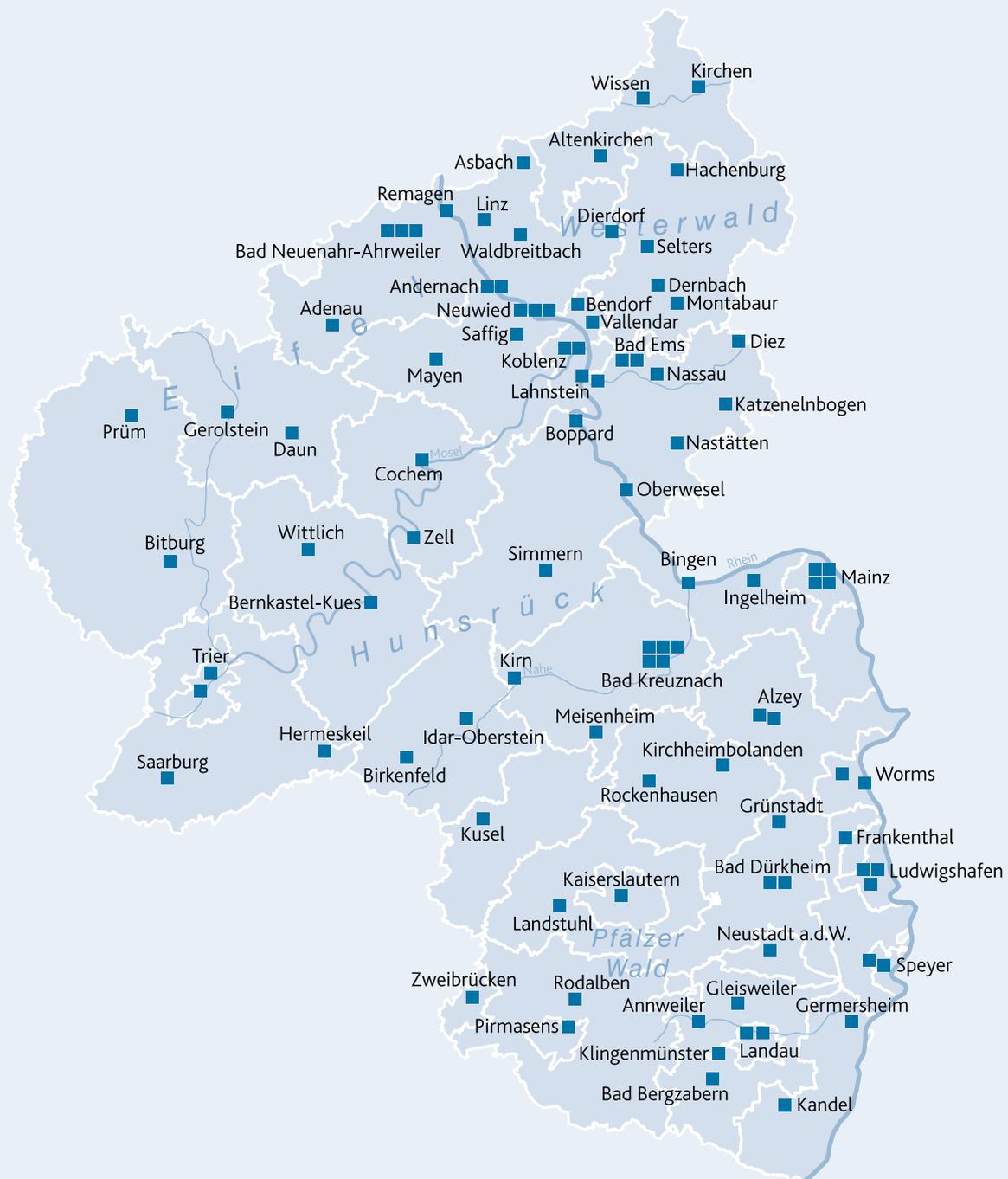




# KRANKENHAUSPLAN DES LANDES RHEINLAND-PFALZ 2019-2025



# IMPRESSUM

## Herausgeber:

### **Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz**

Referat für Öffentlichkeitsarbeit

Bauhofstraße 9

55116 Mainz

[www.msagd.rlp.de](http://www.msagd.rlp.de)

Stand Dezember 2018

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und -bewerbern oder Wahlhelferinnen und -helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und 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. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

# VORWORT



Die Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Das Land erfüllt seine Aufgaben unter anderem mit der Aufstellung des Landeskrankenhausplans. Der neue Landeskrankenhausplan gilt ab 2019 und wird einen Zeithorizont bis 2025 haben.

Dabei sind wir in Rheinland-Pfalz in einer komfortablen Ausgangsposition: Das Land verfügt über eine sehr gute Krankenhausversorgung. Wenn wir das heute feststellen können, ist dies letztlich der anerkennende Ausdruck dafür, dass es allen an der Krankenhausversorgung Beteiligten gelungen ist, sich den dynamischen Veränderungen und Anforderungen der letzten Jahre anzupassen.

Der Erkenntnisgewinn in der Forschung und die vielfältigen Spezialisierungen haben dazu geführt, dass die Versorgungsprozesse vieler Erkrankungen komplexer wurden und nicht mehr einer Fachabteilung zuordnen lassen. Bei vielen

Erkrankungen ist der Versorgungspfad heute durch ausdifferenzierte, fach-, professionen- und sektorenübergreifende Behandlungsstrategien gekennzeichnet. Rheinland-Pfalz geht mit der Definition von Qualitätsvorgaben konsequent den Weg einer qualitätsgesicherten Versorgung und erhält weiterhin die Grund- und Regelversorgung aufrecht. Dort, wo es bedarfsgerecht ist, müssen wir auch die Kapazitäten in den Krankenhäusern ausbauen. Mit dem vorliegenden Plan stellt sich das Land Rheinland-Pfalz den vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Mein Dank gilt an dieser Stelle allen, die an der Erarbeitung des Planes mitgewirkt haben, aber insbesondere auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern, die Hervorragendes für die Menschen in Rheinland-Pfalz leisten. Ich bin mir sicher, dass sich dieser Einsatz lohnt und es allen gemeinsam gelingt, die sehr gute stationäre Versorgung im Land für die Patientinnen und Patienten auch in die Zukunft zu führen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sabine Bätzing-Lichtenthäler'. The signature is fluid and cursive.

**Sabine Bätzing-Lichtenthäler**  
Ministerin für Soziales, Arbeit,  
Gesundheit und Demografie  
des Landes Rheinland-Pfalz

# INHALT

EINLEITUNG .....	8
I. HAUPTTEIL .....	10
1. RECHTLICHER RAHMEN .....	10
1.1. Bundesrecht .....	10
1.1.1. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).....	10
1.1.2. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) .....	10
1.2. Rechtsprechung .....	11
1.3. Landesrecht .....	12
2. ELEMENTE DER PLANUNG, METHODIK UND ZIELVORGABEN 2025 .....	13
2.1. Ablauf und Methodik der Planerstellung.....	13
2.2. Planungsebenen .....	16
2.2.1. Versorgungsgebiete.....	16
2.2.2. Krankenhausstandorte .....	18
2.2.3. Abteilungen .....	18
2.2.3.1. Haupt- und Belegabteilungen.....	18
2.2.3.2. Fachabteilungen.....	19
2.2.3.3. Interdisziplinäre Abteilungen.....	20
2.2.4. Planbetten.....	21
2.2.5. Tagesklinische Plätze.....	22
2.2.6. Spezielle Leistungsangebote und Kompetenzen.....	22
2.3. Planungsgrößen .....	23
2.3.1. Versorgungsstufen .....	23
2.3.2. Versorgungsauftrag .....	24
2.3.3. Erreichbarkeit .....	24
2.3.4. Sollnutzungsgrade .....	25
2.3.4.1. Verweildauer.....	25
2.3.4.2. Volatilität.....	26

<b>3. TRANSSEKTORALE VERSORGUNG</b> .....	<b>27</b>
3.1. Rahmenbedingungen und Vorhaben.....	27
3.2. „Sektorenübergreifendes Gesundheitszentrum“, ein zukunftsfähiges Modell im ländlichen Raum.....	27
<b>4. VORHABEN ZUR STRATEGISCHEN NEUAUSRICHTUNG DER PLANUNG</b> .....	<b>31</b>
4.1. Übergang zur Rahmenplanung.....	31
4.2. Implementierung eines „Versorgungscontrollings“.....	33
4.3. Pilotprojekt „Regionale Versorgungskonferenz“ .....	34
<b>5. QUALITÄT IN DER KRANKENHAUSPLANUNG</b> .....	<b>35</b>
5.1. Umgang mit den planungsrelevanten Indikatoren des G-BA / IQTiG.....	37
5.2. Landeseigene Qualitätsvorgaben .....	37
5.2.1. Fortlaufende Evaluation des Planungsprozesses .....	37
5.2.2. Versorgungskonzepte zur Prozessoptimierung im Zentrumsmodell.....	38
5.2.2.1. Onkologische Zentren .....	40
5.2.2.2. Herzmedizinische Zentren .....	41
5.2.2.3. Neurovaskuläre Zentren.....	48
5.2.3. Zentren im Sinne eines regionalen Versorgungsschwerpunktes .....	49
5.2.4. Verfahren in der Ausweisung von Zentren .....	50
5.2.5. Organisatorische Vorgaben zur Qualitätsverbesserung.....	51
<b>6. PLANUNGEN FÜR FACHABTEILUNGEN UND SPEZIELLE FALLGRUPPEN</b> .....	<b>52</b>
6.1. Geburtshilfe .....	52
6.2. Palliativmedizin.....	54
6.3. Versorgung extrem übergewichtiger Personen.....	55
6.4. Weaning.....	56
6.5. Geriatrie.....	57

<b>7. ANALYSEN UND BEDARFSPROGNOSEN DER EINZELNEN FACHGEBIETE</b> .....	<b>65</b>
<b>7.1. Überblick</b> .....	<b>65</b>
<b>7.2. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik</b> .....	<b>66</b>
7.2.1. Fachgebiete der Psychiatrie und Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie .....	66
7.2.2. Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	77
<b>7.3. Somatische Fachabteilungen</b> .....	<b>84</b>
7.3.1. Augenheilkunde.....	84
7.3.2. Chirurgie.....	84
7.3.3. Dermatologie.....	85
7.3.4. Geriatrie.....	85
7.3.5. Gynäkologie/Geburtshilfe.....	86
7.3.6. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.....	87
7.3.7. Herzchirurgie.....	88
7.3.8. Innere Medizin.....	88
7.3.9. Intensivmedizin/Anästhesie.....	89
7.3.10. Kinder- und Jugendmedizin.....	90
7.3.11. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.....	90
7.3.12. Neurochirurgie.....	91
7.3.13. Neurologie.....	91
7.3.14. Nuklearmedizin.....	92
7.3.15. Konservative Orthopädie.....	92
7.3.16. Orthopädie und Unfallchirurgie.....	93
7.3.17. Plastische Chirurgie.....	93
7.3.18. Urologie.....	93
7.3.19. Strahlentherapie.....	94

<b>II. GESAMTDARSTELLUNGEN UND STRUKTURBLÄTTER AUF STANDORTEBENE</b> .....	95
<b>8.1 Bedarf und Planung bei Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie</b> .....	95
<b>8.2. Betten Rheinland-Pfalz alle Fachrichtungen 2016 und Ziel 2025)</b> .....	101
<b>8.3. Gesamtbetten nach Versorgungsregionen</b> .....	106
<b>8.4. Gesamtdarstellung Betten Rheinland-Pfalz gesamt 2016 und Ziel 2025</b> .....	107
<b>8.5. Strukturblätter auf Standortebeine</b> .....	108
<b>8.6. Rolle der Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V</b> .....	204
<b>III. ANHÄNGE</b> .....	216
<b>1. Abkürzungsverzeichnis</b> .....	216
<b>2. Katalog der Auflagen, Aufgaben und Kriterien für Zentren gem. II. 5.2.2.</b> .....	218
2.1. Auflagen für die Onkologische Zentren .....	218
2.2. Auflagen für Herzmedizinische Zentren .....	219
2.3. Auflagen für Neurovaskuläre Zentren .....	221
<b>3. Erläuterungen und Hinweise</b> .....	222
3.1. Hill-Burton-Formel .....	222
3.2. 4-Felder-Matrix .....	223
3.3. NAMSE (Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen) .....	224
3.4. Strukturblätter .....	225
3.5. Tabellen und Abbildungen .....	227
3.6. Literaturverzeichnis .....	228

# EINLEITUNG

## **Ziele der Neuaufstellung des Landeskrankenhausplans**

Der letzte Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz trat 2010 in Kraft und endet mit Ablauf des Jahres 2018. Bei der Neufassung des Plans mit Geltung ab 2019 war zunächst zu entscheiden, ob weiterhin eine Planung mit diesem mehrjährigen Zeithorizont angemessen erscheint. Dieses Vorgehen wurde von einigen Ländern verlassen und stattdessen etwa auf eine jährliche Fortschreibung der Versorgungsplanung übergegangen. Angesichts der enormen Dynamik in der medizinischen Versorgung findet dieses Vorgehen auch zweifelsfrei seine Berechtigung.

