatrischen Fachgebiete,
 - Arbeitsgruppe Datengrundlagen sowie
- Strukturgespräche mit den Hamburger Plankrankenhäusern,
- Gespräche mit Antragstellern zum Krankenhausplan 2020,
- Fachgebietsbezogene Expertengespräche zu einzelnen Fachgebieten.

Darüber hinaus gab es weitere Fachdiskussionen, u.a. zu den Anträgen der Hamburger Krankenhäuser auf Schaffung von teilstationären Kapazitäten für Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

7.1. Grundelemente des Planungsprozesses

7.1.1. Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung : AG Datengrundlagen, Basis-AG, AG Psychiatrie

AG Datengrundlagen

Die vom Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung eingesetzte Arbeitsgruppe „**Datengrundlagen**“ hat im Zeitraum vom 28.01.2015 bis 28.05.2015 in drei Sitzungen über die dem Krankenhausplan 2020 zugrunde zulegenden Datengrundlagen sowie den methodischen Ansatz und die Grundannahmen für die Prognoserechnung der Planbetten zum Planungshorizont beraten. Vertreten in der Arbeitsgruppe waren einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und der Krankenkassenverbände in Hamburg sowie die BGV. Die Arbeitsgruppe hat sich im Wesentlichen mit den folgenden Themen befasst:

- Belegungsentwicklung in den 17 Fachgebieten und Abgleich der Ist-Entwicklung mit den rechnerischen Annahmen im Krankenhausplan 2015 zum Planungshorizont 2015;
- allgemeine Parameter zur Krankenhausinanspruchnahme im Bundesvergleich;
- Entwicklung der Verweildauer in den einzelnen Fachgebieten im Rückblick auf die vergangenen 15 Jahre;
- Entwicklung der Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser durch Patientinnen und Patienten aus dem Hamburger Umland;
- Bevölkerungsentwicklung und Ansätze zur Bevölkerungsvorausberechnung zum Jahr 2020;
- Diagnosespektrum der großen Fachgebiete sowie Ansätze einer tiefergegliederten Fachgebietsbetrachtung;
- Methodischer Ansatz und Grundannahmen für die Bettenprognose zum Planhorizont 2020.

Ein Schwerpunkt der Erörterungen lag in der Entwicklung der Verweildauer, insbesondere in Hinblick auf die Frage eines eventuellen Rückgangs der Dynamik der vergangenen Jahre bis hin zu einer eventuellen Verstetigung auf einem erkennbaren Niveau.

Größeren Raum hat weiter die Frage der Bevölkerungsvorausschätzung für Hamburg eingenommen, da zum Zeitpunkt der Sitzungsperiode der Arbeitsgruppe noch keine den aktuellen Bevölkerungsentwicklungen angepasste Bevölkerungsvorausberechnung für Hamburg vorlag. Zunächst von der BGV angesetzte Annahmen der Bevölkerungsentwicklung zum Planhorizont 2020 konnten im Laufe der Planungsphase durch die Anfang September durch das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein veröffentlichte 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung ersetzt werden.

AG „Entwicklung eines Prüfschemas für Strukturvorgaben (Qualitätsanforderungen)“ (Basis AG)

Die vom Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung eingesetzte Arbeitsgruppe hat sich eingehend mit Qualitätsanforderungen für qualitätssensible Bereiche im Sinne des neu in das HmbKHG aufgenommenen § 6b Abs. 2 befasst.

Ziel der AG war es, ein Prüfschema für Strukturvorgaben (Qualitätsanforderungen) von vier Fachgebieten, Schwerpunkten bzw. Leistungsbereichen zu entwickeln.

Als mögliche Fachgebiete, Schwerpunkte bzw. Leistungsbereiche hatte die BGV vorgeschlagen:

- Anforderungen an **Notfallkrankenhäuser** (inkl. Traumazentren, Schlaganfallversorgung, ggf. zur Bearbeitung in Teilbereiche aufgliedern). Die Erkenntnisse der AG Notfallversorgung der Landeskonferenz Versorgung und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform sollen einfließen.
- **Gefäßzentren/Gefäßchirurgie/Gefäßmedizin** (Abgrenzung der Schwerpunkte: umfassendes Versorgungsangebot vs. Venenchirurgie).
- **Neurochirurgie** (mögliche Differenzierung in komplettes Versorgungsangebot einschließlich Kopf oder nur Wirbelsäule).
- **Neurologische Frührehabilitation.**

Zum Einstieg in die Diskussion hatte die BGV erste Ideen für ein solches Prüfschema vorgeschlagen.

Nach ausführlicher Diskussion der unmittelbar Beteiligten wurde das Fachgebiet Neurochirurgie für eine nähere Befassung ausgewählt.

Damit befinden sich nunmehr im Verfahren Vorgaben zur Struktur der neurochirurgischen Versorgung (umfangreiches neurochirurgisches Versorgungsangebot inkl. Hirnoperationen vs. Konzentration auf Wirbelsäuleneingriffe). In einem Gespräch der Arbeitsgruppe mit neurochirurgischen Experten wurde deutlich, dass Handlungsbedarf besteht zur Optimierung der Qualität und Patientensicherheit bei neurochirurgischen Eingriffen, auch um für die Patientinnen und Patienten die unterschiedlichen Angebote transparenter darstellen zu können. Die deshalb gebotenen ergänzenden Qualitätsanforderungen nach § 6b Abs. 2 HmbKHG werden nach entsprechenden Vorarbeiten in der Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Vorschläge der HKG und der Experten derzeit erarbeitet. Mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten konnte bereits weitgehend Einvernehmen hierzu hergestellt werden. Das Verfahren konnte aber nicht vor der Entscheidung über den Krankenhausplan 2020 abgeschlossen werden. Die Anhörung der Beteiligten nach § 6b Abs.2 HmbKHG wird derzeit vorbereitet. Die Ergebnisse dieses Verfahrens werden aber nach Abschluss des Verfahrens Bestandteil des Krankenhausplans 2020.

Zu möglichen weiteren für die Krankenhausplanung geeigneten Qualitätsparametern wird die BGV in Kürze ein Gutachten in Auftrag geben, das bereits vorhandene Qualitätsvorgaben, die für den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg nutzbar gemacht werden könnten, identifizieren soll.

AG „Weiterentwicklung der psychiatrischen Fachgebiete“

Die vom Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung eingesetzte Arbeitsgruppe „**Weiterentwicklung der psychiatrischen Fachgebiete**“ hat im Zeitraum vom 12.02.2015 bis 04.06.2015 in fünf Sitzungen über die Perspektiven und krankenhauplanerischen Anforderungen in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beraten. In

diesem Rahmen haben sich ausgewählte von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und den Krankenkassen-Verbänden in Hamburg benannte Fachvertreterinnen und -vertreter gemeinsam mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) als Planungsbehörde mit folgenden thematischen Schwerpunkten befasst:

- Belegungsentwicklung in den oben genannten Fachgebieten;
- Mögliche gemeinsame Ausweisung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie;
- Überprüfung der regionalen Sektorisierung;
- Strukturen in der Gerontopsychiatrie;
- Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie;
- Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie/Allgemeinpsychiatrie – Adoleszenten-Stationen;
- Struktur der Tageskliniken in Abgrenzung zu den Bereichen der ambulanten Versorgung einschließlich ambulanter Rehabilitation;
- Mögliche Norm-Verweildauer für Tageskliniken der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die BGV leitet aus den in der Arbeitsgruppe differenziert dazu formulierten Positionen die in Abschnitt 9.1.2 dargelegten Grundannahmen für den Krankenhausplan 2020 ab. Mit den Festlegungen des Krankenhausplans 2020 für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird diesen Grundannahmen gefolgt.

7.1.2. Strukturgespräche mit Plankrankenhäusern und Antragstellern

Die BGV hat in den Monaten Januar und Februar 2015 mit allen 39 Plankrankenhäusern und ihren Trägern Strukturgespräche geführt. Ziel der Gespräche war es, rechtzeitig über die Vorstellungen der Plankrankenhäuser und die Überlegungen der BGV für den Zeitraum ab 2016 zu sprechen. Neben der Erwartung, dass 2014 belegte Kapazitäten krankenhauserplanerisch nachvollzogen werden sollen, wurden von den Plankrankenhäusern bereits in den Strukturgesprächen einige Anträge zum Krankenhausplan 2020 gestellt, vorrangig im Bereich der Psychosomatik (teil- und vollstationär) und Psychiatrie/Psychotherapie (teil- und vollstationär). Mit einzelnen Krankenhäusern folgten in den Folgemonaten weitergehende Gespräche bezüglich einzelner Anträge oder geplanter Schwerpunktsetzungen.

Darüber hinaus hat die BGV Gespräche mit den Institutionen geführt, die einen Antrag auf Aufnahme von vollstationären und teilstationären Versorgungsangeboten in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg gestellt haben.

Über die Entwicklung der Krankenhausversorgung in Hamburg und im schleswig-holsteinischen Umland hat die BGV mehrere Gespräche mit der zuständigen Planungsabteilung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein geführt.

7.1.3. Fachgespräche zu somatischen Fachgebieten

Auch zum Krankenhausplan 2020 hat es Fachgespräche zu einzelnen Fachgebieten mit Hamburger (medizinischen) Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertretern des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung gegeben:

- Chirurgie und Orthopädie
- Neurochirurgie
- Innere Medizin
- Geriatrie/ Altersmedizin
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Neurologie
- Frührehabilitation

Die medizinischen Expertinnen und Experten gehen für die Fachgebiete mit einem höheren Anteil älterer Patientinnen und Patienten (Chirurgie/Orthopädie, Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie) bedingt durch die demografische Entwicklung sowie durch Entwicklungen im medizinischen Bereich von deutlich höheren **Fallzahlsteigerungen** aus, als von der BGV für die Planbettenprognose auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde gelegt. Angenommen werden von den Expertinnen und Experten u.a. deutliche Anstiege bei Wechsel-/Endoprothesen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, TAVI sowie spezialisierten Behandlungen, die im ambulanten Bereich nicht abgedeckt werden könnten.

In Hinblick auf die Entwicklung der **Verweildauer** schätzen die Hamburger Expertinnen und Experten die Wahrscheinlichkeit für weitere deutliche Verkürzungen der Verweildauer als eher niedrig ein. Die Verkürzung der Verweildauer sei an der Grenze angekommen, schwächere Rückgänge in einzelnen Bereichen wurden aber auch nicht ausgeschlossen. Ein weiterer Hinweis der Expertinnen und Experten bzgl. der Verweildauer bezog sich auf die **Normauslastung**. Bei einer VD unter 4,5 Tagen sei die Grenze erreicht, bei der eine Normauslastung von 80 % noch eine Größe darstelle, die Planungssicherheit garantiere (Beispiel Gynäkologie).

7.2. Methoden und Vereinbarungen

7.2.1. Datenbasis und Fachgebiete

Als Planungseinheiten werden die bereits im Krankenhausplan 2010 festgelegten 17 Fachgebiete sowie die Schwerpunkte Schwerbrandverletzte, Querschnittgelähmten-Zentrum und Frührehabilitation zugrunde gelegt. Für diese Bereiche melden die Krankenhäuser monatlich differenzierte Belegungsdaten gemäß § 15 HmbKHG an die BGV. Die Daten stellen als fachgebietsbezogene Fälle und Belegungstage die Basis für die Berechnung der Inanspruchnahme, Auslastung und Vorausberechnung dar.

Bezüglich der Fachgebietszuordnung wird den Krankenhäusern weiterhin Flexibilität zugestanden: Bei Beibehaltung der Gesamtkapazität sind Abweichungen einzelner somatischer Fachgebiete von +/- 10 Prozent zugelassen.

Tabelle 37: Planungseinheiten für den Krankenhausplan (Fachgebiete und Schwerpunkte)

Somatische Fachgebiete (Fachgebietsnummer und Bezeichnung)			
120	Augenheilkunde	540	Neurochirurgie
150	Chirurgie und Orthopädie ¹⁾	570	Neurologie
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	630	Nuklearmedizin
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	870	Strahlenheilkunde
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	900	Urologie
310	Innere Medizin	930	Schwerpunkte
340	Geriatrie		<i>darunter: Schwerbrandverletzte</i>
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie		<i>Querschnittgelähmten-Zentrum</i>
510	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		<i>Frührehabilitation</i>

Psychiatrische Fachgebiet	
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie
820	Psychiatrie und Psychotherapie
830	Psychosomatik

¹⁾inkl. Herzchirurgie und Plastische Chirurgie

7.2.2. Methode zur Bedarfsberechnung: Planbetten zum 01.01.2016

Ausgangsbasis für die Berechnung des Betten-Solls ab **01.01.2016** ist zunächst die Bettenzahl laut Auslastung 2014. Diese Zahl errechnet sich aus den Belegungstagen des Jahres 2014, den Standard-Soll-Tagen für das Jahr 2014 für den stationären Bereich (365 Tage) und der bereits im Krankenhausplan 2010 vereinbarten fachgebietsspezifischen verweildauerabhängigen Normauslastung. Die Berechnung erfolgt für die Ebene der Fachgebiete insgesamt sowie für die Fachgebiete der einzelnen Krankenhäuser. Die von der rein rechnerisch ermittelten Bettenzahl laut Auslastung ggf. abweichende Planbettenzahl für die Fachgebiete der einzelnen Krankenhäuser ergibt sich aus den Festlegungen in Hinblick auf die Anerkennung der Mehrauslastung sowie eventuell zu berücksichtigende Sondertatbestände bei Minderauslastungen (siehe dazu auch Abschnitt 11.1.).