Die Entscheidung, bei einem mehrjährigen Planungshorizont zu bleiben, verfolgt demgegenüber das Ziel, die strategischen Ausrichtungen der Landesregierung zur Krankenhausplanung in diesem mittelfristigen Zeitraum aufzuzeigen. Dies schließt ständige Anpassungen der regionalen Versorgungsstrukturen und Aktualisierungen der stationären Planung nicht aus. Im Gegenteil: dieses Vorgehen soll gerade im Plan festgeschrieben werden.

Die jetzige Neuauflage des Krankenhausplans mit einem Zeithorizont bis 2025 ist deshalb als eine synchronisierte Aufstellung der stationären Versorgungsstrukturen des Landes zu verstehen. Sie stellt die Ausgangsbasis fest, von der aus die gemeinsamen Ziele in den folgenden Jahren umgesetzt werden sollen.

Zusammengefasst werden hierbei folgende strategische Neuausrichtungen angestrebt:

## **Übergang zu einer Rahmenplanung**

Auch wenn die Krankenhausplanung des Landes keine Leistungsplanung ist und sein kann, sondern Kapazitäten plant, muss sie den Funktionswandel berücksichtigen, der sich aus dem DRG-Entgeltsystem, also der Hinwendung zu marktregulatorischen Elementen, für die Krankenhäuser ergibt. Dies stellt die Krankenhäuser vor die Herausforderung, fortlaufend neue organisatorische und strukturelle Anpassungen vorzunehmen. Gerade um der Anforderung gerecht zu werden, Flächenversorgung, fallangemessene Erreichbarkeit und damit Teilhabe an einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu sichern, muss der Handlungsspielraum der Krankenhäuser dadurch erweitert werden, dass sich die Krankenhausplanung auf ihre originären Regelungsbereiche zurückzieht. Ein wesentliches Ziel des Krankenhausplans ist es deshalb, im somatischen Bereich den Übergang zu einer Rahmenplanung zu fundieren, die Raum für die nötige Flexibilität der Vertragsparteien schafft.

## **Fortlaufendes „Versorgungsmonitoring“**

Im Gegenzug soll ein intensives fortlaufendes Monitoring implementiert werden, welches auch das Leistungsgeschehen als einen wesentlichen Aspekt und Indikator für die bedarfsgerechte Versorgung mit einbeziehen soll. Dauerhafte Unterauslastungen eines Krankenhausstandortes werden in Zukunft zu einer Korrektur des Versorgungsauftrages führen. Zudem werden in Zukunft auch gezielte Analysen zu Versorgungsprozessen und -konzepten erfolgen.

## **Qualität**

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung kann sich nicht auf die Ausweisung von Strukturen beschränken. Sie erfordert vielmehr prozessorientierte planerische Festlegungen, die unter Berücksichtigung eines abgestuften Versorgungssystems erfolgen. Abgestuft bedeutet, dass der Zugang zu den Versorgungsangeboten in Abhängigkeit von den fallspezifischen Dimensionen der Dringlichkeit und der erforderlichen Behandlungskomplexität gewährleistet sein muss. Konkret sollen hierzu – aufbauend auf bereits vorhandenen Vorgaben des Landes zur Versorgungsqualität – die Konzepte für die Leistungsbereiche onkologische, herzmedizinische und neurovasculäre Versorgung erweitert werden. Dieser Ausbau umfasst damit zunächst die Krankheiten, welche statistisch für über 80% der Todesfälle verantwortlich sind. Dem Ziel, die Bedeutung von prozessorientierten Planungselementen hervorzu-

heben, dienen auch organisatorische Vorgaben in den Bereichen geriatrisches Screening, Risikomanagement und peristationäres Schnittstellenmanagement.

## **Weitere Stärkung der regionalen Versorgung**

Gerade in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz müssen regionale Besonderheiten planerisch berücksichtigt und auch Strategien für besondere Herausforderungen mit den Beteiligten der Krankenhausplanung erarbeitet werden. Deshalb ist beabsichtigt, mittel- bis langfristig regionale Versorgungskonferenzen zu etablieren, in denen sich die Verantwortlichen der Region gemeinsam über die bestmöglichen Handlungsalternativen abstimmen.

# I. HAUPTTEIL

## 1. RECHTLICHER RAHMEN

### 1.1. Bundesrecht

#### 1.1.1. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) am 1. Januar 1972 wurde die duale Finanzierung der Krankenhäuser fundiert. Den Ländern wurde die Aufgabe der Krankenhausplanung und die Finanzierung der Infrastruktur der Krankenhäuser zugewiesen (Investitionsförderung). Im Zuge der Novellierungen des KHG durch das Krankenhausneuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 wurden die Regelungen des Bundes an der anteiligen Krankenhausfinanzierung auf wenige Rahmenvorschriften zur Krankenhausplanung und zur Krankenhausfinanzierung zurückgeführt und die nähere Ausgestaltung den Ländern überantwortet.

In § 1 KHG der aktuellen Fassung werden als Ziele des Gesetzes benannt, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. In § 6 KHG wird festgeschrieben, dass die Länder zur Verwirklichung dieser Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen und dabei Folgekosten zu berücksichtigen haben.

In § 7 KHG ist weiterhin bestimmt, dass die Landesbehörden bei der Umsetzung mit den an der

Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten und insbesondere das betroffene Krankenhaus anzuhören ist. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme wird darüber hinaus vorgegeben, dass einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind. Auch hier bleibt die weitere konkrete Vorgehensweise landesrechtlichen Regelungen überlassen.

In § 8 KHG ist schließlich die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan als Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Förderungen festgelegt, und, dass ein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan nicht besteht.

#### 1.1.2. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Das zum 1. Januar 1989 in Kraft getretene SGB V grenzt bei der stationären Versorgung Krankenhäuser (§ 107 Abs. 1) und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs. 2) voneinander ab.

Nach § 108 SGB V dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Diese werden weiter unterteilt in Hochschulkliniken, in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser (Plankrankenhäuser) sowie Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden

der Ersatzkassen abgeschlossen haben (Vertragskrankenhäuser). Weitere Einzelheiten, insbesondere Regelungen für Abschluss und Kündigung solcher Verträge, finden sich in den folgenden Paragraphen 109 und 110. Hier ist unter anderem auch die Möglichkeit aufgegriffen, dass ein Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses trifft, und diese dann durch die Vertragsparteien im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart werden können.

Wenn auch die Regelungshoheit der Länder bei der Krankenhausplanung in den Jahren nach 1989 nicht direkt in Frage gestellt wurde, wurden mehrere Bestimmungen im SGB V ergänzt, die – zumindest indirekte – Auswirkungen auf die

Versorgungsplanung haben. Insbesondere wurde hierbei dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Regelungskompetenz zugesprochen, um bei Novellierungen innerhalb des SGB V bundeseinheitlich verbindliche Ausgestaltungen zu erwirken. So z.B. zum Sicherstellungszuschlag, der sich als Neuerung aus dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (FPG) ergab, dessen Bestandteil wiederum das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist. Im Weiteren folgten mehrere Einzelregelungen aus der Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes heraus, welches seit dem 01.01.2016 in Kraft ist und aus dem inzwischen bundeseinheitlich verbindliche Regelungen vorliegen, wie etwa zu Mindestmengen, einem gestuften System von Notfallstrukturen oder zu den sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI).

## 1.2. Rechtsprechung

Mittels Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesverwaltungsgerichtes wurde das Vorgehen bei der Krankenhausplanung auf Grundlage des § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG näher ausgelegt. Demnach ist zunächst eine Dokumentation der Krankenhausziele, eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung sowie eine Beschreibung der Versorgungsangebote bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern gefordert. Diese stellen die Entscheidungsgrundlage für die Festlegung dar, mit welchen Krankenhäusern der zur Versorgung der Bevölkerung festgestellte Bedarf gedeckt werden soll. Hierbei haben die Gerichte die Bedarfsgerechtigkeit, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit als entscheidungsrelevante Qualifikationskriterien benannt. Liegt ein über den Bedarf hinausgehendes Angebot vor, ist eine Auswahlentscheidung darüber zu treffen, welches der betroffenen Krankenhäuser diesen Qualifikationsmerkmalen und den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung am besten gerecht wird. Diese

Planaufnahmeentscheidung bleibt zunächst „eine verwaltungsinterne Anweisung ohne Bindungswirkung nach „Außen“.

Erst der nächste Schritt, nämlich der Bescheid über die Aufnahme oder die Nichtaufnahme in den Krankenhausplan entfaltet als Erlass eine Außenwirkung, gegen den dann auch der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist (§ 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 KHG).

## 1.3. Landesrecht

Zu dem am 28.11. 1986 in Kraft getretene Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz (LKG) ist zum Zeitpunkt der Planerstellung eine umfassende Novellierung vorgesehen. In einer vorgezogenen kleinen Überarbeitung, welche am 11.09.2018 in Kraft trat, erfolgte zunächst eine Harmonisierung der Zielsetzung des Landesgesetzes mit der des KHG. In §1 LKG ist somit nun das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung ergänzend verankert.

Die sogenannte Qualitäts-Novelle in diesem ersten Schritt besteht aus einer ergänzenden Regelung des landesrechtlichen Vorgehens mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie bezieht sich somit auf die in § 6 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) normierte Vorgabe, dass die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplans sind. Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf der Grundlage der vom G-BA übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine „in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

Es wird hier jedoch die Möglichkeit eingeräumt, durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise auszuschließen oder einzuschränken und, dass weitere – landeseigene – Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden können.

Diese Option wird nun in § 6 LKG aufgegriffen. Hier wird geregelt, dass der G-BA Beschlüsse zu den Plan QI erst nach Anhörung und Beteiligung des Landtags- sowie des Planungsausschusses Bestandteil der Krankenhausplanung werden können. Ziel ist es, hierdurch ein hohes Maß an Transparenz unter Einbeziehung aller relevanten Akteure an der stationären Versorgung auf Landesebene zu erreichen, sowie eventuelle Fehlentwicklungen in Fachgebieten oder die Gefährdung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung abwenden zu können. Darüber hinaus wurde auch aufgegriffen, dass das Land eigene Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung macht.

Die im Landeskrankenhausgesetz geregelte Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter und kleiner baulichen Maßnahmen unterhalb der Kostengrenze soll auch im Rahmen der umfassenden Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes grundsätzlich beibehalten werden.

# 2. ELEMENTE DER PLANUNG, METHODIK UND ZIELVORGABEN 2025

## 2.1. Ablauf und Methodik der Planerstellung

### Ablauf

Gemäß § 7 des LKG Rheinland-Pfalz wird der Landeskrankenhausplan nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung und Anhörung weiterer im Bereich des Krankenhauswesens betroffener Organisationen und Verbände erstellt. Insbesondere den Krankenhausträgern, den Krankenkassen sowie den betroffenen kommunalen und städtischen Versorgungsverantwortlichen

ist Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Gemäß Absatz 3 § 7 LKG ist der von der Behörde aufgestellte Plan von der Landesregierung zu beschließen und wird im Staatsanzeiger des Landes veröffentlicht.

Dem wurde im Planungsprozess entsprochen. Die wesentlichen Meilensteine im zeitlichen Ablauf hierzu können folgender Tabelle entnommen werden:

15. Dezember 2017	Beginn der Erstellung des vorbereitenden wissenschaftliches Gutachtens (IGES Institut Berlin)
26. Februar 2018	Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses: Festlegung zur Begleitung des Planungsprozesses
12. April 2018	Beratung zur Änderung des LKG im Gesundheitsausschuss (AGPD).
18. April 2018	Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses: Austausch zu Planungsinhalten und Zielen
25./26. April 2018	Fünf Fachgebietskonferenzen  Diese dienten der Darstellung und vertieften Betrachtung von 5 Leistungsbereichen, die aus planerischer Sicht einen besonderen Bedarf an zusätzlicher Einbeziehung der Fachlichkeit der betroffenen Gebiete bedurfte. Hierbei handelte es sich um Bewertungen und Erarbeitung des zukünftigen planerischen Herangehens bei der Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie, der Intensivmedizin, der Herzmedizin, der Altersmedizin sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe.

07. Juni 2018	Anhörung des Gesundheitsausschusses des Landes (AGPD) zur Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes.
19. Juni 2018	Ausschuss für Krankenhausplanung, fortlaufende Anhörung und Beratung zu Einzelfragen bei der Planung
13. Juli 2018	Vorlage des Gutachtenentwurfs (IGES), (Vorabentwürfe in Einzelteilen ab Anfang Juni)
07. August 2018	Ausschuss für Krankenhausplanung, Vorstellung des Gutachtens, Vorstellung und Beratung über das konkrete Vorgehen bei den Trägergesprächen und die Determinanten der Planung
31. Juli. bis 22. Oktober 2018	Krankenhausträgergespräche (Einzelgespräche zu allen Standorten)
25. September 2018	Veröffentlichung des Gutachtens, Sitzung des Ausschusses für Krankenhausplanung, Anhörung und Beratung zu weiteren, noch nicht abschließend entschiedenen Punkten.
19. Oktober 2018	Sitzung Arbeitsgruppe zur Festlegung der Ausweisung von Zentren
31. Oktober 2018	Verschriftlichung des Planentwurfs
26. November 2018	Beteiligung des Kommunalen Rates
04. Dezember 2018	Abschließende Beratung im Ausschuss für Krankenhausplanung
18. Dezember 2018	Ministerratsbeschluss, Veröffentlichung im Staatsanzeiger (gem. Abs. 3 §7 LKG)

Tabelle 1: Planerstellung im zeitlichen Ablauf

## Methodik der Planbettenberechnung

Gemäß der aktuellen Fassung des Landeskrankenhausesgesetzes Rheinland-Pfalz hat die Krankenhausplanung des Landes vorrangig als Kapazitäts- bzw. Strukturplanung zu erfolgen. Als wesentliche und immer wieder zu prüfende Bedarfsdeterminanten der hierzu auszuweisenden und prognostisch zukünftigen bedarfsgerechten Planbetten gelten demnach:

- die prognostizierte fach- oder abteilungsspezifische Verweildauer,
- die prognostizierte Entwicklung der fach- oder abteilungsspezifischen Inanspruchnahme der stationären Versorgung (Krankenhausthäufigkeit),
- der planerisch festzulegende Sollauslastungsgrad der Betten.

Wie aus der Tabelle oben ersichtlich, wurde ein vorbereitendes Gutachten zur Krankenhausplanung in Auftrag gegeben und von dem Institut IGES (Berlin) erstellt. Ein wesentliches Arbeitspaket des Gutachtens bestand daher zunächst in der Ist-Analyse der regionalen Versorgung. Diese wurde auf Datenbasis des Jahres 2016 und der laut § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) von den Krankenhäusern zu meldenden Kenngrößen (Fallzahlen, Verweildauern, ggf. unter Einbeziehung auch von Leistungsdaten) vorgenommen. Diese sogenannte endogene Bedarfsanalyse stellt eine bewährte Ausgangsbetrachtung dar, indem sie auf der tatsächlichen Inanspruchnahme der Abteilung als Repräsentant für den regionalen Bedarf basiert. In einem nächsten Schritt wurden die zukünftigen Entwicklungen der abteilungsspezifischen und standortabhängigen Verweildauern sowie der Entwicklung der Krankenhaushäufigkeiten, ausgehend vom Basisjahr 2016 bis zum Jahr 2025 prognostiziert. Hierbei wurde seitens der Gutachter eine multifaktorielle Hochrechnung erstellt. Diese basierte im Wesentlichen auf einer Annahme der folgenden, fallzahlsteigernden und fallzahlenkenden Determinanten:

- den vom statistischen Landesamt prognostizierten regionalen demografischen Entwicklungen,
- den Einflüssen der regional vorgehaltenen vor- und nachstationären Behandlungsangebote (ambulante (fach-)ärztliche Versorgung; Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen),
- den von Experten und Expertinnen erfragten prognostizierten Einflüssen von medizinischen und medizintechnologischen Fortschritten in den jeweiligen Leistungsbereichen (z.B. Ambulantisierungspotentiale, minimalinvasive Behandlungsoptionen bzw. zukünftige stationsersetzende Fortführung der Behandlung, z.B. durch Telemetrie),
- bei der Verweildauerentwicklung zusätzlich auf einer statistischen Trendfortschreibung anhand der vorliegenden Entwicklung und Dynamik (logarithmische Trendextrapolation).

Diese Ergebnisse wurden nach einer interfaktoriellen Plausibilisierung der jeweiligen Einzelprognosen gewichtet und in eine finale Prognose überführt. Dies mündete letztlich dann in eine prognostische Angabe zu den prozentualen Entwicklungen der Parameter „Verweildauer“ und „Krankenhaushäufigkeit“ auf Abteilungsebene jedes Krankenhausstandortes. Zusammen mit der festzulegenden Sollauslastung waren so die für die Berechnung notwendigen Planbetten auf Abteilungsebene nach der Hill-Burton-Formel vorgegeben<sup>1</sup>. Im Ergebnis stellte dieses bewährte Verfahren eine berechenbare Ausgangsbasis für die Trägergespräche dar. In diesen Gesprächen zu den einzelnen Standorten wurden die berechneten Prognosen im Abgleich mit den lokalen und regionalen Bedarfsanalysen und den jeweiligen Besonderheiten zu den zukünftig bedarfsgerech-

---

<sup>1</sup> Zur erforderlichen abweichenden Vorgehensweise bei den Intensivbetten wird auf II.7.3.9., zu den Besonderheiten der Bedarfsfestlegung bei den P-Fächern auf II.7.2. verwiesen. Die Hill-Burton-Formel ist im Anhang (unter IV.3.1.) näher erläutert.

ten Strukturen des jeweiligen Krankenhauses zusammengeführt. Im Detail, auf Ebene der Fachgebiete wird auf die unter II.7. gemachten näheren Ausführungen, sowie auf das Gutachten verwiesen, das auf der Homepage des MSAGD eingestellt ist:

<https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheits-und-pflege/krankenhauswesen/planung-finanzierung-entgelte/>

Abweichend hiervon wurden an drei Standorten die vorhandene Planbettensituation zunächst festgeschrieben. Dort war eine Bedarfsberechnung mittels des oben skizzierten Vorgehens zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht möglich. Dies begründete sich in grundlegenden Umstrukturierungsprozessen vor und während der Planerstellung, wodurch eine valide Berechnung sowohl aufgrund nicht repräsentativer Ausgangsdaten ab 2016, wie auch wegen nicht prognostizierbarer Entwicklungen „in tempore“ nicht möglich war. Entsprechende Hinweise finden sich in den Strukturblättern.

## 2.2. Planungsebenen

### 2.2.1. Versorgungsgebiete

Bei den somatischen Fächern wird die Aufgliederung in folgende fünf Versorgungsgebiete aufrechterhalten:

- Mittelrhein-Westerwald
- Rheinhessen-Nahe
- Rheinpfalz
- Westpfalz
- Trier

Diese – der Raumordnung und Landesplanung in Rheinland-Pfalz entsprechende – regionale Aufteilung repräsentiert allerdings keine proportionale Aufteilung sowohl mit Bezug auf die Fläche wie auch der Bevölkerungszahlen. So ist der Region Mittelrhein-Westerwald mit der kreisfreien Stadt Koblenz und den Landkreisen Ahrweiler, Westerwald, Altenkirchen, Neuwied, Mayen-Koblenz, Cochem-Zell, Rhein-Hunsrück und Rhein-Lahn die größte Fläche innerhalb der Versorgungsgebiete zugeordnet und beheimatet, und dort leben über ein Viertel der Einwohner von Rheinland-Pfalz. Wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, sind – dementsprechend – dort über 40 Kranken-

hausstandorte zu beplanen, während die Standortanzahl im Versorgungsgebiet Westpfalz unter 10 liegt.

Ebenso wird daran festgehalten, die Planung bei Psychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie (zusammengefasst P-Fächer) weiterhin an den regional ausgewiesenen Pflichtversorgungsgebieten der unter III.3.1. Einrichtungen zu orientieren. Wie dort ersichtlich, ergeben sich zukünftig 20 zu beplanende Versorgungsregionen für die Erwachsenen- und 10 für die Kinder- und Jugendmedizin.



## 2.2.2. Krankenhausstandorte

Auch die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz ist deutlich durch Verbundbildungen geprägt. Hierbei wird der Versorgungsauftrag an mindestens zwei Standorten und mit einem gemeinsamen Institutskenzeichen übernommen. Im vorangegangenen Landeskrankenhausplan wurde dies durch eine gemeinsame strukturelle Ausweisung im Bescheid berücksichtigt.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen zum 01. Januar 2017 wurde normiert, die Definition des Standortes neu zu regeln. Dies wurde in § 2a KHG verankert, und der Spitzenverband der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben sich daraufhin im August 2017 auf eine bundeseinheitliche Definition geeinigt.

Im Kern besteht die Einigung in der Festlegung, dass als Standort ein geocodierbares Gebäude gilt, in welchem mindestens eine fachliche Organisationseinheit eine voll- oder teilstationäre sowie auch eine ambulante (auch vor- und nachstationäre) medizinische Versorgung erbringt. Hilfsweise können mehrere Gebäude innerhalb einer Fläche als ein Standort ausgewiesen werden, sofern der Abstand zwischen den Gebäuden nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie beträgt.

Diese Definition bildet nun auch die Grundlage weiterer, nachrangiger Regelungen, insbesondere etwa bei der Zuordnung für die Qualitätsvorgaben durch den G-BA. Ab dem 01.01.2020 wird auch bei der Abrechnung die Angabe eines Standortkennzeichens auf Basis dieser Definition bei der Abrechnung erforderlich.

Zwar sind damit die Länder noch nicht verpflichtet, diese neue Abgrenzung zu übernehmen. Mit Blick auf die faktische Notwendigkeit der Krankenhäuser, diese Festlegung aber zukünftig anwenden zu müssen, erschien es sinnvoll, mit Aufstellung des vorliegenden Krankenhausplans

ein einheitliches Verständnis für die Definition des Standortes zu schaffen. Bei planerischen und investitionsfördernden Maßnahmen, insbesondere aber auch für die transparente Zuordnung der - zukünftig immer stärker zu gewichtenden - qualitativen Aspekte ist eine einheitliche Abgrenzung auf der Standortebene ohnehin geboten.

Daher hat sich das Land Rheinland-Pfalz dazu entschieden, diese Festlegung bei der Ausweisung des Versorgungsauftrags und für die Zuordnung einer Versorgungsstufe zu übernehmen. Bei Verbundkrankenhäusern wird die Versorgungsstufe auf die jeweiligen Standorte gemäß dieser Definition sowie zusätzlich auf Verbundebene ausgewiesen.

## 2.2.3. Abteilungen

### 2.2.3.1. Haupt- und Belegabteilungen

Auf Abteilungsebene ist zunächst zu unterscheiden zwischen Hauptabteilungen, welche unter der Leitung eines angestellten Facharztes/ Fachärztin (Chefarzt/Chefärztin) geführt werden sowie belegärztlich geführte Abteilungen. Bei Letzteren wird die ärztliche Leistung durch eine(n) selbstständige(n) Vertragsarzt/-ärztin erbracht, das Krankenhaus rechnet seine Leistungen getrennt ab. Belegabteilungen sind daher meist kleine Einheiten, sie können aber gerade in einem Flächenland als wichtiges Element der wohnortnahen Versorgung gelten und sind zudem derzeit Repräsentant der gelebten transsektoralen Versorgung. Dem folgend, bzw. dies fördernd wird in Rheinland-Pfalz beim Versorgungsauftrag grundsätzlich nicht zwischen Haupt- und Belegabteilungen unterschieden. Insofern ist es dem Träger auch freigestellt, Belegabteilungen in Hauptabteilungen umzuwidmen und umgekehrt. Auch die „Mischnutzung“ von Betten, also die Integration von belegärztlicher Versorgung innerhalb einer Hauptfachabteilung ist krankhausplanerisch somit prinzipiell möglich und soll nicht zuletzt die Option einer möglichen, zukünftigen Bündelung von stationären und ambulanten Versorgungsangeboten

- etwa in Gesundheitszentren (s.II.3.2.) – eröffnen. Entscheidend bleibt der – dann gemeinsame – fachgebietsbezogene Versorgungsauftrag.