7.2.3. Der Normauslastungsgrad als Basis für die Planbettenberechnung

Zur Berechnung des Planbettenbedarfs wird die auch schon in den Krankenhausplänen 2010 und 2015 zugrunde gelegte verweildauerabhängige Normauslastung der Fachgebiete angesetzt. Für die meisten Fachgebiete ist diese Normauslastung aus der Verweildauer abgeleitet. Für die Kinderheilkunde, die Psychosomatik und die Schwerpunkte (u.a. Frührehabilitation) ist die Normauslastung unabhängig von der Verweildauer festgelegt. Mit diesem Ansatz wird in Fachgebieten mit kurzer Verweildauer eine niedrigere Normauslastung zu Grunde gelegt als in Fachgebieten mit längerer Verweildauer. Die niedrigere Normauslastung erhöht den berechneten Bettenbedarf und schafft die bei kurzen Verweildauern erforderliche Flexibilität.

Tabelle 38: Normauslastung als Basis für die Planbettenberechnung

Fachgebiete mit verweildauerabhängiger Normauslastung	Normauslastung in %
Verweildauer	
unter 5 Tagen (bis einschließlich 4,9 Tage)	80 %
5 bis unter 11 Tagen (5,0 bis einschließlich 10,9 Tage)	85 %
11 Tagen und mehr (11,0 Tage und mehr)	90 %
Fachgebiete/Schwerpunkte mit festgelegter Normauslastung	Normauslastung in %
Kinderheilkunde	75 %
Psychosomatik	95 %
Schwerpunkte	90 %

Eine Zuordnung der Normauslastung zu den 17 Fachgebieten entsprechend der Verweildauer im Jahr 2014 ergänzt um Veränderungen zum vorherigen Krankenhausplan findet sich in Anlage 15.

7.2.4. Methode zur Bedarfsabschätzung: Prognose der Planbetten 2020

Zur Prognose des Planbettenbedarfs zum 31.12.2020 wurde differenziert nach Altersgruppen und Fachgebieten eine Vorausberechnung der Krankenhausinanspruchnahme ausgehend vom Ausgangsjahr 2014 zum Planungshorizont 31.12.2020 durchgeführt. Die Vorausberechnung erfolgte zunächst als Status-Quo-Ansatz unter der Annahme einer gleichbleibenden Verweildauer auf Basis folgender **Daten**:

- **Behandlungsvolumen 2014:** in den Hamburger Planbetten im Jahr 2014 erbrachte Fälle und Behandlungstage gemäß Krankenhausstatistik nach § 15 HmbKHG (Fachgebietsfälle inkl. interner Verlegungen), identisch mit dem Behandlungsvolumen, das der Berechnung des Bettenbedarfs gemäß Auslastung 2014 zugrunde liegt. Die genaue Herleitung ist Anlage 15 zu entnehmen.
- **Bevölkerungszahl des Vorausberechnungsjahres 2020:** Hamburger Bevölkerung zum 31.12.2020 gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung (13. KBV) für Hamburg, Variante W2.
- **Bevölkerungszahl des Ausgangsjahres 2014:** Hamburger Bevölkerung zum 31.12.2013 (Fortschreibung auf Basis des Zensus 2011) (aktuelle Daten zum Zeitpunkt der Erstellung der Prognoserechnung).
- **Verweildauer 2014:** Fachgebietsbezogene Verweildauer im Ausgangsjahr 2014.

Hinsichtlich der **Bevölkerungsentwicklung im Hamburgischen Umland** und der entsprechenden Berücksichtigung der den Umlandfällen in den Hamburger Krankenhäusern zugrunde liegenden Bevölkerungsdynamik wurde in Übereinstimmung mit der Arbeitsgruppe Datengrundlagen analog zum Krankenhausplan 2015 wie folgt verfahren:

- Der in den Hamburger Planbetten mit zu versorgende Anteil der Umlandbevölkerung ist in der Ausgangsbasis des Behandlungsvolumens 2014 mit enthalten und wird entsprechend durch die erhöhte Krankenhaushäufigkeit (Quotient Fälle zu Bevölkerung) sowohl im Ausgangsjahr als auch im Prognosejahr abgebildet. Da davon ausgegangen wird, dass sich der Anteil dieser Umlandfälle in den **Hamburger** Krankenhäusern von rd. 28% im Planungszeitraum nicht wesentlich verändern wird, wurde entschieden, die rechnerische Vorausschätzung des Planbettenbedarfs lediglich auf Basis der Hamburger Bevölkerungsvorausschätzung zu ermitteln.¹¹
- Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und entsprechend auch in der Prognose bestehen zwischen Hamburg und dem Umland in Hinblick auf die Altersstruktur. Der Anteil der über 65-Jährigen liegt in Hamburg im Jahr 2014 und auch im Jahr 2020 noch unter 20%, erst im Jahr 2025 wird damit gerechnet, dass diese Gruppen in Hamburg einen Anteil von 20% erreicht. In den Umlandkreisen der Metropolregion hingegen macht diese Altersgruppe schon im Jahr 2014 knapp über 20% der Bevölkerung aus, im Jahr 2020 wird diese Gruppe dort bereits auf über 30% angestiegen sein (vgl. Kapitel 6.1).

Auf die Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Dynamik konnte in der Status-quo-Prognose für den Planbettenbedarf in Hamburg zum 31.12.2020 verzichtet werden, da sich in mehreren Analysen gezeigt hat, dass die Krankenhausfälle aus dem Umland in der Gruppe der über 65-Jährigen mit zunehmenden Alter deutlich abnehmen (vgl. Abbildung 5).

Einen großen Unsicherheitsfaktor hinsichtlich der der Planbettenprognose zugrunde liegenden Bevölkerungsprognose stellt die **Einschätzung der künftigen Flüchtlingsbewegungen** dar. Die derzeit sich abzeichnende Zuwanderung stellt das Gesundheitssystem auch in Hamburg vor besondere Herausforderungen, insbesondere in der ambulanten medizinischen Versorgung. Die zuwandernde Bevölkerung ist im Schnitt jünger als die Hamburger Bevölkerung. Über den genauen Umfang der Erkrankungen, Behinderungen und ggf. Verletzungen der neu in Hamburg eintreffenden Menschen liegen aber nur wenige Erkenntnisse vor. Sofern es während der Laufzeit des Krankenhausplans zu zusätzlichen quantitativen oder qualitativen Anforderungen kommt, wird hierauf zu reagieren sein.

Entsprechend der aktuellen Bevölkerungsentwicklung und der gegenwärtigen Zuwanderungszahlen wurde für die Planbettenprognose die Bevölkerungsvorausberechnung gemäß der Variante mit der Annahme des höheren Außenwanderungssaldos (Variante W2) zugrunde gelegt.

Die Planbettenprognose wurde mit Ausnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Schwerpunkte (Schwerbrandverletzte, Querschnittgelähmtenzentrum, Frührehabilitation) für alle als Planungsbasis festgelegten 17 Fachgebiete gerechnet. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Schwerpunkte ist ein rechnerisches Verfahren aufgrund der angebotsinduzierten Inanspruchnahme dieser Bereiche nicht angemessen. Für die Schwerpunkte liegen darüber hinaus keine Basisdaten für eine Altersgruppendifferenzierung vor. Die Festlegung der Betten in diesen Schwerpunkten erfolgt nach qualitativen und strukturellen Schwerpunkten. Für diese Bereiche wurde als Orientierungswert zunächst die Planbettenzahl zum 01.01.2016 übernommen.

Eine Methodenerläuterung der Status-quo-Prognose findet sich in Anlage 15.

¹¹ Ein weiterer Grund, die Vorausschätzung des Planbettenbedarfs ausschließlich auf Basis der Vorausberechnung der Hamburgischen Bevölkerung zu rechnen, ist in den unterschiedlichen methodischen Ansätzen und Basiszeitpunkten der Ländervorausberechnungen begründet. Darüber hinaus liegt kein methodisch sicheres Verfahren zur Berücksichtigung unterschiedlicher Bevölkerungsanteile in der vorauszuberechnenden Bevölkerung vor.

7.3. Das Planungsverfahren im zeitlichen Ablauf

27.11.2014	Sitzung des Landesausschusses: Vorstellung des geplanten Zeitplans „Erarbeitung Krankenhausplan 2020“, Ankündigung der Arbeitsgruppen, Beschluss über die ‚Basis AG‘.
15.01.2015	Sitzung des Landesausschusses mit dem Themenschwerpunkt „Umsetzung des neuen HmbKHG - Auswirkungen und Folgen für die Fortschreibung Krankenhausplan 2015/ Krankenhausplan 2020“
Ab Ende Januar 2015	Etablierung der Arbeitsgruppen <ul style="list-style-type: none"> • Datengrundlagen des Krankenhausplans 2020 • Weiterentwicklung der psychiatrischen Fachgebiete (z.B. Norm-VD für Tageskliniken, Überprüfung der Sektorisierung, ggf. gemeinsame Ausweisung von psychiatrischen/psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachabteilungen) • Stärkung von Qualitätsanforderungen als Grundlage des Krankenhausplans der FHH <u>Basis-AG</u>: Entwicklung eines Prüfschemas für Strukturvorgaben (Qualitätsanforderungen) von vier Fachgebieten, Schwerpunkten bzw. Leistungsbereichen: Die Zukunft der Altersmedizin ist ein weiteres wichtiges Thema (AG Zukunftsforum Altersmedizin 2013/2014).
Jan./Feb. 2015	Strukturgespräche der BGV mit den Plankrankenhäusern und ihren Trägern
19.02.2015	Sitzung des Landesausschusses: Information über den aktuellen Sachstand, Bericht über Gespräche mit Krankenhäusern, Zwischenbericht der BGV zum aktuellen Stand der Fortschreibung und der Arbeitsgruppen
19.03.2015	Sitzung des Landesausschusses: Information über den aktuellen Sachstand, Zwischenbericht der BGV zum Stand der Fortschreibung und der Arbeitsgruppen, Darstellung der Belegungsdaten vollstationär 2014.
22.04.2015	Sitzung des Landesausschusses: Bericht über Zwischenergebnis der AGs, Bericht über die bisher zum Krankenhausplan 2020 gestellten Anträge. Darstellung der Belegungsdaten teilstationär 2014.
Mai 2015	Berechnung einer Prognose für den Krankenhausplan 2020 durch die BGV
28.05.2015	Sitzung des Landesausschusses: Zwischenbericht, u.a. über die bisherigen Gespräche, Anträge etc.
Mitte Juni 2015	Fachgespräche mit med. ExpertInnen u. Landesausschuss sowie KVH – fachgebietsbezogen (nur Chirurgie/Orthopädie, Innere Medizin, Geriatrie, Gyn./Geb., Neurologie)
18.06.2015	Sitzung des Landesausschusses: Bericht der BGV zum aktuellen Sachstand
Juni/Juli 2015	Weitere Gespräche der BGV mit den Plankrankenhäusern/ggf. Anhörungen
Mitte Juli 2015	Erarbeitung eines Vorschlages der BGV zur Fortschreibung für die Erörterung im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung, BGV-interne Abstimmung,
15.07.2015	Sitzung des Landesausschusses: Information über den aktuellen Sachstand
10.09.2015	Erste Befassung des Landesausschusses mit dem Vorschlag der BGV zum Krankenhausplan 2020
25.09.2015	Schriftliche Anhörung der Beteiligten gem. § 15 Abs. 1 HmbKHG (die Stellungnahmen liegen der BGV und den unmittelbar Beteiligten vor)
11.11.2015	Zweite Befassung des Landesausschusses mit dem Vorschlag der BGV zum Krankenhausplan 2020
Mitte Nov. 2015	Letztentscheidung der BGV zum Krankenhausplan 2020
Mitte Dez. 2015	Kenntnisnahme des Senats über den Krankenhausplan 2020, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft zum Krankenhausplan 2020
Ende Dez. 2015	Versand der Feststellungsbescheide an die Krankenhäuser

8. Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan 2020

Mit den am 31. Dezember 2014 in Kraft getretenen Änderungen des HmbKHG (vgl. auch unter 2.6.1) ist für die Krankenhausplanung der Freien und Hansestadt Hamburg eine weitgehende Veränderung eingetreten. Wie gut ein Krankenhaus seine Patientinnen und Patienten versorgt, soll bei der Krankenhausplanung in Hamburg zukünftig eine zentrale Rolle spielen.