### 2.2.3.2. Fachabteilungen

Unter Fachabteilungen im Allgemeinen sind räumlich und organisatorisch abgegrenzte Einheiten am Standort zu verstehen. Die Krankenhausplanerische Ausweisung einer Fachabteilung legt den Versorgungsauftrag für das Gebiet oder Fach fest. Das medizinische Leistungsspektrum ergibt sich hierbei grundsätzlich durch die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (WBO). Diese gliedert sich derzeit in 33 Gebiete, welche jedoch nicht alle klinischen Fächern zuzuordnen sind. Innerhalb der Gebiete können Spezialkompetenzen erworben und als Facharztbezeichnungen geführt werden. Diese Unterkategorie hat sich insbesondere in den „großen“ Fächern“, also den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie stark ausdifferenziert. Auf einer dritten Ebene werden durch die Ärztekammer zusätzliche Voraussetzungen für die Anerkennung von Weiterbildungs- oder Zusatzkompetenzen festgelegt. Für die konkrete planerische Ausgestaltung müssen jedoch eigene, weitere Festlegungen getroffen werden. Denn, insbesondere unterhalb der Gebietsebene gestaltet sich eine an diese Weiterbildungshierarchie angepasste planerische Ausweisung als kaum praxisgerecht:

- Zum einen enthält die Unterteilung in der Weiterbildungsordnung bereits zahlreiche Unschärfen im Sinne von parallel existierenden Facharztweisungen, die durch erforderliche Übergangsregelungen entstanden sind.
- Eine detailliertere Abgrenzung von Versorgungsaufträgen für Abteilungen auf Facharztebene und auch die Ausweisung von Schwerpunkten auf Facharzt- und Weiterbildungsebene ist auf Basis der Weiterbildungsordnung zudem nicht möglich. Aufgabe und Ziel der Weiterbildungsordnung ist es nämlich keinesfalls, eine Grundlage für Ausgrenzungen

von Kompetenzen durch eine weitere Spezialisierung zu sein. Zudem könnten diese detaillierten Versorgungsvorgaben den Träger vor nicht umsetzbare Aufgaben stellen, indem sie von personenbezogenen Qualifikationen abhängig sind und bei erforderlichen Nachbesetzungen auf arbeitsmarktbedingte Probleme stoßen.

- Die Altersmedizin ist derzeit nur in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt als Facharztkompetenz Geriatrie (innerhalb der Inneren Medizin) vorgesehen, in Rheinland-Pfalz ist sie lediglich eine Zusatzweiterbildung. Aufgrund der hohen planerischen Bedeutung wird die Geriatrie in Rheinland-Pfalz dennoch als planungsrelevantes Fachgebiet ausgewiesen.
- Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass Rheinland-Pfalz, wie andere Länder, nur bettenführende Fachabteilungen ausweist, verschiedene Versorgungsbereiche aber auch über Kompetenzen typischerweise nicht bettenführender Disziplinen verfügen müssen (z.B. Neuroradiologie in der Schlaganfallversorgung)

Zusammenfassend wurde entschieden, folgende vollstationären Fachgebiete auszuweisen (s. hierzu auch unter II.4.1.):

- Augenheilkunde,
- Chirurgie,
- Dermatologie,
- Geriatrie,
- Gynäkologie/Geburtshilfe,
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
- Herzchirurgie,
- Innere Medizin,
- Intensivmedizin / Anästhesie,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,
- Neurochirurgie,
- Neurologie,
- Nuklearmedizin,
- Konservative Orthopädie,
- Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Plastische Chirurgie,

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Urologie,
- Strahlentherapie.

Die Fachrichtung Naturheilkunde/-medizin wird aufgrund der geringen Fall- und Bettenzahlen (an 2 Standorten) nicht mehr gesondert ausgewiesen, sondern der Inneren Medizin zugeordnet.

### 2.2.3.3. Interdisziplinäre Abteilungen

Bereits durch den vorangegangenen Plan wurde die Ausweisung interdisziplinär geführter Planbetten modelliert. Nach positiven Erfahrungen wurden nun auch anhand der Bewertung des Gutachters (Band „Sonderfragen der Krankenhausplanung“ Punkt 8) sowie in den Trägergesprächen anerkannt, dass die Ausweisung interdisziplinärer Bettenkapazitäten im Einzelfall zielführend und sachgerecht sein kann.

Im engeren Sinne zielt die gemeinsame Ausweisung interdisziplinärer Bettenkontingente für mehrere Fachgebiete darauf ab, bedarfsgerechte Kapazitäten dort auszuweisen, wo an einem

Standort mehrere Belegabteilungen mit jeweils geringem Bedarf an stationären Kapazitäten geführt werden. Konkret hat sich in den letzten Jahren der Trend verstärkt, dass die Versorgungsleistungen der Belegärzte in den sogenannten „kleinen Fächern“ (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Augenheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie) wie auch in der Orthopädie überwiegend ambulant durchführbar sind. Gleichwohl bleibt es notwendig, jederzeit über Belegbetten verfügen zu können. Dies drückt sich nicht zuletzt auch in den Vorgaben aus, die die Belegärztinnen und Belegärzte gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und auch aus haftungsrechtlichen Gründen zu erfüllen haben. Mit der Zuweisung eines gemeinsamen interdisziplinären Bettenkontingents soll somit der (belegärztliche) Versorgungsauftrag für mehrere Fachgebiete festgelegt sein, gleichzeitig wird aber auch berücksichtigt, dass eine Unterauslastung der Betten vermieden wird.

Konkret ist zum Zeitpunkt der Planverfassung die Ausweisung von interdisziplinären Betten an vier Krankenhäusern vorgesehen.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Abteilungen an folgenden Standorten:

Standort	Fachgebiete/ Versorgungsauftrag	Bettenzahl
Gesundheitszentrum Glantal Meisenheim	Gynäkologie, HNO, Urologie, Orthopädie	10
Klinikum Mittelmosel St. Josef Krankenhaus Zell	Augenheilkunde, Gynäkologie, HNO, Orthopädie, Urologie, Kinder- u. Jugendmedizin	10
Marienkrankenhaus im Landkreis Ahrweiler am Standort St. Josef Krankenhaus Adenau	Urologie, Gynäkologie, Gefäßchirurgie	5
DRK-Elisabeth Krankenhaus Birkenfeld	MKG, HNO, Gynäkologie	8

Tabelle 2: Interdisziplinäre Betten

## 2.2.4. Planbetten

Das Planbett kann als die unterste Ebene der Ausweisungsstrukturen verstanden werden, gleichzeitig ist es auch Bezugsgröße für die weiteren Planungsgrößen.

Wie unter II.4.1. begründend ausgeführt, soll die auf Kapazitäten bezogene Ausweisung von Betten zu Gunsten einer Rahmenplanung zurückgeführt werden. Gleichwohl schreibt das zum Zeitpunkt der Planerstellung gültige Landeskrankenhausgesetz eine abteilungsbezogene Ausweisung von Planbetten vor. Um dem gerecht zu werden und gleichzeitig den Weg für eine Rücknahme der bettenzentrierten Planungstiefe zu öffnen, wurde folgendes Vorgehen gewählt:

Die Ausweisung erfolgt weiterhin auf einem Strukturblatt<sup>2</sup>, welches grundsätzlich auf Standortebene erstellt wird.

Die somatischen Fachgebiete werden dabei – außer in den benannten Ausnahmen – hinsichtlich ihrer Bettenzahl nur noch nachrichtlich ausgewiesen. Nachrichtlich bedeutet hier, dass der Krankenhausträger zukünftig die Möglichkeit hat, innerhalb des festgelegten somatischen Gesamtplanbettenkontingents die Betten auf die verschiedenen Fachabteilungen in eigener Verantwortung zu verteilen. Dies ergibt insofern zunächst nur eine rechtskonforme Darstellung einer planbettenneutralen Umwidmung, wie sie zum Zeitpunkt der Planerstellung bereits nach § 10 Abs. 2 LKG verankert ist.

Ausnahmen:

Hiervon ausgenommen werden besondere Leistungsbereiche, die weiterhin aus verschiedenen Gründen eine konkrete Bettenausweisung erfordern:

- Kinder- und Jugendmedizin,
- Intensivmedizin,
- Geriatrie,
- Palliativmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychosomatik und Psychotherapie,
- Weaning,
- Geburtshilfe.

Bezüglich der Bettendarstellung im Strukturblatt gibt es somit drei Bettenkategorien 2:

- Betten der Fachabteilungen somatischer Gebiete, welche nachrichtlich ausgewiesen und innerhalb des hieraus aufsummierten Gesamtkontingents in eigener Verantwortung des Trägers belegt werden können (Kategorie A).
- Fachabteilungsbetten, die gemäß der oben angegebenen Auflistung weiterhin grundsätzlich bettenscharf ausgewiesen werden (Kategorie C: Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, Geriatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Intensivmedizin) und
- Betten, die (auch) als Davon-Betten (Kategorie B) der Fachabteilungen (nach Kategorie A oder C) weiterhin fest ausgewiesen werden (Geriatriebetten, Intensivbetten, Palliativbetten, Geburtshilfe, Weaning).

---

2 Nähere Erläuterung zur Ausweisungslogik im Strukturblatt im Anhang (IV.3.4.)

## 2.2.5. Tagesklinische Plätze

Bei der Ausweisung der teilstationären Versorgung wird erstmalig im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald ein tagesklinisches Angebot für Tinnitus – Patientinnen und – Patienten ausgewiesen. Ansonsten sind bzgl. der Ausweisungspraxis keine Änderungen geplant. Somit werden tagesklinische Plätze bei folgenden Fachgebieten ausgewiesen:

- Geriatrie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychosomatik,
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Innere Medizin,
- Neurologie,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Intensivmedizin/Anästhesie (spezielle Schmerztherapie),
- Sonstige (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/ Tinnitus, Dermatologie).

Nicht ausgewiesen wird das Angebot an Institut-sambulanzen.

## 2.2.6. Spezielle Leistungsangebote und Kompetenzen

Noch im Krankenhausplan 2010 wurden Schwerpunkte und Teilgebietsausweisungen (Facharz-tebene und Zusatzbezeichnungen gemäß WBO) festgelegt, um damit den Versorgungsauftrag zu konkretisieren.

In den vergangenen Jahren war aber zunehmend zu beobachten, dass die Ausweisungen von Schwerpunkten und Teilgebieten mit entgelt-rechtlichen Leistungsabgrenzungen in Konflikt ge-rieten. Dem krankenhauplanerischen Nachvoll-zug des hieraus expansiven Ausweisungsbedarfs ist einerseits eine Konterkarierung der Begrifflichkeit „Schwerpunkt“ als lokale Versorgungsbeson-derheit immanent. Zum Zweiten sehen sich Ab-teilungen ohne entsprechende landesplanerische Ausweisung subdisziplinärer Spezifitäten immer

mehr in Erklärungsnot bei der Abrechnung von Leistungen, die sich im Grenzbereich zur Spezialität befinden mögen, aber fach- und sachgerecht erbracht wurden.

Aus den vorgenannten Gründen und in Umset-zung des Ziels, zu einer Rahmenplanung überzu-gehen, ist vorgesehen, die krankenhauplanerische Ausweisung der zunehmend sich spezialisierenden medizinischen Schwerpunkte umfassend zu redu-zieren. Zukünftig sollen in den Strukturblättern nur noch folgende spezielle Leistungsangebote und Kompetenzen qualitativ, zum Teil mit zusätz-licher quantitativer Benennung der Betten oder Plätze herausgestellt werden:

- Herzinfarktversorgung (regionaler Versorgungsschwerpunkt<sup>3</sup>) (qualitativ)
- Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) (quantitativ)
- Thoraxchirurgie (quantitativ)
- Knochenmarktransplantation (qualitativ)
- Psychosomatische Kompetenz innerhalb der Inneren Medizin und Erwachsenenpsychiatrie (qualitativ, ansonsten Davonbetten nach II.2.2.4.)
- Perinatalzentrum Level 1 (qualitativ)
- Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie (qualitativ)
- Neurologische Frührehabilitation Phase B (quantitativ)
- Alterstraumatologie (qualitativ)<sup>4</sup>
- Adipositaschirurgie (qualitativ)<sup>5</sup>

---

3 Näheres s. unter Herzmedizin II.5.2.2.2. und Anhang IV.2.2.

4 Fortlaufende Zertifizierung vorausgesetzt s. II 6.5.

5 Fortlaufende Zertifizierung vorausgesetzt s. II.6.3.

In allen anderen Fällen werden die bisher ausgewiesenen Schwerpunkte, der ärztlichen Weiterbildungsförderung folgend, Bestandteil des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser in den jeweiligen Fachgebieten. Das heißt auch, dass ein

Wegfall im Strukturblatt eines Krankenhauses ab 2019 nicht mit einer Reduzierung des Versorgungsauftrages einhergeht (vgl. hierzu auch II 2.3.2 sowie II. 4.1.).

## 2.3. Planungsgrößen

### 2.3.1. Versorgungsstufen

Ein gestuftes Versorgungssystem ist Ausdruck der Tatsache, dass in einem Flächenland eine möglichst wohnortnahe Versorgung nur abgestuft, d.h. in Relation zu dem jeweils vorliegenden Krankheitsfall sichergestellt werden kann. Deshalb ergibt sich die Festlegung einer Grundversorgung für häufige Erkrankungen ohne hochspezifische Anforderungen an Diagnostik und Therapie sowie für die regionale Versorgung (ggf. auch Erstversorgung) von zeitkritischen Erkrankungen und Unfällen auf einer Basisstufe. Am anderen Ende der Versorgung stehen die Strukturen für elektive Leistungen, insbesondere, wenn sie hochspezifische Diagnose- und Behandlungsmethoden erfordern bzw. auch für seltene Erkrankungen und komplexe Notfälle. Sowohl die flächendeckend bereit zu haltende Grundversorgung, wie die zentralisierte Vorhaltung von Spezialversorgungen, meist in Oberzentren, aber auch in Schwerpunktkrankenhäusern, müssen hierbei den allgemeinen wie den jeweils spezifischen Qualitätsanforderungen im vollen Umfang genügen.

Vor diesem Hintergrund wird die Einordnung in Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser beibehalten. Für die Allgemeinkrankenhäuser verbleibt es weiterhin auch bei der Zuordnung zu einem vierfach gestuften Versorgungssystem. Die Einstufung geschieht grundsätzlich auf Standortebene (gem. § 2a KHG, siehe zuvor) sowie ggf. auf Ebene des Verbundkrankenhauses.

Als Kriterien für die Allgemeinkrankenhäuser gelten:

- Bei einer Gesamtbettenzahl bis 250, muss – abweichend von der Definition des vorangehenden Planes – ein Allgemeinkrankenhaus der Grundversorgung nun neben einer Inneren Abteilung auch über eine Fachabteilung Chirurgie verfügen. Insofern erfolgt eine Angleichung an die Vorgaben zur Teilnahme an der Basisstufe der Notfallversorgung gemäß der G-BA Regelung vom 16.04.2018. Davon unberührt wird hierbei weiterhin nicht gefordert, dass es sich jeweils um Hauptabteilungen handeln muss. In der Versorgungsrealität ist das zum Zeitpunkt der Planerstellung ohne Belang.
- Krankenhäuser der Regelversorgung verfügen weiterhin über 250–500 Betten, neben den Fachabteilungen Innere und Chirurgie müssen mindestens zwei weitere Fachabteilungen vorhanden sind.
- Schwerpunktversorger (500–800 Betten) verfügen über die innere Medizin und Chirurgie hinaus mindestens über 6 weitere Fachabteilungen.
- Maximalversorger (über 800 Betten) verfügen über mindestens 10 weitere Fachabteilungen. Sie halten hochspezialisierte oder komplexe Angebote, ggf. auch für seltene Erkrankungen vor.

Bezüglich der Bettenzahlen generell und der Anzahl an Fachabteilungen ist in Grenzbereichen ein Ermessensspielraum der Planungsbehörde unentbehrlich, insbesondere vor dem Hintergrund, inwiefern die Teilgebiete der „großen“ Fächer zwar nicht gesondert ausgewiesen sein

müssen, de facto aber durch ihre Größe und organisatorisch einer eigenen Fachabteilung entsprechen können.

### 2.3.2. Versorgungsauftrag

Aus der obigen Ausführung ergibt sich für den Versorgungsauftrag im Grundsatz, dass Allgemeinkrankenhäuser der Basisversorgung in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheitsfälle absichern sollen. Eine Auswahl der typischen Leistungspakete ergibt sich z.B. aus der kumulativen Darstellung der häufigsten Behandlungsfälle (TOP 40 ICD) der Krankenhäuser der Grundversorgung. Sie müssen (s.o.) die Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie vorhalten, die ggf. durch weitere Fachangebote ergänzt sind. Indem die Planungs- und Ausweisungstiefe nunmehr zurückgenommen wurden, wird planerisch davon ausgegangen, dass die Leistungen innerhalb dieser Fachgebietenkompetenzen auch in Krankenhäusern der Basisversorgung erbracht werden können (mit Ausnahme besonders auszuweisenden Fachkompetenzen wie etwa Herzchirurgie, Transplantationsmedizin, etc.). Dies stellt insofern auch klar, dass die innerhalb der Fachgebiete enthaltenen (ehemaligen) Schwerpunkte in Krankenhäusern, auch der Basisversorgung weiterhin vertreten sein können, auch wenn sie nicht mehr als Schwerpunkte ausgewiesen sind. Insofern werden somit die diesbezüglichen Feststellungen aus dem letzten Landeskrankenhausplan 2010, etwa zu geriatrischen Leistungen außerhalb von geriatrischen Fachabteilungen (Kap. 11.4 Seite 88) oder unfallchirurgische Leistungen innerhalb der Allgemeinchirurgie (Kap. 15.24, S. 187) fortgeschrieben. Damit wird auch das Leistungsspektrum mit Blick auf die medizinische/pflegerische Fachausbildung durch planerische Festlegungen prinzipiell nicht eingeschränkt.

### 2.3.3. Erreichbarkeit

Die Dimension der Erreichbarkeit gehört neben der Qualität und der Wirtschaftlichkeit zu den zentralen Kriterien für die Krankenhausplanung. Im LKG Rheinland-Pfalz ist sie durch die Vorgabe, eine „wohnortnahe“ Versorgung anzustreben, aufgeführt. In einer Bevölkerung mit sehr hoher Mobilität wie in Deutschland hat sich zur Bemessung in diesem Zusammenhang die minimale Wegstrecke oder die Pkw-Fahrzeit vom Patientenwohnort bis zum nächsten relevanten Krankenhaus als Maßeinheit herausgebildet. Mittlerweile kann diese durchschnittliche Anfahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus softwaregestützt mit vergleichsweise geringem Aufwand berechnet werden.

Wie zuvor bereits formuliert ist der Begriff „Erreichbarkeit“ oder auch die Wohnortnähe mit Blick auf die Angebote der Grundversorgung anders zu bemessen als jene der Maximalversorgung (wie z.B. der Herzchirurgie, welche in Rheinland-Pfalz auf Oberzentren konzentriert ist). Dies entspricht laut verschiedenen bundesweiten Umfragen auch der Präferenz der Bevölkerung.

Unterstellt man die häufig verwendeten Grenzwerte von 30 PKW-Minuten für die Grundversorgung und 60 Minuten für Oberzentren, konnte in der Analyse im Rahmen des vorbereitenden Gutachtens eine durchweg gute bis sehr gute Erreichbarkeit der abgestuften Versorgungsangebote für die rheinland-pfälzische Bevölkerung über alle Fachgebiete hinweg attestiert werden. Nur unter 3% mussten demnach im Betrachtungsjahr 2016 eine längere Anfahrtszeit in Kauf nehmen. Auch bei der Geburtshilfe ergab die Simulation, dass unter 1% der Bevölkerung (also nur wenige Frauen im gebärfähigen Alter) länger als 40 Minuten zur nächsten Fachabteilung mit geburtshilflichem Angebot benötigten. (Die 40 Minuten Grenze ist Bestandteil der G-BA Regelung zum Sicherstellungszuschlag in der Geburtshilfe).

Sollte in Zukunft ein Standort nicht weitergeführt werden können, ergäbe sich die regionale Not-

wendigkeit einer neuen Analyse. Zum Zeitpunkt der Planerstellung war zunächst ein Handlungsbedarf so mit nur für einen kleinen Anteil der Bevölkerung festzustellen. Diese ist vornehmlich in den nordwestlichen Grenzbereichen – etwa entlang der Binnengrenze zu Belgien – wie auch im südlichen Drei-Länder-Eck beheimatet. Zumindest im Raum Eifel/Ardennen ist das Versorgungsangebot in den insgesamt strukturarmen, weitläufigen Landkreisen unterdurchschnittlich. Gleichzeitig sind diese Grenzregionen auch in den Nachbarländern teilweise als ähnlich strukturarm einzustufen: In der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens sowie in Nordfrankreich ist dies der Fall, wohingegen angrenzende Bundesländer wie Baden-Württemberg wiederum über gute, von Rheinland-Pfalz erreichbare Strukturen der stationären Versorgung verfügen.

Insoweit hier nur ein kleiner Bevölkerungsanteil an den Staatsgrenzen betroffen ist, zeigt dies gerade ein wichtiges Handlungsfeld in der Umsetzung gleichwertiger Lebensverhältnisse auf. Mit dem deutsch-französischen Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich wird es nun möglich, Kooperationsvereinbarungen abzuschließen, die beispielsweise die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitseinrichtungen oder den grenzüberschreitenden Einsatz von Gesundheitspersonal regeln. Damit ergeben sich neue Chancen für eine Gesundheitsversorgung über die Grenzen hinweg in Baden-Württemberg, Elsass, Lothringen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Die von dem deutsch-französischen Rahmenabkommen tangierten Regionen stehen im ständigen Dialog.

Sehr konkret gestaltet sich die grenzüberschreitende Zusammenarbeit entlang der belgisch-rheinland-pfälzischen Grenze: Am Hospital St. Josef in St. Vith gibt es eine Geburtshilfe, hingegen keine klinische Geriatrie. Es besteht ein wechselseitiges Interesse an der Inanspruchnahme der jeweiligen Kapazitäten, die nur am anderen Krankenhaus vorgehalten werden. Die Planung sieht vor, in dieser Region eine grenzüberschreitende Gesundheitszone (ZOAST - Zone Organisée

d'accès aux Soins Transfrontalier) einzurichten, die den Menschen die zügige, unbürokratische und regelhafte Inanspruchnahme der vorgenannten stationären Leistungen jenseits der Binnengrenze ermöglicht.

### 2.3.4. Sollnutzungsgrade

Im Kapitel „Methoden zur Planbettenberechnung“ wurde die (im Anhang näher erläuterte) Hill-Burton-Formel vorgestellt und die erforderliche Planungsgröße „Sollnutzungsgrad (Sollauslastung)“ erwähnt.

Im Gegensatz zu den ermittelten Ist-Zahlen stellt diese Größe eine normative Vorgabe dar, die länderspezifisch unterschiedlich und deshalb nicht bundeseinheitlich festgelegt ist. Die derzeit vorherrschende Praxis besteht darin, diese auf Fachabteilungsebene (nach WBO) festzulegen.

Die wesentlichen Determinanten der optimalen Anzahl an vorzuhaltenden Betten bei einer, statistisch gesehen poissonverteilten (ungleichmäßigen) Inanspruchnahme sind letztlich die Verweildauern und die Volatilität (Schwankungsbreite) der Auslastung.

#### 2.3.4.1. Verweildauer

Die DRG-Vergütungslogik und die medizinischen Fortschritte haben bekanntlich zu einem wesentlichen Rückgang der stationären Verweildauern geführt. Um dieser „Fast-Track-Medizin“ Rechnung zu tragen, die Belastungsspitzen an Werktagen mit sich bringt, während an Wochenenden und Feiertagen ein Leerstand in Kauf genommen werden muss, wurde der Sollnutzungsgrad im jetzigen Planverfahren grundsätzlich an die abteilungsindividuelle Verweildauer geknüpft. Damit wird auch berücksichtigt, dass gleiche Fachabteilungen aufgrund unterschiedlicher Leistungsschwerpunkte dennoch sehr unterschiedliche Verweildauern aufgezeigt haben (Quelle: IGES Gutachten). Auch prospektiv würde eine starre, abteilungsbezogene Festlegung der je nach Leistungsspektrum

unterschiedlich zu erwarteten Entwicklungen bei der stationären Verweildauer nicht gerecht (z.B. Innere Abteilung mit und ohne geriatrische Komplexbehandlungen).