8.1. Bestätigung über die Einhaltung der Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg

Die Hamburger Plankrankenhäuser müssen nach dem neu in das Gesetz eingefügten § 15a HmbKHG besondere Aufnahmevoraussetzungen erfüllen und den entsprechenden Nachweis führen (vgl. auch unter 3.4.1.). Der Nachweis muss durch die Krankenhäuser erbracht werden, die bereits in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Umgesetzt wird dieses Nachweisverfahren durch ein Bestätigungsschreiben mit mehreren Anlagen (siehe dazu die entsprechenden Unterlagen in Anlage 16).

Die Bestätigung über die Einhaltung der Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg die vom Krankenhausträger erteilt werden muss, ist wie folgt gegliedert:

- Anlage 1: Profilblatt des Krankenhauses
- Anlage 2: Bestätigung der Einhaltung der Voraussetzungen gemäß § 15a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 und 5 HmbKHG
- Anlage 3: Bestätigung der Einhaltung der Voraussetzungen gemäß § 15a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 HmbKHG
- Anlage 4: Angaben zur sozialen Beratung/zum Entlassungsmanagement
- Anlage 5: Angaben zum Beschwerdemanagement
- Anlage 6: Angaben zur Bestellung von Qualitätsbeauftragten
- Anlage 7: Gesetzliche Vorschriften
- Anlage 8: Hinweise zum Umgang mit den Angaben des Bestätigungsschreibens.

Die BGV hat den Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung im Februar 2015 über die Vorschläge der BGV informiert. In mehreren Sitzungen ist der Inhalt des Nachweisverfahrens erörtert worden. Im Anschluss an die Erörterungen im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung hat die BGV die Unterlagen überarbeitet und dabei die Hinweise der HKG teilweise aufgegriffen.

Die in den Krankenhausplan 2020 aufgenommenen Krankenhäuser haben den Nachweis für die Aufnahmevoraussetzungen erbringen können. Perspektivisch ist jedoch zu klären, ob das Beschwerdemanagement in allen Krankenhäusern der in § 6a Abs. 1 HmbKHG geforderten „Unabhängigkeit“ entspricht und ob nicht in einigen Krankenhäusern eine größere Anzahl Qualitätsbeauftragter gefordert werden muss; diese aufgetretenen Fragen können jedoch aus Gründen der Verhältnismäßigkeit keine Auswirkungen auf den Verbleib der betroffenen Krankenhäuser im Krankenhausplan haben.

In welchen Abständen die Bestätigung wiederholt werden muss, um dem in § 15a Abs. 2 HmbKHG geforderten Nachweis gerecht zu werden, ist noch nicht entschieden. Zumindest zu den Zwischenfortschreibungen des Krankenhausplans wird es Aktualisierungen geben müssen.

8.2. Qualitätsvorgaben für qualitätssensible Bereiche

Die BGV kann auf Grund der Neufassung des § 6b HmbKHG für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbe-
reiche im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten nach § 17 Abs. 2 HmbKHG für ergänzende Qualitätsanforderungen festlegen. Vor der Festlegung von ergänzenden Qualitätsanforderungen ist den Beteiligten nach § 17 Absatz 1 HmbKHG Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Senat ist zudem ermächtigt, zur Erreichung einer qualitätsgesicherten Versorgung durch Rechtsverordnung für qualitätssensible Leistungen

oder Leistungsbereiche, wenn eine einvernehmliche Festlegung nicht zustande gekommen ist, ergänzende Qualitätsanforderungen zu bestimmen (vgl. § 6b HmbKHG).

Für die Auswahl einer qualitätssensiblen Leistung bzw. eines qualitätssensiblen Leistungsbereichs ist nach der Begründung des Gesetzes maßgeblich, ob erhebliche Qualitätsunterschiede in der Versorgung festzustellen oder zumindest wahrscheinlich sind. In der Regel soll für diese Feststellung von Qualitätsunterschieden auf Qualitätsdaten zurückgegriffen werden. Jedoch muss laut Gesetzesbegründung auch die Möglichkeit bestehen, bei deutlichen Hinweisen auf ein Qualitätsproblem ohne eine bereits gesicherte Datenlage tätig zu werden.

Die ergänzenden Qualitätsanforderungen für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche sind Bestandteil der Krankenhausplanung.

8.3. Qualitätsvorgaben zu medizinischen Schwerpunkten

Qualitätsvorgaben des Krankenhausplans 2020 werden zum einen die **Vorgaben** sein, **die bereits im Krankenhausplan 2015 enthalten waren** und durch die Fortschreibung des Krankenhausplans grundsätzlich unberührt bleiben. Für sie gelten die Vorgaben aus § 6 b Abs. 2 und 3 HmbKHG zu ergänzenden Qualitätsanforderungen für qualitätssensible Bereiche nicht, da diese erst am 31.12.2014 in Kraft getreten sind.

Es handelt sich hierbei um Vorgaben zu den folgenden medizinischen Schwerpunkten:

- Notfallversorgung:
 - Schlaganfallversorgung/ Stroke Units
 - Versorgung des akuten Herzinfarktes
- Geriatrische/altersmedizinische Versorgung
- Versorgungsstruktur Geburtshilfe/Neonatologie (Frühgeborene)
- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
- Die in § 6c HmbKHG enthaltenen Vorgaben für die Kindgerechte Krankenhausversorgung (Kind im Krankenhaus)
- Psychiatrie/Psychotherapie mit den Struktur-Elementen Sektorisierung, Beleihung zur Unterbringung nach HmbPsychKG

Für **neue Qualitätsvorgaben** des Krankenhausplans 2020 stellt sich der Sachstand wie folgt dar:

- Im Verfahren befinden sich Vorgaben für die neurochirurgische Versorgung (komplettes Versorgungsangebot inkl. Hirnoperationen vs. Konzentration auf Wirbelsäuleneingriffe). In einem Gespräch der Basis-AG mit neurochirurgischen Experten am 16.07.2015 wurde deutlich, dass in Hamburg zur Sicherstellung der Qualität und Patientensicherheit bei neurochirurgischen Eingriffen am Kopf Handlungsbedarf besteht. Die deshalb gebotenen ergänzenden Qualitätsanforderungen nach § 6b Abs. 2 HmbKHG werden nach entsprechenden Vorarbeiten in der Basis-AG unter Einbeziehung der Vorschläge der HKG und der Experten gerade erarbeitet, das Verfahren wird aber nicht vor der Entscheidung über den Krankenhausplan 2020 abgeschlossen werden können. Die Ergebnisse werden aber nach Abschluss des Verfahrens Bestandteil des Krankenhausplans 2020.
- Zu möglichen weiteren Qualitätsvorgaben wird die BGV in Kürze ein Gutachten in Auftrag geben, das bereits vorhandene Qualitätsvorgaben, die für den Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg nutzbar gemacht werden könnten, identifizieren soll (Näheres dazu unter 9.2.4).

Als ein **positives Beispiel für Qualitätsmerkmale** ist aus Sicht der BGV die Gemeinsame Orientierungshilfe von Krankenhäusern und Krankenkassen/ -verbänden für die Zuordnung von Patientinnen und Patienten in die geriatrische Frührehabilitation und die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (vom März 2014) zu nennen.

Um die bestmögliche Versorgungsentscheidung für eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation oder geriatrische Frührehabilitation zu unterstützen, sollen als Orientierungshilfe während der vorangehenden Akutbehandlung folgende Kriterien herangezogen werden:

Geriatrische Frührehabilitation

- funktionell einschränkende chronische geriatritypische Multimorbidität
- höheres kalendarisches, insbesondere höheres biologisch fortgeschrittenes Lebensalter
- vorrangig internistische, geriatrische, neurologische, orthopädische Behandlungsziele
- vorbestehende Mobilitätseinschränkungen oder kognitive Störungen sind keine Ausschlusskriterien
- frührehabilitationserschwerende Wunden/ Wundkomplikationen/Decubiti sind keine Ausschlusskriterien
- eine Beatmungspflichtigkeit ist ein Ausschlusskriterium.

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

- klinisch führende neurologisch-neurochirurgische akute Krankheitsfolgen
- vorrangig neurorehabilitatives Behandlungsziel (bspw. Erreichen der BAR Eingangskriterien der Phase C)
- keine bis geringgradige Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen vor Erkrankungsbeginn
- gute bis geringgradig beeinträchtigte kognitive Funktionen vor Erkrankungsbeginn
- Frühreha-Barthelindex 30
- instabile Vitalparameter, insbesondere phasenweise oder vorliegende Beatmungspflichtigkeit, sind keine Ausschlusskriterien.

Struktur- und Prozessqualität in den Hamburger Geriatrischen Abteilungen - Ergebnisse der BGV-Umfrage im Herbst 2014

Die von der BGV in Vorbereitung des Krankenhausplans 2020 durchgeführte Erhebung der Struktur- und Prozessqualität in den Hamburger Geriatrischen Abteilungen bietet einen umfassenden Überblick über die zum Zeitpunkt der Erhebung aktuellen Strukturen und eine valide Basis für daraus abzuleitende Aussagen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsangebote (zu den Ergebnissen der Strukturhebung siehe Anlage 1).

8.4. Patientensicherheit

Auch die Patientensicherheit hat einen hohen Stellenwert im Hamburgischen Krankenhausgesetz (HmbKHG). Seit der letzten Änderung des HmbKHG mit Wirkung zum 31. Dezember 2014 sind die Krankenhäuser verpflichtet, Qualitätsbeauftragte zu bestellen (§ 6b Abs. 4 HmbKHG). Zu den Aufgaben der Qualitätsbeauftragten gehört es ausdrücklich auch, die Patientensicherheit weiterzuentwickeln.

Nach § 6b Abs. 1 HmbKHG haben die Krankenhäuser zudem Maßnahmen entsprechend den Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V zu treffen. Sie haben dabei u.a. die Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser (KQM-RL) des G-BA zu beachten. Diese Richtlinie enthält Vorgaben für ein klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme.

Danach haben die Krankenhäuser ein Fehlermeldesystem (CIRS) zu betreiben oder an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teilzunehmen.

In der Fachöffentlichkeit sind die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit allgemein anerkannt und stellen den derzeitigen Stand der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Patientensicherheit dar.

9. Planungsschwerpunkte des Krankenhausplans 2020

9.1. Schwerpunkte in den Fachgebieten

9.1.1. Schwerpunkte in der Somatik: Moderate Anpassung und Ausbau der Geriatrie

In der Somatik soll es mit dem Krankenhausplan 2020 fachlich begründete moderate Anpassungen der vollstationären Kapazitäten geben. Dabei sind die Auswirkungen der stärkeren Qualitätsorientierung zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere:

- der Aufbau von **Kompetenzzentren für Altersmedizin** inkl. Demenz und ambulanter Rehabilitation, ggf. mit quantitativer Anpassung nach Finalisierung des Konzeptes;
- der **Ausbau der Geriatrie teilstationär und vollstationär in mehreren Krankenhäusern**, in der Regel in Verbindung mit dem Aufbau der Kompetenzzentren für Altersmedizin, vorrangig durch eine kompensatorische Umwidmung anderer somatischer Betten;
- die Erweiterung bzw. Schaffung **spezieller Versorgungsangebote insbesondere auch in der Kinderheilkunde**;
- der **weitere Ausbau der spezialisierten neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation**: (insbesondere für beatmungsbedürftige Patientinnen und Patienten (Schön Klinik Hamburg Eilbek) und damit eine Entlastung der Intensivabteilungen aller Hamburger Krankenhäuser;
- ein moderater Ausbau teilstationärer Versorgungsangebote **Schmerztherapie/chronische Rückenschmerzen**;
- der Ausbau der **stationären Palliativversorgung** in geringem Umfang im Rahmen der vorhandenen Bettenkapazitäten;
- die Ausweisung bisher als Schwerpunkt organisierter Versorgungsbereiche als **eigenständige Fachabteilungen** (Urologie, Neurologie) an einzelnen Krankenhäusern.

Zum **Ausbau der Geriatrie** gehört die Realisierung einer geriatrischen Abteilung mit 40 vollstationären Betten im **Asklepios Klinikum Harburg** durch Umwidmung von Betten der Inneren Medizin und die Einrichtung einer geriatrischen Tagesklinik mit 10 teilstationären Behandlungsplätzen sowie die Zuordnung weiterer 18 Betten Geriatrie im **Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg** im Rahmen der vorhandenen Bettenkapazitäten.

Die Entscheidung über eine Umsetzung weiterer geriatrischer Versorgungsangebote (z.B. Tagesklinik für Altersmedizin in der AK Nord und ggf. einer Geriatrie in der AK Altona) ist zusammen mit den Entscheidungen zu den Kompetenzzentren für Altersmedizin vorgesehen.