Folgende Tabelle gibt einen Überblick auf die zugrunde gelegten, veweildauerabhängigen Sollnutzungsgrade für die somatischen Fächer:

Durchschnittliche Verweildauer	Sollnutzungsgrad
< 4,5 Tage	75%
4,5 – < 5,5 Tage	80%
5,5 – < 11 Tage	85%
11 – < 18 Tage	90%
> 18 Tage	95%

Tabelle 3: verweildauerabhängige, festgelegte Sollnutzungsgrade

#### 2.3.4.2. Volatilität

Ergänzend hierzu waren aufgrund von lokalen und/oder fachbezogenen Besonderheiten Korrekturfaktoren zu ergänzen, die die bedarfsnotwendigen Betten durch die unterschiedlichen Schwankungsbreite bzw. Planbarkeit der Belegung entscheidend beeinflussen. Insbesondere zu nennen sind hier:

- unterschiedlich hohe saisonale Belastungsspitzen,
- ein hoher Anteil an Isolierfällen,
- hoher Anteil an notfallmäßigen Aufnahmen (z.B. in der Kinder- und Jugendmedizin),
- fallzahlabhängige Komponenten, etwa bei kleinen Belegabteilungen.

# 3. TRANSSEKTORALE VERSORGUNG

## 3.1. Rahmenbedingungen und Vorhaben

Das Land Rheinland-Pfalz wird sektorenübergreifende Versorgungsformen, die sich an Behandlungspfaden orientieren, weiter stärken. Das Land beteiligt sich als eine der Vertretungen der Länder an der neu eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“.

Im Bereich der Behandlung psychisch kranker Menschen wurde mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) die Rechtsgrundlage für eine neue Behandlungsform eingeführt, die einem transsektoralen Versorgungsansatz folgt. Die sogenannte stationsäquivalente Behandlung (StäB) umfasst gemäß § 39 Abs. 1 Satz 4f. SGB V eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams und entspricht hinsichtlich der Inhalte, der Flexibilität sowie der Komplexität

der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Gemäß § 115d Abs. 1 SGB V können psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung anstelle einer vollstationären Behandlung auch eine StäB im häuslichen Umfeld erbringen. Das Land Rheinland-Pfalz geht davon aus, dass die StäB das Potenzial hat, den Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten zu vermindern. Im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgt in Rheinland-Pfalz eine nachrichtliche Erwähnung dieses Angebots (siehe zuvor und die weiteren Ausführungen unter II.7.2.).

Schließlich bietet auch die unter II 4.3. beschriebene regionale Versorgungskonferenz eine aussichtsreiche Plattform zur Entwicklung bzw. Realisierung sektorenübergreifender Behandlungsmodelle.

## 3.2. „Sektorenübergreifendes Gesundheitszentrum“, ein zukunftsfähiges Modell im ländlichen Raum

Insbesondere mit Blick auf die Frage, wie kleine ländliche Krankenhäuser in Zukunft aufgestellt sein müssen, um einem gewandelten Bedarf Rechnung zu tragen, kann aus Sicht des Landes ein klinikgestütztes, sektorenübergreifendes Versorgungsmodell als Blaupause gelten. Solche Zentren können demnach dort eine Lösung für

kleine ländliche Krankenhäuser darstellen, die zwar einen wichtigen Beitrag für die lokale Sicherung der medizinischen Grundversorgung leisten, aber als Krankenhaus nicht mehr betrieben werden können. Um die Versorgung in der Region aufrecht zu erhalten, muss ein bedarfsgerechtes Basisleistungsangebot bestehen bleiben. Durch

Verzahnung mit weiteren Leistungsanbietern in der Region, z.B. im Pflege- und Beratungsbereich und (ehrenamtliche) Initiativen im Gesundheits- und sozialen Bereich kann ein Leistungsangebot geschaffen werden, das ggf. durch das Vorhalten eher pflegerisch ausgerichteter Übernachtungsmöglichkeiten (umzusetzen als Modellprojekt) in geringem Umfang ergänzt werden könnte.

Zum Zeitpunkt der Planerstellung werden an den ehemaligen Krankenhausstandorten Neuerburg und Traben-Trarbach Gesundheitszentren unter Nutzung des bestehenden Gebäudes aufgebaut. Am Krankenhausstandort Zell ist die Entwicklung eines Integrierten Gesundheitszentrums geplant. Auch hier geht es um den Erhalt der stationären Basisversorgung und der Notfallstrukturen. Das Konzept wurde bereits von der Robert-Bosch-Stiftung prämiert und wird vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit

dem Träger, den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung weiter vorangebracht. Die inhaltliche Ausgestaltung regionaler Gesundheitszentren richtet sich nach dem konkreten lokalen und regionalen Bedarf. Beispielsweise ist das Krankenhaus in Adenau bestimmt durch seine Nähe zum Nürburgring, wo mehrfach im Jahr Großveranstaltungen stattfinden. Medizinstrategisch ist daher der Ausbau von Adenau zu einem regionalen notfallmedizinischen Zentrum sinnvoll, begleitet von entsprechenden Ausbildungskapazitäten in der Notfallmedizin und einem starken Notarztstandort.

Auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) hat in seinem Gutachten 2014 verschiedene nationale und internationale Ansätze analysiert und als Ergebnis ein umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum entwickelt. Einen Überblick ergibt die folgende Abbildung:

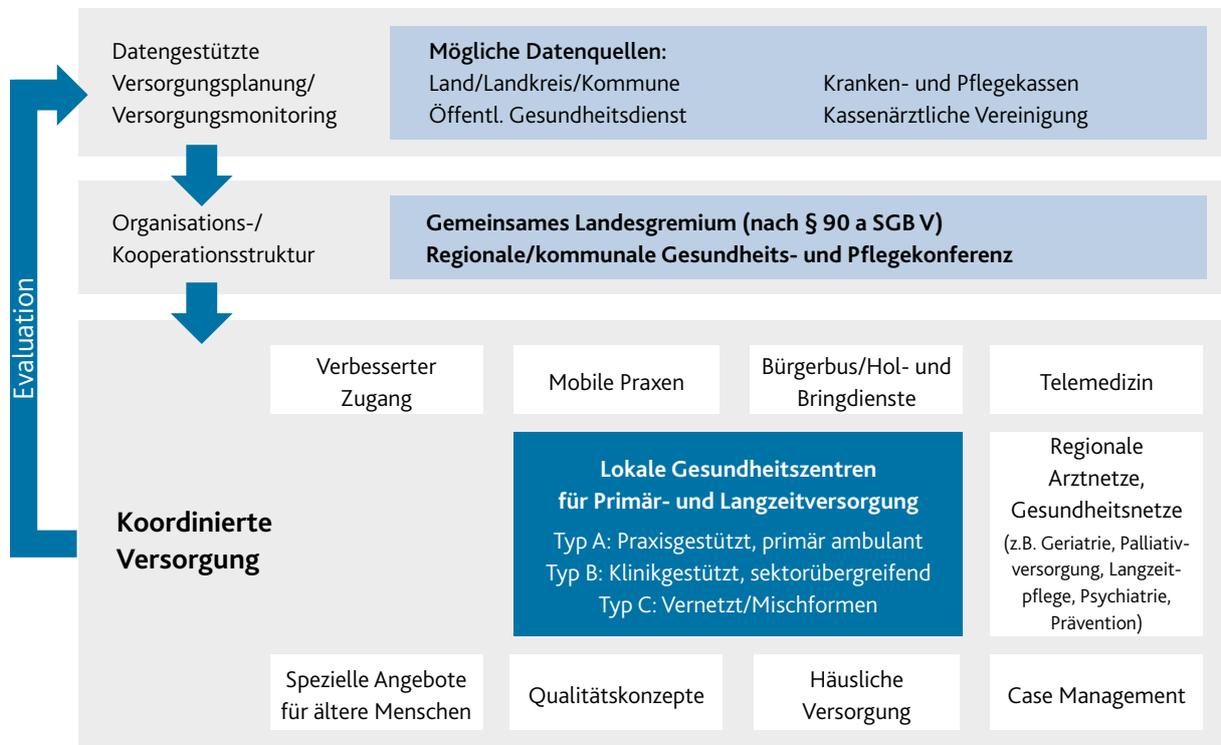


Abbildung 2: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum, Quelle: Sachverständigenrat Gesundheit – Gutachten 2014 (Seite 612)

Bereits im Rahmen des Zukunftsprogramms „Gesundheit und Pflege – 2020“ hatte das Gesundheitsministerium in Kooperation mit der rheinland-pfälzischen Krankenhausgesellschaft ein Beratungsprojekt zur Förderung von Gesundheitszentren ins Leben gerufen. Als Projektträger wurden Quaestio und das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt beauftragt, ausgewählte Krankenhausstandorte beim Auf- und Ausbau von sektorenübergreifenden (lokalen/regionalen) Gesundheitszentren zu unterstützen. Konkretes Ziel dieses Projekts war es, in enger Zusammenarbeit mit Krankenhäusern intersektorale Kooperationen anzubahnen und damit im Idealfall Gründungsprozesse für sektorenübergreifende Gesundheitszentren anzuregen. Kooperationswiderstände an den Schnittstellen zu ärztlichen und pflegerischen Angeboten zu überwinden wurde als zentrale Aufgabe zur Erreichung des Projektziels gesehen. Hierbei wurde zunächst bestätigt, dass der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft

unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen umsichtig kommuniziert, oft moderiert und vor allem auch gefördert werden muss. Die Erfahrungen müssen gesammelt und ausgewertet, dann konzeptionell gebündelt und mit „good practice“ Beispielen bekannt gemacht werden.

Für die Errichtung eines lokalen Gesundheitszentrums können demnach bereits bestehende Gebäude genutzt oder auch ein Neubau angedacht werden. Wenn eine Umwidmung eines Standortes in ein lokales Gesundheitszentrum erfolgen soll, könnten ambulante medizinische Leistungsangebote und ggf. auch Übernachtungs(Pflege-)Betten beibehalten und freiwerdende Flächen, z.B. wie folgt genutzt werden:

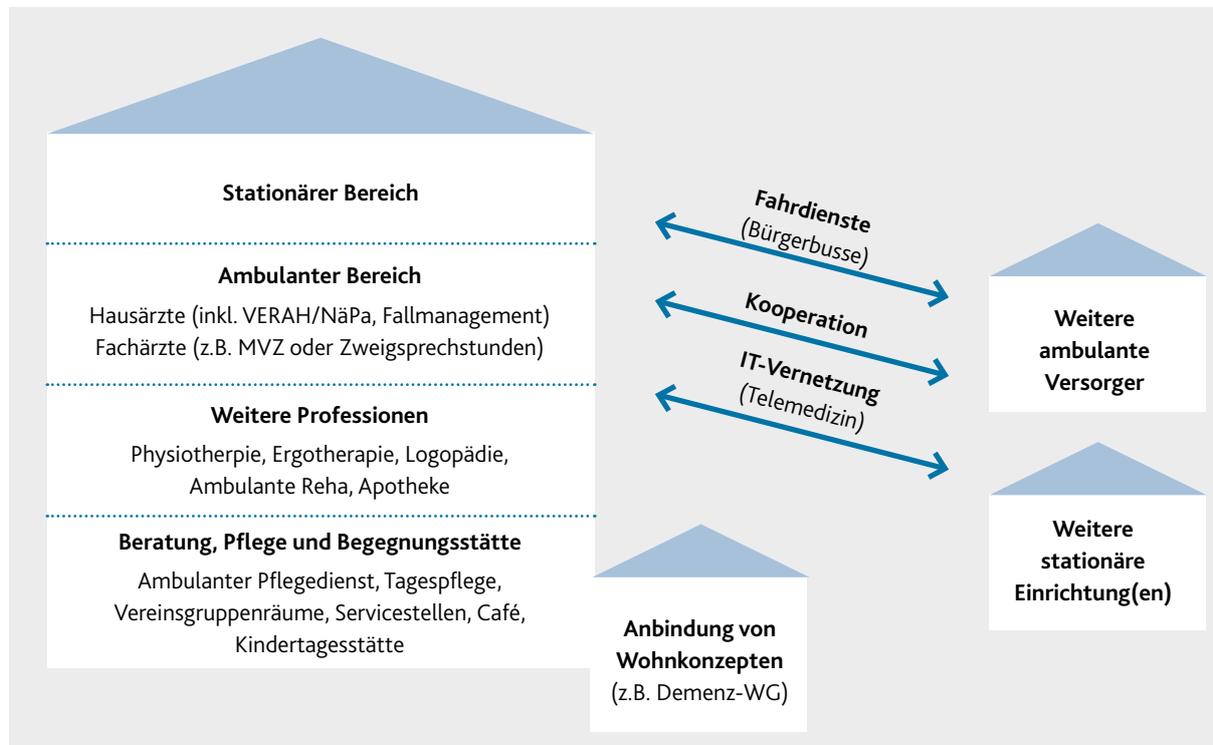


Abbildung 3: Konzeptbeispiel für ein Lokales Gesundheitszentrum Typ B (klinikgestützt, sektorenübergreifend),  
Quelle: Quaestio: Abschlussbericht 2018.