Das Konzept für die **Kompetenzzentren Altersmedizin** befindet sich zurzeit noch in der Abstimmung u.a. mit Expertinnen und Experten in geriatrischen Abteilungen. Eine Umsetzung ist in den Jahren 2016 und 2017 vorgesehen.

Das am 1. Januar 2016 in Kraft tretende Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht eine Änderung bei den Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren vor. Die BGV begrüßt die Bildung von Zentren bzw. fachlichen Schwerpunkten in den Hamburger Plankrankenhäusern.

Die Entscheidungen zum vorgesehenen Ausbau teilstationärer Versorgungsangebote im Bereich der multimodalen **Schmerztherapie/chronischer Rückenschmerzen** konnten auf Grund der umfangreichen Recherchen und zeitaufwendigen Gespräche formal nicht in den Prozess zur Fortschreibung des Krankenhausplans 2020 einbezogen werden. Die Entscheidungen hierzu werden von der BGV noch im Dezember 2015 getroffen und dann Bestandteil des Krankenhausplans 2020 werden.

9.1.2. Schwerpunkte in den psychiatrischen Fachgebieten (Ausblick Psychiatrie)

Aus den in der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der PSY-Fachgebiete“ differenziert dazu formulierten Positionen (s. Kapitel 7.1.1) leitet die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz als für die Krankenhausplanung zuständige Fachbehörde folgende Grundannahmen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ab:

- **Gemeinsame planerische Ausweisung Psychiatrie und Psychosomatik**
Langfristiges Ziel ist die zusammengefasste Planung und gemeinsame planerische Ausweisung der beiden Fachgebiete. Eine gemeinsame Ausweisung ist derzeit jedoch noch nicht umsetzbar. (S. dazu auch Kapitel 9.1.3.).
- **Auslastungsbedingte Kapazitätsanpassung**
Es bedarf keiner auslastungsbedingten Kapazitätsanpassungen, da die Einführung von PEPP und Bestrebungen der Krankenhaus- und Kostenträger zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung mittels Versorgungsebenen-übergreifenden und leistungsorientierten Versorgungs- und Vergütungssystemen perspektivisch zu einer Entlastung stationärer Angebote in den Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung führen werden.
- **Förderung von innovativen Spezialangeboten**
Zur Förderung spezialisierter Angebote können Kapazitätsanpassungen erfolgen.
- **Sicherung regionaler Pflichtversorgung / Akutversorgung**
Ein Neuzuschnitt der regionalen Versorgungssektoren ist derzeit nicht angezeigt. Zur Sicherung der regionalen Pflichtversorgung erfolgen in begründeten Fällen kapazitative Anpassungen in Aufnahme- und Akutbereichen einzelner Krankenhäuser zur Förderung einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Strukturierung des Angebots (siehe die Übersichtskarten mit den aktuellen Versorgungssektoren in den Anlagen 17 und 18).
- **Anreize zu flexibler und durchlässiger Leistungssteigerung**
Die Planungsbehörde beabsichtigt, strukturelle Vorgaben für die Leistungserbringung, insbesondere in psychiatrischen Tageskliniken zu formulieren.

Entsprechend werden folgende Schwerpunkte für den Planungszeitraum bis Ende 2020 identifiziert:

- **Adoleszenten-Versorgung:** Für einzelne ausgewählte Standorte sind zur Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 16 und 25 Jahren gemeinsame Konzepte von Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu entwickeln und umzusetzen.
- **Eltern-Kind-Einheiten/Mutter-Kind-Einheiten:** An gemeinsamen Standorten von Allgemeinpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Einrichtung von Eltern-Kind-Einheiten.
- **Spezialangebote** mit integrierter somatischer und psychosomatischer Versorgung insbesondere von schwer chronisch kranken Kindern- und Jugendlichen an gemeinsamen Standorten von Abteilungen für Kinderheilkunde sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Teilstationäre psychiatrische Versorgung – Möglichkeiten zu Veränderungen und Leistungssteigerungen

Die starke Ausweitung des Angebots psychiatrischer Tageskliniken im Verlauf der zurückliegenden zwei Planungsperioden des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg hat zu keiner erkennbaren strukturellen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung geführt. Die BGV hat sich intensiv mit den Möglichkeiten einer Veränderung des Systems auseinandergesetzt. Es bedarf aus Sicht der BGV dringend mehr Flexibilität und Durchlässigkeit in der teilstationären Leistungserbringung.

Die im Vordergrund stehende Diagnose der psychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken in Hamburg ist die Diagnose Depression. Hier besteht der Eindruck, dass tagesklinische Behandlung zunehmend als Ersatz für nicht ausreichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten eingesetzt wird.

Der Verweildauer der allgemeinspsychiatrischen und im Grundansatz vergleichbaren Tageskliniken liegt mit rd. 33 Tagen im Mittel etwas höher als die mittlere Verweildauer der psychosomatischen Tageskliniken (2014: rd. 29 Tage, in den Vorjahren rd. 25 Tage). Diese Unterschiede sowie zum Teil erhebliche Abweichungen nach oben mit einer mittleren Verweildauer einzelner allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken von bis zu 40 und in einzelnen Fällen auch weit über 40 Tagen führen zu dem Ansatz, über eine Reduzierung und Angleichung der Verweildauer eine Leistungssteigerung der psychiatrischen Tageskliniken zu erreichen.

Unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Verweildauer von rund 5 Wochen (25 Tagen) und einer rechnerischen Erhöhung der Nutzungsintensität auf bis zu 10 Patientinnen und Patienten pro Platz wird von den Tageskliniken in den nächsten Jahren eine Leistungssteigerung erwartet, mit der im Rahmen des vorhandenen Versorgungsangebots erheblich mehr Patientinnen und Patienten als bisher versorgt werden könnten.

Bei dieser Nutzungsintensität wären zur Versorgung der gleichen Zahl teilstationärer Patientinnen und Patienten im Jahre 2014 statt der zum 31.12.2014 ausgewiesenen 565 teilstationären Behandlungsplätze in der Psychiatrie nur rd. 400 Plätze erforderlich gewesen.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz erwartet, dass die Krankenhäuser ihre Konzepte entsprechend umstellen. Im Rahmen der geplanten Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020 im Jahr 2017 werden Auslastung und Effizienz der psychiatrischen Tageskliniken an diesen Vorgaben gemessen werden. Psychiatrische Tageskliniken, die bis dahin keine Veränderung in Richtung auf das vom Krankenhausplan vorgegebene Ziel nachweisen können, sind bezüglich ihrer kapazitiven Ausstattung und Notwendigkeit zur teilstationären Versorgung der Bevölkerung gesondert zu prüfen.

9.1.3. Diskussion und Erörterung: Gemeinsame planerische Ausweisung Psychiatrie und Psychosomatik

In den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gibt es eine große Überschneidung der (Haupt-)Diagnosen. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Überschneidungen in den therapeutischen Maßnahmen und Zielen bei allerdings unterschiedlicher Verweildauer ist die Möglichkeit diskutiert worden, zukünftig die beiden Fachgebiete gemeinsam auszuweisen.

Diese Diskussion ist in der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der psychiatrischen Fachgebiete“ kontrovers geführt worden. Zum jetzigen Zeitpunkt soll auf eine gemeinsame Ausweisung verzichtet werden. Gegen eine gemeinsame Ausweisung spricht:

- Das PEPP-System sieht derzeit eine nach Fachgebieten differenzierte Leistungsabrechnung zu jeweils unterschiedlichen Bedingungen vor.
- Es entstehen Anreize zu Leistungsverschiebungen zwischen den Fachgebieten, die nicht in den Bedarfen der Patientinnen und Patienten begründet sind.
- Qualitative Kriterien zur Abgrenzung von Akut- und Rehabilitationsbehandlung sind nicht eindeutig definiert.

Folglich werden beide Fachgebiete bei gemeinsamer Bedarfsberechnung im Krankenhausplan 2020 weiterhin getrennt ausgewiesen. Ziel ist eine Angleichung der noch sehr unterschiedlichen Verweildauern. Zudem besteht die Auffassung, dass Leistungen der Psychosomatik stärker auch in Form von Konsiliar- und Liaisondiensten als in gesondertem stationären Setting zu erbringen seien. Damit sollen zwar keine stationären Kapazitäten abgebaut werden, aber es sollen über die bisherigen stationären Kapazitäten hinaus aus Sicht der BGV auch keine weiteren stationären Kapazitäten aufgebaut werden.

Es ist jedoch beabsichtigt, spätestens zur Fortschreibung des Krankenhausplans 2020 die gemeinsame planerische Ausweisung beider Fachgebiete erneut zu prüfen.

9.2. Ausgewählte Schwerpunkte unter besonderer Berücksichtigung von Qualitätsaspekten

9.2.1. Ausbau der Altersmedizin in Hamburg

Die geriatrische bzw. altersmedizinische Versorgung älterer und alter Menschen in Hamburg hat bereits ein sehr hohes Niveau erreicht. Dies gilt sowohl für die Anzahl und den Umfang der gleichmäßig im Hamburger Stadtgebiet etablierten geriatrischen Abteilungen der Hamburger Krankenhäuser, wie auch für das seit langem bestehende hohe qualitative Niveau der Angebote.

Für die kommenden Jahre erwartet die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz bei den geriatrischen Versorgungsangeboten der Hamburger Plankrankenhäuser folgende Entwicklungstrends:

- weitere Spezialisierung, z.B. palliative oder kognitive Geriatrie;
- regionale Versorgungsangebote u.a. in Verbindung mit der Alterstraumatologie.

Ein Schwerpunkt der Arbeit der Geriatrien muss es sein, mit einem individuell abgestimmten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Therapieplan die Mobilität und Selbständigkeit der Betroffenen zu verbessern und somit die Abhängigkeit von Hilfsmitteln und pflegerischer Unterstützung zu reduzieren. Dabei stellt das erheblich gestiegene Lebensalter der Patientinnen und Patienten mit einem Durchschnittsalter von über 80 Jahren und die damit verbundene Multimorbidität die Krankenhäuser vor besondere Herausforderungen.

Aus Sicht der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist eine enge Zusammenarbeit der Geriatrien mit einer gerontopsychiatrischen Abteilung oder konsiliarisch tätigen gerontopsychiatrisch kompetenten Psychiater/innen, aber auch weiteren medizinischen Fachgebieten, die für die Versorgung älterer und alter Menschen erforderlich sind (z.B. Neurologie, Augenheilkunde, Urologie und Gynäkologie), unabdingbar. Für alle geriatrischen Versorgungsangebote gilt das geriatrische Assessment als Ausgangspunkt der Versorgung der älteren Klientel.

Die Etablierung von **Geriatrischen Institutsambulanzen (GIAs)** soll dazu beitragen, den älteren und alten Patientinnen und Patienten mit größtmöglicher Selbstständigkeit den Verbleib in der häuslichen bzw. gewünschten Umgebung zu ermöglichen, vollstationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen und insbesondere die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie sonstige Institutionen bei der Erreichung dieses Ziels zu unterstützen.

Aus Sicht der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung die strukturierte Entlassungsplanung (Entlassungsmanagement) mit einem weitergehenden adäquaten Behandlungs- und Betreuungskonzept zu gewährleisten. Dabei ist ein abgestimmtes Überleitungssystem von herausragender Bedeutung.

Die geplanten Kompetenz-Zentren für Altersmedizin können dabei eine besondere Rolle einnehmen.

Ziel für die kommende Planungsperiode sollte sein:

- die Implementierung eines regelhaften geriatrischen Screenings oder
- eine Kriterien gestützte Konsilanforderung oder
- ein geriatrisches Assessment

in allen Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser mit einer geriatrischen Fachabteilung. Die Plankrankenhäuser ohne eigene Geriatrie sollten mit einer Geriatrie in Hinblick auf konsiliarische Versorgung oder anschließende Weiterversorgung verbindlich zusammenarbeiten.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz wird die unmittelbar Beteiligten weiterhin engmaschig in die Weiterentwicklung der Altersmedizin einbinden.

9.2.2. Künftige Tendenzen der Not- und Unfallversorgung

Die weitere Entwicklung der Strukturen der Notaufnahmen in den Krankenhäusern hängt sehr stark von gesetzgeberischen Entscheidungen auf Bundesebene ab. Dies betrifft zum einen die Auswirkung der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 23.07.2015 enthaltenen Neuregelung, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen sollen. Nach der Gesetzesbegründung erhalten in Regionen, in denen Kassenärztliche Vereinigungen noch nicht mit Krankenhäusern kooperieren, diese einen gesetzlichen Auftrag, im Rahmen der Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes regelhaft mit Krankenhäusern zu kooperieren. Die Konsequenzen aus dieser Neuregelung werden derzeit auch in Hamburg zwischen den Beteiligten erörtert.

Im Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)¹² ist weiter vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung beschließt. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen.

9.2.3 Gutachten zur Identifizierung geeigneter Qualitätsvorgaben

Im Rahmen der Laufzeit des Krankenhausplans 2020 soll die Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung im Interesse einer hochwertigen Qualität in allen Fachgebieten kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Da der im Krankenhausstrukturgesetz des Bundes vorgesehene Auftrag an den G-BA, bis zum 31. Dezember 2016 einen ersten Beschluss über planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu fassen, eine breite Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung kurzfristig nicht ermöglichen wird, verfolgt die BGV das Ziel, durch eine systematische Auswertung relevanter Quellen (G-BA-Richtlinien, Zertifikate und Leitlinien der Fachgesellschaften, Krankenhauspläne der Bundesländer, Literaturrecherche etc.) bereits vorhandene Qualitätskriterien zu identifizieren, die kurzfristig in der Krankenhausplanung zur Anwendung kommen können. Diese Kriterien sollen entweder als Mindestanforderungen für die Aufnahme in bzw. den Verbleib von Krankenhäusern im Krankenhausplan oder als Kriterien für Auswahlentscheidungen zwischen Leistungsangeboten bei einem Überangebot an vollstationären Betten bzw. teilstationären Behandlungsplätzen geeignet sein. Ein entsprechendes Vergabeverfahren zur Einbindung externen Sachverständigen wird aktuell vorbereitet.

¹² Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wird zum 1. Januar 2016 in Kraft treten und wurde im November 2015 beschlossen vgl. auch Fußnote 1 auf Seite 1.

10. Anträge der Krankenhäuser zum Krankenhausplan 2020

Die Hamburger Plankrankenhäuser haben in großem Umfang Anträge auf zusätzliche Kapazitäten (vollstationär und teilstationär) zum **Krankenhausplan 2020** gestellt:

- Für die **somatischen Fachgebiete** wurden über die Auslastung 2014 hinaus Anträge für rd. 800 Betten und rd. 120 teilstationäre Behandlungsplätzen (insbes. Chirurgie/Orthopädie, Neurologie, Urologie, Kinderheilkunde, Geriatrie, Frührehabilitation, Schmerztherapie, akuter/chronischer Rückenschmerz) gestellt. Diese Anträge betreffen überwiegend neue Kapazitäten für einen bereits jetzt für 2015 erkennbaren und den bis 2020 erwarteten Leistungszuwachs.
- Besonders viele zusätzliche somatische Betten wurden beantragt von den Asklepios Kliniken mit insgesamt weit über 300 Betten und dem Albertinen-Krankenhaus mit fast 150 Betten.
- Mehrere Krankenhäusern bzw. Institutionen (AK Nord, AK St. Georg, AK Harburg, Krankenhaus Tabea, Rückenzentrum am Michel, Kath. Marienkrankenhaus) haben einen Antrag zur Schaffung bzw. Erweiterung von Tageskliniken für chronisch Schmerzranke (**Schwerpunkt Rücken**) gestellt.
- Für die **psychiatrischen Fachgebiete** (Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie) liegen Anträge für rd. 300 vollstationäre Betten und rd. 230 TK Plätze inkl. z.B. Eltern-Kind-Einheiten vor.

Zu bescheiden sind auch noch **Anträge aus 2014**, die auf die Fortschreibung des Krankenhausplans 2015 vertagt worden sind.

- Asklepios Klinik Nord: Neue Versorgungsangebote Altersmedizin, Schmerztherapie
- Schön Klinik Hamburg Eilbek: Schaffung zusätzlicher Tagesklinikplätze in der Psychosomatik
- Ev. Krankenhauses Alsterdorf: TK Sucht Alkohol- und Medikamentenentzug
- Arcana Kliniken GmbH: Schaffung einer Psychiatrischen interkulturellen Tagesklinik für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.

Abschließend zu bescheiden sind die sich im Widerspruchsverfahren befindlichen Anträge der Gynäkologischen Tagesklinik Altonaer Straße (Gynäkologie) und des Neuropsychiatrischen Zentrums Dr. Tonn (Neurologie und Psychiatrie).

Eine Gesamtübersicht über alle Anträge zum Krankenhausplan einschließlich der genannten Altanträge findet sich in Anlage 19.

11. Voll- und teilstationäre Kapazitäten zum 01.01.2016 - Maßgaben für die Kapazitätsentwicklung und Entscheidung über die Anträge

11.1. Somatische Fachgebiete - vollstationäre Versorgung

Die somatischen Fachgebiete waren im Jahr 2014 gut bis sehr gut ausgelastet. Jedoch sind Minderauslastungen aufgrund von Baumaßnahmen in einzelnen Krankenhäusern zu verzeichnen. Die Entwicklung in den einzelnen Plankrankenhäusern ist unterschiedlich.

Die Festlegung der Bettenkapazitäten zum **01.01.2016** erfolgt in den somatischen Fachgebieten aus der Auslastung 2014 und über zusätzliche Angebote nach den folgenden Maßgaben:

Kapazitäten, die sich aus der Auslastung 2014 ableiten (insgesamt +136 Betten)

- Die **Mehr- oder Minderauslastung** in 2014 soll grundsätzlich anerkannt und umgesetzt werden. Dies bedeutet Planbettenzuwächse von bis zu 60 Betten und Planbettenreduktionen von bis zu 90 Betten in einzelnen Krankenhäusern.
- **Sondertatbestände**, die zu einer verringerten Auslastung geführt haben, sollen berücksichtigt werden. Hier wird unterschieden zwischen (vgl. auch Anlage 20):
 - **Sondertatbestand 1:** Große Baumaßnahmen, die bei mehreren Krankenhäusern die Inanspruchnahme in 2014 beeinträchtigt haben.
 - **Sondertatbestand 2:** Bettenzuordnungen im Laufe des Jahres 2014, die in 2014 noch nicht in vollem Umfang nutzbar waren (anteilige Berücksichtigung).
 - **Sondertatbestand 3:** Temporäre Kapazitätsverlagerungen der AK Wandsbek in die AK Barmbek (Plastische Chirurgie 10 Betten) und in die AK St. Georg (Gefäßchirurgie 25 Betten) bis Mitte 2017.
- **Bereits in 2015 zugeordnete Betten:** Betten, die den Krankenhäusern bereits im ersten Quartal 2015 zugeordnet wurden und in der Auslastung 2014 mit enthalten waren, werden automatisch über die Berechnung aus den Betten laut Auslastung mit einbezogen.

Kapazitäten, die über zusätzliche Angebote bzw. Anträge zum Krankenhausplan aufgenommen werden (insgesamt +122 Betten)

Zusätzliche Angebote zum **01.01.2016** werden entsprechend der Maßgabe einer moderaten Anpassung und der Planungsschwerpunkte des Krankenhausplans 2020 aufgenommen. Im Einzelnen sind dies:

- **18 Betten** in der **Geriatric** im Rahmen der vorhandenen Bettenkapazitäten im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg;
- **24 Betten** für den weiteren Ausbau der spezialisierten **neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation** (Schön Klinik Hamburg Eilbek);
- **24 Betten** für die Erweiterung **spezieller Versorgungsangebote** in der **Kinderheilkunde**: Beatmungsmedizin und Kinderorthopädie für behinderte Kinder und Jugendliche im Altonaer Kinderkrankenhaus sowie neonatologische Betten im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Standort Marienkrankenhaus, Kinderheilkunde (Kinderkardiologie) im Universitären Herzzentrum;
- **10 Betten** für den Ausbau der **stationären Palliativversorgung** in geringem Umfang im Rahmen der vorhandenen Bettenkapazitäten in der Asklepios Klinik Altona;
- **46 Betten** die Schaffung bzw. Erweiterung **spezialisierten Versorgungsangebote** (Einrichtung einer Leukämieeinheit in der Asklepios Klinik St. Georg, Einrichtung einer Isolationseinheit TBC im Asklepios Klinikum Harburg, Einrichtung einer Kurzlieger-Station angegliedert an die ZNA im UKE);

Den weiteren **Anträgen** über zusätzliche vollstationäre Kapazitäten in den **somatischen Fachgebieten** zum Krankenhausplan 2020 bzw. dem Antrag der Gynäkologischen Tagesklinik Altonaer Straße auf Aufnahme in den Krankenhausplan wurde nicht entsprochen.

Tabelle 39: Betten-Soll 01.01.2016 – Somatische Fachgebiete

FG ¹⁾	KHP 2015				KHP 2020 - Soll 01.01.2016				
	nachrichtlich Betten-Ist 01.04.2015	Betten-Ist 31.12.2014	Betten gemäß Auslastung 2014	Differenz Betten-Ist 2014 Auslastung 2014 (Sp.2-Sp.3)	Ableitung Betten aus Auslastung 2014		Zu- sätzliche Angebote zum KHP 2020	nachrichtlich bereits be- willigte Betten nach dem 31.12.2014 ²⁾	Betten-Soll 01.01.2016 (Sp. 4+ 6a+6b+6c+ 6d+6e)
					keine Über- nahme der zusätzl. Auslastung	Sondertatbestände (STB) bezogen auf die Auslastung 2014 STB 1, 2, 3			
Sp. 1	Sp. 2	Sp.3	Sp.4	Sp.5	Sp.6a	Sp.6b/c/d	Sp.6e	Sp.7	Sp.8
AUG	164	164	164	0	0	0	0	0	164
CHI	2.723	2.712	2.675	-37	0	47	-15	11	2.707
GYN	588	588	562	-26	0	7	0	0	569
HNO	281	281	274	-7	0	1	0	0	275
HGL	96	96	105	9	0	0	0	0	105
INN	2.942	2.925	2.919	-6	0	47	-14	17	2.952
GER	1.022	994	1.054	60	0	23	58	28	1.135
KIN	585	580	559	-21	0	17	24	5	600
MKG	72	72	66	-6	0	0	0	0	66
NCH	221	221	218	-3	0	0	0	0	218
NEU	585	585	595	10	0	0	30	0	625
NUK	9	9	9	0	0	0	0	0	9
STR	62	62	59	-3	0	0	0	0	59
URO	333	333	320	-13	0	1	15	0	336
SWP	376	376	369	-7	0	43	24	0	436
Summe	10.059	9.998	9.948	-50	0	186	122	61	10.256

¹⁾Namen der Fachgebiete siehe Abkürzungsverzeichnis

²⁾nachrichtliche Darstellung, Betten sind in den auf Basis Auslastung 2014 berechneten Betten (Spalte 4) bereits mit enthalten

Hinweis zu Tabelle 39: Die Berechnung des Betten-Solls zum 01.01.2016 erfolgt aus der Summe der Betten gemäß Auslastung (Spalte 3), den Sondertatbeständen (Spalte 6b/c/d) und den zusätzlichen Angeboten (Spalte 6e) abzüglich ggf. nicht übernommener zusätzlicher Auslastungen (nicht in den somatischen Fachgebieten). Erläuterungen zu den im Einzelnen berücksichtigten Sondertatbeständen, den zusätzlichen Angeboten sowie den bereits bewilligten Betten nach dem 31.12.2014 finden sich in den Anlagen 20 bis 22. Eine der Tabelle 39 entsprechende Übersicht des Betten-Solls 01.01.2016 differenziert nach Krankenhäusern findet sich in Anlage 23.

11.2. Somatische Fachgebiete - Teilstationäre Versorgung

Die BGV hat sich eingehend mit den bereits vorhandenen teilstationären Kapazitäten in den Plankrankenhäusern und der unterschiedlichen Inanspruchnahme und Belegungsentwicklung befasst, insbesondere bei den somatischen Tageskliniken. Hierzu hat es Rückfragen bei allen betreffenden Krankenhäusern gegeben. Dies gilt insbesondere auch für die hämatologisch-onkologisch ausgerichteten Tageskliniken, die überwiegend eine sehr niedrige Auslastung in 2014 hatten.

In Anbetracht der Entwicklung im Bereich des § 116 b SGB V werden die teilstationären somatischen Kapazitäten nach unten angepasst, jedoch nicht komplett gestrichen, damit ein die ambulante Versorgung ergänzendes teilstationäres Versorgungsangebot für diese Klientel weiter vorgehalten werden kann.

Neue teilstationäre Kapazitäten sollen in geringem Umfang für einzelne spezialisierte Angebote geschaffen werden (insgesamt 24 zusätzliche Plätze):

- **Neurologie:** Erweiterung der Tagesklinik MS um Plätze für Patientinnen und Patienten nach Implantation von Schrittmachern bei Morbus Parkinson, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (4 Plätze)
- **Kinderheilkunde:** Aufbau eines neuen Versorgungsangebotes in der Asklepios Klinik Nord (10 Plätze)
- **Geriatric:** Einrichtung einer Tagesklinik Geriatric im Rahmen der Ausweisung der Geriatric als Fachgebiet (zuvor als Schwerpunkt in der Inneren Medizin vorhanden), Asklepios Klinikum Harburg (10 Plätze)

Über weitere teilstationäre Kapazitäten in der **Geriatric** wird in 2016 im Zusammenhang mit den Kompetenzzentren für Altersmedizin entschieden werden.