## **Das Fazit des Projekts unterbreitet folgende Empfehlungen:**

Die intersektorale Kooperation birgt ein erhebliches Potenzial für eine verbesserte Gesundheitsversorgung. Wesentlich sind dabei abgestimmte Versorgungsketten und Übergänge zwischen stationären, ambulanten und pflegerischen Angeboten sowie nicht zuletzt den Leistungen, die im häuslichen Umfeld (Familien, Freunde, Nachbarschaft) erbracht werden.

Aus den Koordinations- und Kooperationsleistungen an den sektoralen Schnittstellen entstehen allerdings im gegenwärtigen Vergütungssystem zunächst keine planbaren Mehreinnahmen. Insbesondere die Krankenhäuser selbst mussten vielfach erkennen, dass der Aufbau der intersektoralen Kooperation aufwändig und mit wirtschaftlichen Risiken verbunden ist.

Eine hohe Bedeutung hat dabei auch, dass die Krankenhäuser im Modellprojekt keinesfalls den Eindruck erwecken wollen, sich mit dem Engagement für die intersektorale Versorgung im ambulanten Bereich betätigen zu wollen. Aus Sicht der Kliniken würde sich damit das Risiko verbinden, Zuweiser zu verlieren und somit das „Kerngeschäft“ weiter zu schwächen.

Bei der Konzeption weiterer Modellvorhaben zur Etablierung sektorenübergreifender Arbeitsweisen oder sektorenübergreifender Gesundheitszentren empfehlen sich folgende Vorgehensweisen bzw. Anpassungen:

Bei zukünftigen Modellvorhaben sollten die Kommunen oder Regionen stärker mit einbezogen und ggf. auch als federführende Instanzen vorgesehen werden. Die Organisation eines vertrauensbildenden Diskussionsprozesses zwischen den Gesundheitsdienstleistern aus den verschiedenen Sektoren setzt eine neutrale Stelle voraus, die glaubwürdig das Interesse einer möglichst guten Versorgung der Bevölkerung vertreten kann und sich im Zweifel mit eigenen Leistungen im Schnittstellenmanagement langfristig einbringen kann.

Eine sektorenübergreifende Versorgung erzeugt insbesondere dann einen Mehraufwand, wenn sie mit einer verbesserten Betreuung der Patienten an den Schnittstellen der Versorgung einhergeht und/oder intensivere Absprachen zwischen den Leistungserbringern sowie nicht zuletzt eine gezielte Aktivierung / Befähigung des häuslichen Umfeldes vorsieht. Im Sinne einer verbesserten Versorgungsqualität kann dieser Mehraufwand sinnvoll sein und entsprechende Zusatzvergütungen voraussetzen. Bei zukünftigen Modellvorhaben sollte vor diesem Hintergrund klarer vorgegeben werden, unter welchen Rahmenbedingungen derartige Zusatzvergütungen möglich sind. Dies erfordert insbesondere einen frühzeitigen sowie projektbegleitenden Einbezug der Kostenträger.

Die Weiterentwicklung von Krankenhäusern zu sektorenübergreifenden Gesundheitszentren ist vor allem dann eine Option, wenn kleinere Krankenhäuser nicht länger betrieben werden können. Die bisherigen Träger können zumindest für den Übergang dann zum Nukleus neuer sektorenübergreifender Gesundheitszentren werden, wenn sie frühzeitig und gezielt die Leistungsträger der regionalen Gesundheitsversorgung aktivieren. Dies sind zusätzlich zu den Gesundheitsdienstleistern insbesondere die Kommunen und die regionale Wirtschaft (im Sinne der Fachkräftesicherung).

Die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung birgt vielfältige Potenziale zu einer qualitativ verbesserten und zugleich effizienteren Versorgung. Diese Potenziale zu heben ist insbesondere für die ländlichen Räume wichtig, um Ressourcen zu schonen und bestmögliche Rahmenbedingungen zu bieten. Weitere Modellvorhaben empfehlen sich nicht zuletzt deswegen, sind jedoch u.a. an die Voraussetzung geknüpft, auf wirtschaftliche Anreize für sektorenübergreifendes Handeln im Verbund mit einer umfassenden Qualitätsorientierung als Rahmenbedingung zurückgreifen zu können.

Rheinland-Pfalz hat sich vor diesem Hintergrund auch auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz für eine umfassende Reform der sektorenübergreifenden Versorgung ausgesprochen und die Einsetzung einer entsprechenden Reformkommission im Jahr 2017 gefordert.

# 4. VORHABEN ZUR STRATEGISCHEN NEUAUSRICHTUNG DER PLANUNG

## 4.1. Übergang zur Rahmenplanung

Formal weist der Versorgungsauftrag dem Krankenhaus ein vorzuhaltendes Leistungsangebot zu. Aus der Detailtiefe des Versorgungsumfangs ergeben sich damit auch die Festlegungen auf die Angebotsstrukturen des Krankenhauses. Die Planung in Rheinland-Pfalz wies hierzu bislang Bettenkapazitäten auf Fachabteilungsebene sowie Schwerpunkte und Zentren aus. Dieses Vorgehen kommt dem angestrebten Ideal, die Versorgung nach planerischer Kenntnis des Bedarfs flächendeckend und abgestuft zu gestalten am nächsten, solange man davon ausgeht, dass die erforderliche Versorgung fachabteilungsbezogen einerseits umfassend abgebildet werden kann, gleichzeitig die Leistungen aber wiederum durch die Schwerpunktausweisung abgrenzbar seien. Eine solche

planerisch abgrenzende Festschreibung von anzubietenden Leistungsstrukturen verliert vor dem Hintergrund der fortwährenden medizinischen Subspezialisierung und der damit einhergehenden Ausdifferenzierung der erforderlichen personellen Kompetenzen aber immer mehr an Standhaftigkeit: In der Realität richten sich die Versorgungskonzepte immer stärker auf indikationsbezogene Behandlungsteams aus, welche fach-, sektoren- und professionsübergreifend ausgerichtet sind. Deshalb organisieren sich Krankenhäuser immer häufiger in fallbezogene Versorgungseinheiten (Sektionen, Zentren, Teams, Units) statt nach Fachabteilungen.

Ein prominentes Beispiel ist die Bildung von Herzteams.



Abbildung 4: Multiprofessionelles Herzteam

Auch in mehreren Positionspapieren wird gefordert, die Versorgungsplanung nicht an den vertikalen Strukturen festzumachen, sondern diese prozessorientiert, also horizontal zu durchdringen. So im Kern etwa auch in dem im März 2017 veröffentlichten Diskurs der Friedrich-Ebert-Stiftung „PATIENT FIRST!“, der hier fordert, die Planung primär am Versorgungspfad der Patientin/des Patienten zu orientieren. Hingewiesen wird, dass die weltweit einmalige divisionale Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in Deutschland mit ihren zergliederten, autark regulierten Sektoren letztlich mannigfache Hürden setzt, die an den Schnittstellen mühsam überwunden werden müssen. Dies stellt gerade auch das sogenannte Fall –(Case-) Management im stationären Sektor vor eine große Herausforderung, wenn – bei immer kürzeren Verweildauern – die Anschlussversorgung organisiert werden muss.

Die planerische Orientierung an Versorgungsprozessen steht auch im Einklang mit dem Vorhaben, neben der bedarfsgerechten nun auch den Zugang zur qualitativ hochwertigen Medizin planerisch weiter zu entwickeln. Denn eine qualitativ hochwertige Versorgung kann primär eben nicht durch quantitative Strukturvorgaben, insbesondere im Sinne einer bettenbezogenen Planung auf Fachabteilungsebene abgebildet werden. Vielmehr erfordert die Ausrichtung auf einen qualitativ hochwertigen Versorgungspfad eine fachübergreifende, möglichst auch sektorenübergreifende Ausrichtung der Planung, welche die Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung in den Vordergrund rückt und die Versorgungsstrukturen selbst als davon abhängige, anzupassende Variable begreift und einordnet.

Aber auch außerhalb der Versorgungsverantwortung von Bund und Ländern gerät die detaillierte Ausweisung von Versorgungsstrukturen im Krankenhaus in Zielkonflikte. Spätestens mit Änderung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durch Einführung der DRG-Vergütung hat die Ausweisung von Abteilungen auch aus Sicht des Krankenhausträgers zugunsten einer Betrachtung des tatsächlichen Leistungsspektrums an Bedeu-

tung verloren. In gewisser Hinsicht kann sie auch Anpassungsprozesse behindern, die mit Blick auf die medizinischen- und medizintechnologischen Fortschritten erforderlich werden; und damit auch eine zeitnahe Teilhabe der Patientinnen und Patienten an verbesserten Versorgungsoptionen.

Für die Krankenhausorganisation kommt hinzu, dass je detaillierter der Versorgungsauftrag planerisch vorgegeben wird, desto stärker hängt auch dessen Umsetzung und Aufrechterhaltung von der Verfügbarkeit der Spezialisten ab.

Der tatsächliche Wert einer festgelegten Detailplanung hängt letztlich ohnehin an der nicht planbaren Akzeptanz der Bevölkerung ab.

In Anerkennung, dass in der Praxis diese detaillierte Planung keine primär an der Bedarfsnotwendigkeit ausgerichtete prospektive Zuweisung von Versorgungsstrukturen ermöglicht, sondern immer mehr zu einem reagierenden Anpassungsprozess an die geschaffenen Strukturen des Krankenhauses wurde, sind mehrere Bundesländer von der detaillierten Ausplanung – in unterschiedlicher Art und Form – abgerückt.

Mit der Abkehr von der bettengenauen Festlegung bei somatischen Abteilungsbetten wird die Zuweisung von Versorgungsaufträgen auf Ebene der Fachgebiete an den einzelnen Krankenhausstandorten jedoch grundsätzlich beibehalten. Sie erfolgt mit Auflistung der Fachabteilung im Strukturblatt. Hierdurch werden die Krankenhäuser zur Erfüllung einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Leistungserbringung im jeweiligen Fachgebiet verpflichtet.

Soweit hierbei zwar auch weiterhin nur bettenführende Abteilungen ausgewiesen werden, schließt dies jedoch den inhaltlichen Versorgungsauftrag für innerhalb der jeweiligen stationären Versorgungskette erforderliche Fachkompetenzen weiterer Fachgebiete ausdrücklich ein, auch wenn diesen keine Planbetten zugeordnet sind, z.B. für radiologische oder strahlentherapeutische Leistungen.

Das Krankenhaus muss die Versorgung entsprechend den Anforderungen in der jeweils aktuellen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz gewährleisten. Insofern der Versorgungsauftrag der Rahmenplanung keine weiteren einzelnen Leistungsbereiche festlegt, umfasst er damit aber gerade dennoch eine umfängliche Versorgung, schließt also ausdrücklich aus, dass sich ein Träger auf besondere Teilaufgaben einer Fachdisziplin konzentriert („Cherry Picking“). Einschränkungen für die Leistungsbereiche ergeben sich insofern nur aus den verpflichtenden Vorgaben nach § 70 SGB V (und § 2 SGB V), insbesondere durch die dort geforderte fachliche Qualifikation, sowie ggf. durch sonstige Regelungen und Qualitätsvorgaben.

Zur Sicherung der wohnortnahen, regionalen medizinischen Versorgung sowie der Notfallversorgung orientiert sich die Krankenhausrahmenplanung vor allem an der unter II. 2.3.1 dargestellten, abgestuften Bedarfsplanung und der zu sichernden medizinischen Qualität. Weitere planerische Ziele orientieren sich

- an einer möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung,
- an der Sicherung der Vielfalt der Krankenhausträger sowie
- an der sinnvollen regionalen und fachlichen sektorenübergreifenden Aufgabenteilung zwischen den Leistungserbringern. (vgl. hierzu auch II.3.2).

Indem das Land seine detaillierten vertikalen Strukturvorgaben lockert, schafft es den Vertragsparteien Raum für eine abgrenzende Leistungsplanung. Der vorgegebene Rahmen wird gemäß § 11 Abs. 1 KHEntgG von den Pflegesatzparteien (im Laufe der Planungsperiode und ggf. unter Einbeziehung des regionalen Versorgungsausschusses) gem. II.4.3. vor Ort ausgefüllt. Im Falle einer Nichteinigung kann eine Entscheidung der Schiedsstelle gem. § 18a KHG herbeigeführt werden.

Zu den weiteren methodischen Einzelheiten wird auf II.2. und zu weiteren Hinweisen bei den einzelnen Fachgebieten auf II.7. verwiesen.