Über die Anträge mehrerer Krankenhäuser bzw. Institutionen (AK Nord, AK St. Georg, AK Harburg, Krankenhaus Tabea, Rückenzentrum am Michel, Kath. Marienkrankenhaus) zur Schaffung bzw. Erweiterung von Tageskliniken für chronisch Schmerzranke (zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen) wird nach Abschluss der Erörterungen der AG „Rücken“ und der Berichterstattung im Lan-

desausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung aktuell entschieden. Das Ergebnis fließt in den Krankenhausplan 2020 ein.

Den weiteren **Anträgen** über zusätzliche teilstationäre Kapazitäten in den somatischen Fachgebieten zum Krankenhausplan 2020 bzw. dem Antrag des Neuropsychiatrischen Zentrums – NPZ (Dr. Peter Tonn) auf Realisierung einer neurologischen Tagesklinik wurde nicht entsprochen. Weitere Erläuterungen siehe Anlage 19.

11.3 Psychiatrische Fachgebiete - Voll- und teilstationäre Versorgung

11.3.1 Psychiatrie und Psychotherapie - Voll- und teilstationäre Versorgung

Das Fachgebiet Psychiatrie war im Jahr 2014 wie auch in den Vorjahren gut bis sehr gut ausgelastet. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Einführung von PEPP und Bestrebungen der Krankenhaus- und Kostenträger zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung mittels Versorgungsebenen übergreifenden und leistungsorientierten Versorgungs- und Vergütungssystemen perspektivisch zu einer Entlastung stationärer Angebote in den Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und auch zu einer Verweildauerreduktion führen werden. Ebenso kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Auswirkung der vier Zentren für Seelische Gesundheit der Asklepios Kliniken Harburg und Nord sowie das Asklepios Westklinikum Hamburg eingeschätzt werden.

Somit bedarf es keiner auslastungsbedingten Kapazitätsanpassungen in der Psychiatrie und Psychotherapie („Nicht Mehr vom Gleichen“).

Spezialisierte Versorgungsangebote

Aus konzeptioneller Sicht wird der Bedarf für spezielle Versorgungsangebote wie folgt eingeschätzt:

- **Geringe Kapazitätsanpassungen** zur Optimierung der Akutversorgung in einzelnen Krankenhäusern;
- **Soteria-Stationen** in der Psychiatrie und Psychotherapie
- **Adoleszenten-Versorgung**
- **Eltern-Kind-Einheiten / Mutter-Kind-Einheiten**
- **Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund/Flüchtlinge.** Spezialisierte Angebote für diese Patientengruppen sind im Rahmen der bestehenden freien (insbesondere teilstationären) Kapazitäten zu erbringen. Kooperationen zwischen einzelnen Trägern dazu werden unterstützt.
- **Gerontopsychiatrische Kapazitäten** werden nicht gesondert, sondern im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie mit ausgewiesen. Ob sich hier in Zusammenhang mit dem Aufbau der Kompetenz-Zentren für Altersmedizin Anpassungen ergeben, wird sich im Laufe der weiteren Diskussion dazu zeigen.
- **Abhängigkeitserkrankungen:** Es besteht kein Bedarf für zusätzliche Kapazitäten. Spezialisierte Angebote für diese Patientengruppen sind im Rahmen der bestehenden freien (insbesondere teilstationären) Kapazitäten zu erbringen. Kooperationen zwischen einzelnen Trägern dazu werden unterstützt.

Entsprechend dieser Maßgabe werden **zusätzliche Angebote** im **Fachgebiet Psychiatrie** zum **01.01.2016** wie folgt aufgenommen (**+50 Betten***):

- **35 Betten** zur **Optimierung der Akutversorgung** (Asklepios Klinik Nord/Standort Wandsbek, Asklepios Westklinikum Hamburg);
- **5 Betten** zur Einrichtung einer **Soteria-Station** im UKE;
- **10 Betten** zur Einrichtung einer **Eltern-Kind-Einheit** (Erwachsenenanteil) im Asklepios Klinikum Harburg

*rechnerisch +40 Betten durch Wegfall von 10 Betten im Heinrich Sengelmann Krankenhaus als Kompensation für die Einrichtung einer neuen Tagesklinik in Hamburg.

Den weiteren **Anträgen** über zusätzliche vollstationäre Kapazitäten in den psychiatrischen Fachgebieten zum Krankenhausplan 2020 wurde nicht entsprochen.

Teilstationäre psychiatrische Versorgung

Gemäß der Maßgabe zu anzustrebenden Veränderungen und Leistungssteigerungen der psychiatrischen Tageskliniken (vgl. Kap. 9.1.2) wird für zusätzliche tagesklinische Kapazitäten bis auf weiteres kein Bedarf erkannt. Die neuen Zentren für Seelische Gesundheit müssen zunächst ihre Wirkung entfalten. Den Anträgen auf Schaffung zusätzlicher teilstationärer Kapazitäten wie auch dem Antrag des Neuropsychiatrischen Zentrums (NPZ), Dr. Tonn auf Aufnahme in den Krankenhausplan zur Realisierung einer psychiatrischen Akut-Tagesklinik wird mit Ausnahme einer neuen Tagesklinik des Heinrich Sengelmann Krankenhauses (HSK), die in Kompensation für vollstationäre Kapazitäten eingerichtet wird, nicht entsprochen. Zu den einzelnen Anträgen vgl. Anlage 19.

Im Heinrich Sengelmann Krankenhaus (HSK), Bargfeld-Stegen, sind seit vielen Jahren laufend mindestens 80 vollstationäre Betten durch Patientinnen und Patienten aus Hamburg belegt (u. a. Suchtstation). Zur Verbesserung der Anschlussversorgung sollen in Hamburg (Standort wahrscheinlich im Nord-Osten) **20 teilstationäre Behandlungsplätze** geschaffen werden. In dieser Tagesklinik sollen auch Kapazitäten für komorbide Patientinnen und Patienten der HSK entstehen. Im Gegenzug werden im HSK 10 vollstationäre Betten aufgegeben (siehe Anlage 19).

11.3.2. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) Voll- und teilstationäre Versorgung

Ausgehend von der Belegungs- und Angebotsentwicklung in der zurückliegenden Planperiode des Krankenhausplans besteht derzeit kein Bedarf für zusätzliche **voll- bzw. teilstationäre** Kapazitäten im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, zumal die in 2014 neu in den Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg aufgenommene psychosomatische Tagesklinik des Verhaltenstherapiezentrum VT Falkenried mit 12 Plätzen aufgrund der ausstehenden Budgetvereinbarung erst im Mai 2015 vollständig in Betrieb gegangen ist.

Hier ist die weitere Entwicklung zu beobachten und im Rahmen der Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020 in 2017 zu überprüfen. Entsprechend wird den Anträgen auf Schaffung zusätzlicher voll- und teilstationärer Kapazitäten nicht entsprochen, siehe dazu Anlage 19.

Darüber hinaus erfolgt keine Anerkennung der etwaigen Mehrauslastung der vollstationären Betten in der Psychosomatik.

11.3.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Voll- und teilstationäre Versorgung

Im **vollstationären Bereich** ist die Inanspruchnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in 2014 hinsichtlich der Fallzahlen nur leicht angestiegen. Da die Abteilungen jedoch durchweg eine um 0,6 Tage verlängerte Verweildauer zu verzeichnen hatten, ist die Anzahl der Belegungstage um 4,6 % nicht unerheblich gestiegen. Eine besonders hohe Inanspruchnahme und eine erhebliche Überauslastung hat sich für das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gezeigt.

Die 10 Betten Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE mit psychosomatischem Schwerpunkt (Schmerzdiagnostik und -behandlung), die bereits im Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK) räumlich untergebracht sind, sollen nunmehr ab 2016 dem AKK zugeordnet werden und in enger fachlicher Abstimmung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE betrieben werden.

Entsprechend der Maßgabe für Schwerpunkte im **Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** im Planungszeitraum bis Ende 2020 (siehe Kapitel 9.1.2) werden **zusätzliche Angebote** zum **01.01.2016** zunächst wie folgt in den Krankenhausplan 2020 aufgenommen:

- **10 Betten** zur Einrichtung einer **Eltern-Kind-Einheit** (Kinderanteil) im Asklepios Klinikum Harburg
- **15 Betten** für spezielle **psychosomatische Behandlungen** als Bestandteil des psychiatrischen Versorgungsangebots im Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in enger Zusammenarbeit mit der Kinderheilkunde.

Für zusätzliche **teilstationäre Angebote** besteht im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich kein Bedarf. Weitere Erläuterungen siehe Anlage 19.

Aufgrund einer zu geringen Versorgungsdichte im Bereich Bergedorf/Billstedt, insbesondere im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, wird die Einrichtung eines wohnortnahen ambulanten und **teilstationären** kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebotes in Zusammenarbeit mit dem Bezirk Bergedorf und dem Kath Kinderkrankenhaus Wilhelmstift geprüft.

Tabelle 40: Betten-Soll 01.01.2016 – Psychiatrische Fachgebiete

FG ¹⁾	KHP 2015				KHP 2020 - Soll 01.01.2016					
	nachrichtlich Betten-Ist 01.04.2015	Betten-Ist 31.12.2014	Betten gemäß Auslastung 2014	Differenz Betten-Ist 2014 Auslastung 2014 (Sp.2-Sp.3)	Ableitung Betten aus Auslastung 2014		Zu- sätzliche Angebote zum KHP 2020	nachrichtlich bereits be- willigte Betten nach dem 31.12.2014 ²⁾	Betten-Soll 01.01.2016 (Sp. 4+ 6a+6b+6c+ 6d+6e)	
					keine Über- nahme der zusätzl. Auslastung	Sondertatbestände (STB) bezogen auf die Auslastung 2014 STB 1, 2, 3				
Sp. 1	Sp. 2	Sp.3	Sp.4	Sp.5	Sp.6a	Sp.6b/c/d	Sp.6e	Sp.7	Sp.8	
KJU	158	158	177	19	0	6	25	0	208	
PSY	1.436	1.422	1.588	166	-156	10	40	14	1.482	
PSM	162	162	170	8	-8	0	0	0	162	
Summe	1.756	1.742	1.935	193	-164	16	65	14	1.852	

¹⁾Namen der Fachgebiete siehe Abkürzungsverzeichnis

²⁾nachrichtliche Darstellung, Betten sind in den auf Basis Auslastung 2014 berechneten Betten (Spalte 4) bereits mit enthalten

11.4. Somatische und psychiatrische Fachgebiete Zusammenfassung: Kapazitäten zum 01.01.2016 - Voll- und teilstationäre Versorgung

Entsprechend der in den vorhergehenden Abschnitten dieses Kapitels erläuterten Maßgaben zur Anerkennung der Auslastung 2014 und der neu aufzunehmenden zusätzlichen Versorgungsangebote ergibt sich eine Gesamtkapazität von **12.108 Betten** zum **01.01.2016**.

Tabelle 41: Betten-Soll 01.01.2016 – Somatische und psychiatrische Fachgebiete zusammengefasst

FG ¹⁾	KHP 2015				KHP 2020 - Soll 01.01.2016					
	nachrichtlich Betten-Ist 01.04.2015	Betten-Ist 31.12.2014	Betten gemäß Auslastung 2014	Differenz Betten-Ist 2014 Auslastung 2014 (Sp.2-Sp.3)	Ableitung Betten aus Auslastung 2014		Zu- sätzliche Angebote zum KHP 2020	nachrichtlich bereits be- willigte Betten nach dem 31.12.2014 ²⁾	Betten-Soll 01.01.2016 (Sp. 4+ 6a+6b+6c+ 6d+6e)	
					keine Über- nahme der zusätzl. Auslastung	Sondertatbestände (STB) bezogen auf die Auslastung 2014 STB 1, 2, 3				
Sp. 1	Sp. 2	Sp.3	Sp.4	Sp.5	Sp.6a	Sp.6b/c/d	Sp.6e	Sp.7	Sp.8	
Somatische Fachgebiete										
	10.059	9.998	9.948	-50	0	186	122	61	10.256	
Psychiatrische Fachgebiete										
KJU	158	158	177	19	0	6	25	0	208	
PSY	1.436	1.422	1.588	166	-156	10	40	14	1.482	
PSM	162	162	170	8	-8	0	0	0	162	
	1.756	1.742	1.935	193	-164	16	65	14	1.852	
Somatische und psychiatrische Fachgebiete										
	11.815	11.740	11.883	143	-164	202	187	75	12.108	

¹⁾Namen der Fachgebiete siehe Abkürzungsverzeichnis

²⁾nachrichtliche Darstellung, Betten sind in den auf Basis Auslastung 2014 berechneten Betten (Spalte 4) bereits mit enthalten

Aufgrund der zusätzlichen Angebote auf Basis der Anträge zum Krankenhausplan ergibt sich eine Kapazitätserweiterung um insgesamt **187 Betten** (davon 18 Betten durch Umwidmung):

- + **122** Betten in den somatischen Fachgebieten
(davon 18 Betten aus dem Bestand des Krankenhauses)
- + **40** Betten in der Psychiatrie und Psychotherapie
- + **25** Betten Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dabei werden 18 der 122 zusätzlichen Betten in den somatischen Fachgebieten durch Betten aus dem Bestand bereitgestellt. Die Angebotserweiterung in der Psychiatrie und Psychotherapie beträgt insgesamt 50 Betten, aufgrund des Wegfalls von 10 Betten im Heinrich Sengelmann Krankenhaus als Kompensation für die Einrichtung einer neuen Tagesklinik ergeben sich jedoch rechnerisch nur 40 Betten

Im **teilstationären Bereich** ergibt sich eine Gesamtkapazität von **1.174** Plätzen zum **01.01.2016**, die sich entsprechend der beschriebenen Anpassungen wie folgt aufteilt:

Tabelle 42: Tagesklinische Behandlungsplätze 01.01.2016 – Somatische und psychiatrische Fachgebiete zusammengefasst

Fachgebiet		31.12. 2014	01.12. 2015	01.01. 2016
150	Chirurgie und Orthopädie	4	4	2
190	Gynäkologie und Geburtshilfe	6	6	6
220	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	5	5	5
250	Haut- und Geschlechtskrankheiten	35	35	37
310	Innere Medizin	67	67	45
340	Geriatric	194	194	219
	darunter Schwerpunkt Schmerztherapie ¹⁾			15
360	Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	55	55	65
570	Neurologie	8	17 ¹⁾	6
930	Frührehabilitation	30	30	30
	Summe somatische Tageskliniken	404	413	415²⁾
390	Kinder- und Jugendpsychiatrie	74	74	74
820	Psychiatrie und Psychotherapie	565	565	585
830	Psychosomatik	100	100	100
	Summe psychiatrische Tageskliniken	739	739	759
	Tageskliniken insgesamt	1.143	1.152	1.174²⁾

¹⁾ Schwerpunkt Schmerztherapie: Erweiterung ab dem 01.12.2015 zunächst in der Neurologie, ab dem 01.01.2016 Zuordnung beim Fachgebiet Geriatric ²⁾ Zuzüglich weiterer 10 tagesklinischer Plätze für die multimodale Schmerztherapie ab 01.01.2016

Eine nach Krankenhäusern und Tageskliniken differenzierte Übersicht der teilstationären Kapazitäten zum 01.01.2016 findet sich in Anlage 24. Übersichtskarten mit den Standorten der Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik sowie den Tageskliniken für Geriatric finden sich in den Anlagen 25 bis 28.

12. Planbetten-Prognose zum 31.12.2020

12.1. Rechnerische Status-Quo-Prognose

Zur Abschätzung des Planbettenbedarfs zum Ende der Planperiode 31.12.2020 wurde zunächst ein rein rechnerischer Ansatz verwendet (siehe auch die methodischen Erläuterungen in Abschnitt 7.2 sowie in Anlage 15):

- mit konstanter **Verweildauer** in den Fachgebieten (Verweildauer 2014),
- unter Annahme einer **Bevölkerungsentwicklung** zum 31.12.2020 gemäß der am 07.09.2015 vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein veröffentlichten 13. koordinierten Bevölkerungsberechnung für Hamburg (Variante W2) (siehe auch die Erläuterungen zur Bevölkerungsentwicklung in Abschnitt 6.1),
- **ohne Berücksichtigung weitergehender struktureller Veränderungen**, u.a. durch Verschiebung des Leistungsgeschehens zwischen stationärer, ambulanter und teilstationärer Versorgung und der möglichen Konsequenzen aus den gesetzlichen Änderungen des Jahres 2015.

Die der Planbettenprognose zugrunde liegende Prognose der Fallzahlen ergibt für die großen Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin, Geriatrie und Neurologie bzw. die Fachgebiete mit einem hohen Anteil älterer Patientinnen und Patienten einen Fallzahlzuwachs von 2014 bis zum Jahr 2020 zwischen rd. 6% in der Chirurgie und Neurologie, 7% in der Inneren Medizin und 14% in der Geriatrie (vgl. hierzu die Aussagen der Fachgespräche, Abschnitt 7.1.3.).

Die Prognose für das Fachgebiet Psychiatrie wurde in der Ausgangsbasis um 1.295 Fälle reduziert. Diese Fallzahl ergibt sich bei gegebener Normauslastung (90%) und Verweildauer von 20,6 Tagen aus der Zahl der außerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhausplans 2015 in der Asklepios Klinik Nord betriebenen 80 Betten, die im Zuge der Realisierung der Zentren für Seelische Gesundheit mit 80 teilstationären Behandlungsplätzen aufgegeben werden.

Im **Ergebnis** ergibt sich ein Plus von **848 Betten** gegenüber dem aktuellen Ist (Stand 01.04.2015) und von **555 Betten** gegenüber den für den **01.01.2016** veranschlagten Betten (vgl. Tabelle 43).

Unter Würdigung zahlreicher Unsicherheiten (vgl. hierzu insbesondere die Ausführungen zur Bevölkerungsentwicklung in Abschnitt 6.1) ergibt diese Berechnung einen **rechnerischen** Mehrbedarf von **848 Betten** gegenüber dem aktuellen Betten-Ist (01.04.2015) bis zum Ende des Jahres 2020 (**12.663 Betten**).

12.2. Korrekturfaktor Verweildauer

Seit 1991 ist die Verweildauer im Krankenhaus bundesweit fast um die Hälfte zurückgegangen, in einigen Bundesländern sogar noch stärker. Die durchschnittliche Verweildauer in Deutschland liegt (2014) bei 7,4 Tagen. Deutschland befindet sich mit diesem Wert im Vergleich zu den relevanten europäischen Ländern unverändert mit an der Spitze.

Im bundesweiten Vergleich liegt Hamburg mit 7,7 Tagen in 2014 über dem Bundesdurchschnitt¹³. Im direkten Vergleich mit den Stadtstaaten hat Berlin eine Verweildauer von 7,5 Tagen, Bremen von 6,9 Tagen. Während die Verweildauer in Berlin nur langsam gefallen ist, hat sich diese in Bremen in den letzten Jahren konstant nach unten entwickelt. Wobei zu berücksichtigen ist, dass der CMI in Bremen erheblich niedriger als in Hamburg ist.

Entsprechend des Rückgangs der Verweildauer und der in Hamburg im Vergleich zu anderen Staatstaaten höheren Verweildauer wird von einem weiteren Verweildauerrückgang ausgegangen, der als Korrekturfaktor

¹³ Abweichungen zu der in Abschnitt 5.1 dargestellten Verweildauer in den Hamburger Krankenhäusern (dort 7,6 Tage) ergeben sich durch geringfügige Unterschiede der Erfassungsbasis (Grundgesamt)

mit 0,2 Tagen in die Prognoserechnung eingeht. Dieser Faktor wird angesetzt für die folgenden somatischen Fachgebiete:

- Augenheilkunde, Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie und Urologie.

Im **Ergebnis** reduziert sich damit das rechnerische Plus von **848 Betten** um 317 Betten auf ein Plus von **531 Betten** gegenüber dem aktuellen Betten-Ist (01.04.2015) bis zum Ende des Jahres 2020 (**12.346 Betten**).

Tabelle 43: Betten-Soll 31.12.2020 (Prognose 2020) - Somatische und psychiatrische Fachgebiete

FG ⁰⁾	KHP 2015				KHP 2020 - Soll 31.12.2020			
	nachrichtlich Betten-Ist 01.04.2015	Betten-Ist 31.12.2014	Betten gemäß Auslastung 2014	nachrichtlich bereits bewilligte Betten nach dem 31.12.2014 ¹⁾	Betten-Soll 01.01.2016 (siehe Tabellen 38-40)	Rechnerisch ermittelter Planbettenbedarf 31.12.2020 unter der Annahme einer gleichbleibenden Verweildauer ^{3) 4)}	Betten-Soll 31.12.2020 mit Verweildauerreduzierung ^{5) 4)}	
Sp. 1	Sp. 2	Sp.3	Sp.4	Sp.7	Sp.8	Sp.9 ⁶⁾	Sp.10 ⁶⁾	
AUG	164	164	164	0	164	173	162	
CHI	2.723	2.712	2.675	11	2.707	2.818	2.730	
GYN	588	588	562	0	569	600	566	
HNO	281	281	274	0	275	287	271	
HGL	96	96	105	0	105	112	108	
INN	2.942	2.925	2.919	17	2.952	3.110	2.990	
GER	1.022	994	1.054	28	1.135	1.207	1.207	
KIN	585	580	559	5	600	624	624	
MKG	72	72	66	0	66	68	65	
NCH	221	221	218	0	218	230	224	
NEU	585	585	595	0	625	630	610	
NUK	9	9	9	0	9	9	9	
STR	62	62	59	0	59	63	63	
URO	333	333	320	0	336	336	321	
SWP ²⁾	376	376	369	0	436	436	436	
Summe	10.059	9.998	9.948	61	10.256	10.703	10.386	
KIJU ²⁾	158	158	177	0	208	208	208	
PSY	1.436	1.422	1.588	14	1.482	1.576	1.576	
PSM	162	162	170	0	162	176	176	
Gesamt	11.815	11.740	11.883	75	12.108	12.663	12.346	

⁰⁾Namen der Fachgebiete siehe Abkürzungsverzeichnis

¹⁾nachrichtliche Darstellung, Betten sind in den auf Basis Auslastung 2014 berechneten Betten (Spalte 4) bereits mit enthalten

²⁾Das Planbetten-Soll zum 31.12.2020 wurde aus dem Soll zum 01.01.2016 übernommen, da rechnerisches Verfahren hier nicht anwendbar

³⁾Die Prognose für das Fachgebiet Psychiatrie wurde in der Ausgangsbasis um 1.295 Fälle reduziert, die sich bei der Normauslastung von 90% und der VD von 20,6 Tagen im Fachgebiet Psychiatrie aus der Zahl der 80 außerhalb des Versorgungsauftrags des Krankenhausplans 2015 betriebenen Betten in der AK Nord ergeben.

⁴⁾Annahmen zur Entwicklung der Bevölkerung zum Jahr 2020 gemäß der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Hamburg, Variante W2. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 07.09.2015.

⁵⁾Unter der Annahme eines weiteren Rückgangs der Verweildauer bis zum Jahr 2020 wurde die Prognose mit einer um 0,2 Tage verringerten Verweildauer berechnet in den somatischen Fächern: AUG, CHI, GYN, HNO, HGL, INN, MKG, NCH, NEU, URO

⁶⁾Die Fachgebietszuordnung erfolgt hier unter Vorbehalt und dient nur der Orientierung.

13. Kapazitätsfestlegungen und Eckpunkte im Krankenhausplan 2020 Zusammenfassung und Ausblick

13.1. Kapazitätsfestlegungen und Eckpunkte - vollstationär

Ausgewiesen werden sollen im Krankenhausplan 2020 folgende vollstationäre Kapazitäten:

Vollstationäre Betten

Planbetten-Ist: 31.12.2014	11.740
Planbetten-Ist: 01.07.2015	11.815
Planbetten-Soll: 01.01.2016	12.108
Planbetten Zielwert: 31.12.2020 mit VD-Reduzierung	12.346

Für die weitere Entwicklung ergeben sich damit zwischen den zum Beginn der Laufzeit des Krankenhausplans 2020 anerkannten (12.108) und den zum Ende der Planperiode prognostizierten Betten (12.346) für den Zeitraum vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2020 zusätzliche, noch nicht einzelnen Krankenhäusern zugeordnete Bettenkapazitäten in Höhe von 238 Betten. Diese Kapazitäten sollten insbesondere an Krankenhäuser vergeben werden, die innovative Angebote hinsichtlich der Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen, der Konzentration von Leistungen (Zentrenbildung im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 4 neu i.V.m. § 5 Abs. 3 neu KHEntgG) o.ä. entwickeln.

Ob über diese **238** Betten hinaus noch eine weitere Planungsreserve erforderlich und zu berücksichtigen wäre, ist offen. Mit der im Jahr 2017 auf Basis der Daten des Jahres 2016 vorgesehenen **Zwischenfortschreibung** des Krankenhausplans (siehe Kap. 13.3.) sollen ggf. erforderliche Korrekturen auf Grund zwischenzeitlich ggf. veränderter Patientenströme und der weiteren Entwicklung in den Fachgebieten vorgenommen werden.

13.2. Kapazitätsfestlegungen und Eckpunkte - teilstationär

Ausgewiesen werden sollen im Krankenhausplan 2020 folgende teilstationäre Kapazitäten:

Teilstationäre Behandlungsplätze

Behandlungsplätze Ist: 31.12.2014	1.143
Behandlungsplätze Ist: 01.07.2015	1.143
Behandlungsplätze Ist: 01.12.2015	1.152
Behandlungsplätze Soll: 01.01.2016	1.174*
Behandlungsplätze Zielwert: 31.12.2020	1.174

* Zuzüglich weiterer 10 tagesklinischer Plätze für die multimodale Schmerztherapie ab 01.01.2016

Analog zum Krankenhausplan 2015 werden die Zielwerte für die teilstationären Plätze zum Ende der Planperiode zunächst aus den Soll-Werten zum Beginn des Planungszeitraums übernommen. In den Zahlen bilden sich die strukturellen Anpassungen während des Planungszeitraums ab, sie werden entsprechend angepasst.

Entsprechend der Maßgaben zur Entwicklung der psychiatrischen Tageskliniken erwartet die BGV eine Leistungssteigerung der Tageskliniken durch eine Verkürzung der Verweildauer und einer damit einhergehenden höheren Intensität und Nutzbarkeit der tagesklinischen Kapazitäten.

13.3. Fortschreibungen bzw. Anpassungen des Krankenhausplans 2020 sowie Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes

Der Krankenhausplan 2020 soll im Jahr 2017 (auf Basis der Daten 2016) fortgeschrieben werden. Auch außerhalb dieser Fortschreibung werden wahrscheinlich mehr oder weniger umfangreiche Anpassungen des Krankenhausplans notwendig sein. Ein wesentlicher Grund für diese Fortschreibung bzw. für Anpassungen sind die in den kommenden Jahren zu erwartenden Auswirkungen der Änderung der bundesrechtlichen Vorschriften (KHG und KHEntG) durch das **Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)** (siehe Kap. 2.6.2). Hervorzuheben sind hier:

- **Qualitätsvorgaben als Voraussetzung für die Aufnahmen in den Krankenhausplan**

Das KHSG sieht vor, dass die Aufnahme in den Krankenhausplan künftig von der Einhaltung planungsrelevanter Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie ergänzender Qualitätsvorgaben der Länder abhängig ist. Der G-BA soll Ende 2016 einen ersten Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren fassen. Dieser wird sich jedoch aller Voraussicht nach nur auf wenige ausgewählte Fachgebiete oder Leistungsbereiche beziehen. Es ist deshalb geplant, ab 2016 landeseigene Qualitätsvorgaben zu entwickeln. Angestrebt werden Vorgaben für 3 bis 4 Fachgebiete pro Jahr. Hierzu wird die BGV eines Gutachtens zur Identifizierung geeigneter Qualitätsvorgaben in Auftrag geben (s. Kap. 9.2.4.). Abhängig vom Fortschritt bei der Entwicklung der Qualitätsvorgaben wird der Krankenhausplan 2020 an die Qualitätsvorgaben anzupassen sein.

- **Abbildung von Leistungsstrukturen unterhalb der Fachgebietesebene**

Der Krankenhausplan 2020 bleibt zunächst bei der Planung auf der Ebene der Fachgebiete. Die vom KHSG beförderte qualitätsorientierte Krankenhausplanung und die im HmbKHG vorgesehene Festlegung von ergänzenden Qualitätsanforderungen für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche setzt jedoch voraus, dass zumindest in Teilen in der Krankenhausplanung das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern unterhalb der Ebene der Fachgebiete abgebildet wird, um so eine Deckungsgleichheit zwischen Versorgungsaufträgen und den für sie einschlägigen Qualitätsvorgaben zu erreichen. Wie dieses umzusetzen ist, wird abhängig vom Entwicklungsstand und Inhalt der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA und der landeseigenen Qualitätsanforderungen - während der Laufzeit des Krankenhausplans 2020 - zu prüfen sein.

- **Zuweisung der Aufgaben von Zentren**

Darüber hinaus sieht das KHSG vor, dass Krankenhäuser grundsätzlich nur noch dann einen Zentrumszuschlag beanspruchen können, wenn die Krankenhausplanungsbehörde dem Krankenhaus eine für das Zentrum relevante besondere Aufgabe zugewiesen hat. Bis Ende 2016 sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Vereinbarung zu den besonderen Aufgaben von Zentren treffen. Das KHSG gibt hierzu den Rahmen vor. Danach können sich die besonderen Aufgaben von Zentren ergeben aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen. Bis Ende 2017 gilt für Zentrumszuschläge nach dem alten Recht Bestandsschutz. Spätestens im Rahmen der Zwischenfortschreibung 2017 werden die Aufgabenzuweisungen zu erfolgen haben.

- **Neues System der Mengensteuerung**

Durch das KHSG wird mit Wirkung zum Budgetjahr 2017 ein neues System der Mengensteuerung eingeführt. In diesem System werden voraussichtlich u.a. die Leistungsbereiche Transplantationen, Polytraumata, Schwerebrandverletzte, Versorgung von Frühgeborenen vom sog. Fixkostendegressionsabschlag (FDA) aufgenommen sein. Darüber hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Katalog sog. nicht mengenanfälliger Leistungen (z.B. Geburten) zu vereinbaren, für die nur der hälftige FDA Anwendung finden wird; das Gleiche gilt für Mehrleistungen, die auf einer bloßen Verlagerung von Leistungen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses beruhen. Aus dem neuen System der Mengensteuerung könnte sich auf Grund der besonderen Spezialisierung Hamburger Krankenhäuser ein Mehrbedarf in der Krankenhausplanung ergeben. Diese Entwicklung ist engmaschig zu beobachten und ggf. im Laufe der Planungsperiode des Krankenhausplans 2020 zu berücksichtigen.

14. Investitionsplanung

14.1. Grundsätze der Förderung

Der Krankenhausplan dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern und bildet die Grundlage für die Investitionsplanung. Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit, Innovationsfähigkeit und damit der herausragenden Leistungsfähigkeit für die Patientinnen und Patienten sind für den Krankenhausbereich ausreichende Investitionsmittel erforderlich. In der Finanzplanperiode 2014 bis 2018 sind insgesamt rd. 501,4 Mio. Euro für die Investitionsförderung nach dem HmbKHG vorgesehen. Davon entfallen rd. 346,4 Mio. Euro auf die Einzelförderung gemäß § 21 HmbKHG. Hiervon werden jährlich rd. 10 Mio. Euro für die Abfinanzierung des Neubaus der Asklepios Klinik Barmbek verwendet (bis 2025). Hinzu kommen Investitionsmittel der Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung für das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Den Krankenhäusern werden gemäß § 22 HmbKHG für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von 3 bis 15 Jahren (z.B. Betten, Einrichtungsgegenstände, Labor- und Röntgengeräte) sowie für kleine bauliche Maßnahmen unter 100.000 Euro jährliche Pauschalbeträge zugewiesen. Mit diesen Fördermitteln kann das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung frei wirtschaften. Die leistungsorientierte Verteilung der im Haushalt für die Pauschalförderung bereitgestellten Mittel wird seit 2007 nach den von den einzelnen Krankenhäusern erbrachten DRG-Bewertungsrelationen vorgenommen (Pauschalförderungsverordnung – PauschVO, HmbGVBl. Seite 141 vom 27. April 2007 in Verbindung mit der jeweils gültigen Änderungsverordnung).

Für Investitionen mit Kosten über 100.000 Euro können die Krankenhäuser Einzelförderung nach § 21 HmbKHG, insbesondere für Neubau, Umbau, Erstausrüstung, beantragen. Voraussetzung für die Einzelförderung ist die Aufnahme der Maßnahme in das Krankenhaus-Investitionsprogramm. Gemäß § 16 HmbKHG stellt die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz auf der Grundlage des Krankenhausplans und in Abhängigkeit von den mit dem Haushaltsplan bereitgestellten Mitteln ein jährliches Krankenhaus-Investitionsprogramm auf. Die zu den Investitionsprogrammen angemeldeten Anträge werden in Abstimmung mit den unmittelbar Beteiligten im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung hinsichtlich ihrer Dringlichkeit und Notwendigkeit prioritär bewertet. Mit einer jährlichen Berichtsdrucksache wird die Bürgerschaft darüber hinaus über beschlossene und geplante Maßnahmen informiert.

Zur krankenhausspezifischen Festlegung der strukturellen Weiterentwicklung werden Krankenhausentwicklungs- bzw. Teilentwicklungspläne erstellt. Diese Pläne setzen die Aussagen des Krankenhausplans in konkrete Projekt- und Maßnahmenplanungen um und stellen die Investitionsbedarfe dar. Eine maßnahmenbezogene Förderung wird regelhaft auf der Basis abgestimmter fachlicher Konzepte und Raumprogramme sowie geeigneter Bau- und Kostenunterlagen in Form einer Festbetragsfinanzierung vorgenommen.

14.2. Strukturinvestitionen

Wichtige Ziele der Investitionsplanung sind die Umsetzung des Krankenhausplans sowie die Optimierung der Betriebsstrukturen unter fachlichen, wirtschaftlichen und hygienischen Gesichtspunkten. Nur durch eine angemessene investive Begleitung von Strukturverbesserungen kann die hervorragende medizinische Versorgung in den Hamburger Krankenhäusern gesichert und – wo möglich – verbessert werden.

In den vergangenen Jahren konnte bereits eine Vielzahl von richtungsweisenden Bauprojekten in den Hamburger Krankenhäusern realisiert werden. Durch die Förderung von Fusionen konnten unwirtschaftliche kleine Krankenhäuser zu wettbewerbsfähigen, modernen und effizienten Einrichtungen entwickelt werden. Zur Optimierung der Betriebsabläufe wurden in vielen Krankenhäusern Funktionsbereiche neu gebaut oder umstrukturiert und zur Verbesserung der Not- und Unfallversorgung Zentrale Notaufnahmen eingerichtet.

Die Dezentralisierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung zur Verbesserung der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung in Hamburg ist aus Sicht der BGV umgesetzt.

Schwerpunkte der Investitionsförderung bilden weiterhin die Erweiterung und Modernisierung von Funktionsbereichen, vor allem Operations- und Intensivbereiche, sowie die Sanierung von Betriebsvorrichtungen (z.B. Aufzüge und Notstromanlagen).

Bei der baulichen Ausrichtung der Plankrankenhäuser werden zukünftig die Anforderungen für die Versorgung älterer und alter Patientinnen und Patienten verstärkt zu berücksichtigen sein (z.B. Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen). Hier steht die Stärkung der Altersmedizin in vielen medizinischen Fachgebieten im Vordergrund, u. a. durch die Kompetenz-Zentren für Altersmedizin.

14.3. Barrierefreiheit in Hamburger Krankenhäusern

Den besonderen Bedürfnissen behinderter Menschen wird in den Hamburger Plankrankenhäusern grundsätzlich Rechnung getragen.

Grundlage für die nach dem Hamburgischen Krankenhausgesetz geförderten Baumaßnahmen sind die Hamburgische Bauordnung und die DIN 18024 Teil 2 (Barrierefreies Bauen: Öffentlich zugängliche Gebäude und Arbeitsstätten, Planungsgrundlagen). Danach sind Bereiche in Krankenhäusern, die regelmäßig von Patientinnen und Patienten genutzt werden, barrierefrei zu bauen.

Hinsichtlich der baulichen Barrierefreiheit sind in Krankenhäusern hauptsächlich die Nasszellen der Patientenzimmer problematisch. Die Zugänglichkeit der Gebäude, Größe von Aufzügen und Türbreiten sind dagegen in der Regel in den Hamburger Plankrankenhäusern bereits durchgängig gegeben.

Mit dem Prüfdienst „Barrierefreies Bauen“ wird daher insbesondere geregelt, dass je Station ein barrierefreies Doppelzimmer mit einem Bad nach den Anforderungen der DIN 18024 Teil 2 vorzusehen ist. Dieser Standard ist bei Neubauten konsequent umzusetzen, bei Umbauten im Bestand wird im Einzelfall geprüft, inwieweit die Einhaltung mit vertretbaren Mitteln realisierbar ist.

Festzuhalten ist, dass die flächendeckende Einführung dieser modernen Standards der baulichen Barrierefreiheit in Hamburg bereits weit fortgeschritten ist und weiterhin ein Ziel der Förderung von baulichen Maßnahmen in den Plankrankenhäusern bleibt.

Der Aspekt der Barrierefreiheit in Krankenhäusern ist jedoch nicht nur auf die „Bauliche Barrierefreiheit“ zu begrenzen. Barrierefreiheit bedeutet daher auch, dass Versorgungsangebote so gestaltet werden, dass sie von jedem Menschen unabhängig von einer eventuell vorhandenen Behinderung uneingeschränkt benutzt werden können und gestaltete Lebensbereiche für Alle zugänglich gemacht werden können. Daher sollen zukünftig auch verstärkt Betroffene, Behindertenverbände und z.B. auch Elterninitiativen in Planungsvorhaben und Abstimmungsprozesse einbezogen werden.