## 4.2. Implementierung eines „Versorgungscontrollings“

Die Sicherung der flächendeckenden Versorgung bleibt davon unberührt in der Verantwortung der Länder. Unabhängig von der Ausweisungstiefe von Strukturen beinhaltet dies eine Kontroll- und ggf. Eingriffspflicht. Hierzu wird die Planungsbehörde weiterhin jährlich Übersichten des jeweiligen Krankenhauses zur Bettenvorhaltung je Fachgebiet anfordern. Die Krankenhäuser melden hierbei auf Standortebene (gem. § 2a KHG) und auf Ebene der Fachabteilungen gemäß Fachabteilungsschlüssel bis zum 30.06. ihre Fallzahlen, die durchschnittlichen Verweildauern und die Case-Mix-Indizes des Vorjahres. Die Daten werden durch die jährlich über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldeten Daten abgeglichen. Aus diesen Datensätzen lässt sich darüber hinaus auch das Leistungsgeschehen und ggf. dessen Än-

derungen auf Standortebene überblicken. Ziel ist es, hier einerseits eine fortlaufende Evaluation der Rahmenplanung selbst sowie ein Kontrollinstrument zu initiieren, welches frühzeitig auf versorgungsrelevante Abweichungen hinweisen soll und im Bedarfsfall ein Stellungnahmeverfahren unter Beteiligung des Ausschusses für Krankenhausplanung auslöst. Ebenfalls ist so dem planerischen Diktat, den regionalen Bedarf und das fachspezifische Angebot für eine Auswahlentscheidung heranziehen zu können (vgl. hierzu das Urteil des OVG Bautzen Az. 5 A 684/17 vom 21.06.2018) genüge getan. Es geht insofern sogar darüber hinaus, indem nun eben nicht mehr „nur“ Planbetten, sondern das tatsächliche, fortlaufend aktualisierte Leistungsgeschehen bei der Bedarfsbemessung herangezogen werden kann.

## 4.3. Pilotprojekt „Regionale Versorgungskonferenz“

In die Krankenhausplanung neu aufgenommen werden soll auch die Prüfung der zukünftigen Einbindung dezentraler, regionaler Versorgungskonferenzen im fortwährenden Planungsprozess. Hierzu soll zunächst ein Modellprojekt initiiert werden.

Die derzeitige Aufgabe und Zusammensetzung der Akteure im Planungsausschuss (gem. LKG RLP) bleibt als wichtiges und richtiges Element davon unbenommen. Zentralisierte, landesweite Gremien können aber keine geeignete Plattform für regionale Einzelfragen, insbesondere auch mit Blick auf sich anbahnende oder bereits existente regionale Problemlagen sein. Zudem bedürfen Überlegungen zu Umstrukturierungen in der Krankenhausversorgung zunehmend einer sektorübergreifenden Betrachtung der „vor Ort“-Optionen, was im Krankenhausplanungsausschuss nur exemplarisch möglich ist. Weitere Ziele einer regionalen Mitbeteiligung in der Versorgungsplanung sind:

- eine maximale Transparenz vor Ort herzustellen,
- federführend die letztlich für die regionale Versorgung Verantwortlichen direkter mit einzubinden und
- dort ein kooperatives Miteinander zu befördern.

Es bleibt zu erwarten, dass es dadurch regionenspezifischer und auch früher gelingt, die oft gegensätzlichen Interessen auszugleichen und nachhaltige Lösungen mit hoher Akzeptanz zu implementieren.

Zunächst soll in einem Modellprojekt geprüft werden, wie die Einbindung einer regionalbasierten Versorgungskonferenz ausgestaltet werden könnte. Die Umsetzung erfolgt in Abstimmung mit den Landkreisen und ggf. kreisfreien Städten.

# 5. QUALITÄT IN DER KRANKENHAUSPLANUNG

## Qualitätsbemessung

Die Forderung nach einer Höherbewertung von Qualität in der medizinischen Versorgung ist nicht neu. Bereits in den 1950er Jahren wurde in Anlehnung an die Qualitätskonzepte der industriellen Produktion diskutiert, wie man hieraus auch Ansätze wie das Formulieren von Standards und Bewertungsmaßstäbe für die medizinische Behandlungsgüte ableiten könnte. 1966 erfuhr die Veröffentlichung von Donabedian weltweite Beachtung und Akzeptanz, in welcher er den Qualitätsbegriff zur Beurteilung von medizinischen und pflegerischen Leistungen wissenschaftlich fundierte. Der hohe Nutzwert seiner hierzu entwickelten Differenzierung zwischen Struktur- Prozess und Ergebnisqualität ist bis heute anerkannt. Die weiterhin aktuelle Frage lautet aber, wie man die Qualität der medizinischen Versorgung danach definieren, messen und bewerten kann.

Eine offensichtliche Schwierigkeit besteht darin, dass sich die Abläufe bei der medizinisch-pflegerischen Dienstleistung deutlich von der Güterproduktion unterscheiden. So ist der Behandlungsprozess im Krankenhaus zwar ähnlich der Güterproduktion durch eine Abfolge von Einzelleistungen gekennzeichnet. Für eine Bewertung des Prozesses selbst ist es jedoch sehr hinderlich, dass die Auswahl der Prozessschritte von Patient/in und Leistungserbringer getroffen werden, dass auch kein Patient normiert ist und Gesundheitsleistungen demnach individuell erbracht werden. Unabhängig davon, ob das Ergebnis am Ende dieses Prozesses selbst, also der veränderte Gesundheitszustand überhaupt objektiv bewertbar ist, müsste zudem der Anteil der medizinischen

Behandlung hieran messbar sein. Der Gesetzgeber trägt dem Rechnung, indem er – im Gegensatz zum Werksvertrag – zur Vertragserfüllung in der Gesundheitsbranche lediglich sorgfältige, dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Handlungsschritte einfordert. Eine große Akzeptanz haben dabei die Leitlinien der Fachgesellschaften, insbesondere im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., da sie auch grundsätzlich überprüfbare Kriterien beinhalten.

Eine zweite Besonderheit bei der Bewertung von Leistungen im Gesundheitswesen ist, dass erst mit Abkehr von der Kostenerstattung und dem Übergang zu einer leistungsbasierten Vergütung das, was man qualitativ bewerten wollte, überhaupt erst erfasst wurde. Allerdings methodisch beschränkt in Form von Leistungsdaten, die primär der Abrechnung, also letztlich doch wieder der Kostenbewertung dienen und nicht primär dem Ziel einer Qualitätsmessung.

Deshalb wurde im Jahr 1996, also zeitgleich mit dem Übergang zur fallpauschalierten Vergütung, die externe Qualitätssicherung für die Krankenhäuser verpflichtend eingeführt. Im Kern kann sie beschrieben werden als die Bewertung von zu dokumentierenden Ereignissen und Merkmalen der Krankenhäuser „von außen“. Die Durchführung und Bewertung lag bis 2004 im Verantwortungsbereich der Landesebene (Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS)), wurde dann vom neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übernommen und kontinuierlich

mit Hilfe der Expertise von Fachinstituten (AQUA, zuletzt IQTiG) weiterentwickelt. Aus planerischer Sicht entscheidend ist hierbei, dass es sich um fallbezogene Daten handelt. Hieraus errechnete Abweichungen von erwarteten Werten können somit nur die zurückliegende Versorgungspraxis abbilden, und dies eben nur auf Ebene der fallbezogenen Handlungsentscheidungen durch die Leistungserbringer.

Diese prinzipielle Schwäche räumt auch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) in seinem Methodenteil (Version 1.0/ 2017 S. 30) mit Bezug auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein. Diese, aus

der externen Qualitätssicherung entwickelten Indikatoren wurden gemäß § 136c Abs. 2 SGB V im Auftrag des G-BA erstmalig zum 31. Oktober 2018 veröffentlicht und prinzipiell verbindlich festgelegt. Wie unter II.1.3. bereits erwähnt, ist die Bedeutung dieser Qualitätsindikatoren bis hin zur Konsequenz des Entzugs des Versorgungsauftrags nicht unerheblich. Geschuldet der oben begründend ausgeführten Schwierigkeit, für die Qualität von medizinisch-pflegerischen Leistungen messbare Abgrenzungen festzulegen, konnte seitens des IQTiG die in § 136c Abs. 2 SGB V geforderte Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ bis dato aber (noch) nicht erfolgen.

## Qualitätsaspekte auf Versorgungsebene

Durch Einführung der leistungsbasierten DRG-Vergütung ergab sich für die Krankenhäuser die Notwendigkeit zur Entwicklung von Anpassungsstrategien insbesondere auch aus wirtschaftlicher Sicht. Indem die Vergütungsgrundlage nun auf einer durchschnittlichen Ist-Kostenermittlung für die erbrachten Leistungen basiert, führen höhere eigenen Kosten zwangsläufig zu Verlusten. Um dies zu kompensieren, besteht auf der Ausgaben- seite zunächst ein Spielraum durch Einsparungen beim Einkauf von Ressourcen, etwa durch Outsourcing- bzw. Verbundlösungen, sowie durch Leistungsverdichtung beim Personal. Einnahmenseitig ergibt sich bei einer extern festgesetzten fallpauschalierten Vergütung nur die Möglichkeit der Mengenausweitung und die Konzentration auf margenstärkere Behandlungsangebote. Die Zusammenschau dieser Anpassungen ergibt in der Öffentlichkeit nun vielfach eine negative Bewertung der empfundenen „Ökonomisierung“ der Medizin und die Krankenhäuser sehen sich verstärkt den Vorwürfen von Über- bzw. Fehlversorgung ausgesetzt. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem im Sommer des Jahres 2018 vorgelegten Gutachten erneut betont, dass er Defizite und Verbesserungspoten-

ziale bei der Allokation (Verteilungsgerechtigkeit) des Leistungsangebots in der Gesundheitsversorgung sieht, und prangert insofern eine Überversorgung bei margenträchtigen zu Lasten einer Unterversorgung in weniger rentablen Leistungsbereichen an.

Zudem stoßen die Kostensenkungsmaßnahmen bei Bevölkerung und Personal nicht immer auf Akzeptanz. Nicht zuletzt in Reaktion hierauf hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eine Offensive angestoßen: die stationäre Leistungserbringung soll insgesamt und insbesondere auch vergütungsrechtlich vom Anreiz einer weiteren Mengenausweitung weg hin zu einer mehr auf Qualität orientierten Leistungserbringung hingelenkt werden. In diesem Sinne sind auch die Regelungen zu zukünftigen Personalvorgaben und eine Neuausrichtung des Fallpauschalensystems auf die pflegerische Komponente der Leistungserbringung ein Ansatz, um insbesondere einer pflegerischen Unterversorgung entgegen zu wirken. Auch die Weiterentwicklung der qualitätsabhängigen Vergütung mit Zu- und Abschlägen (für außerordentlich gute bzw. unzureichende Qualität, auch „Pay For Performance-Ansatz“ genannt), wie sie gemäß § 110a SGB V zum Zeit-

punkt der Planerstellung vor der Erprobungsphase steht, geht hier einen weiteren Schritt voran: In den Konzeptentwürfen ist als Prüfkriterium „Indikationsstellung“, also die Bewertung, ob die durchgeführte Leistungen (z.B. Hüftendopro-

thetik) denn auch (medizinisch) bedarfsgerecht war, vorgesehen (Quelle: Abschlussbericht des IQTiG „Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gem. § 136b Abs. 8 SGB V Stand 22. Dezember 2017).

## 5.1. Umgang mit den planungsrelevanten Indikatoren des G-BA / IQTiG

Das Land Rheinland-Pfalz wird die Auswertungen des IQTiG zu den Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Bestandteil der planerischen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung

berücksichtigen, sich für die planerischen Konsequenzen aber eine Prüfung auf Landesebene vorbehalten (vgl. II 1.3.).

## 5.2. Landeseigene Qualitätsvorgaben

Um die Qualitätsoffensive krankenhausplanerisch umzusetzen setzt der vorliegende Landeskrankenhausplan auf drei Ebenen an:

### 5.2.1. Fortlaufende Evaluation des Planungsprozesses

Auf der ersten Ebene stehen zunächst Überlegungen zu Anpassungsmaßnahmen mit dem Ziel, den Landeskrankenhausplan selbst auf die Kernelemente des Qualitätsmanagements auszurichten.

Der erste Schritt, die Analyse des Ausgangsstatus der Versorgung ist durch das vorbereitende Gutachten erfolgt, die sich hieran anschließenden Anpassungen auf Basis der prognostizierten Bedarfsentwicklung und dem Abgleich in den Trägergesprächen wird im Ergebnis mit dem vorliegenden Plan dargestellt. Dies bedeutet nichts Neues, es entspricht dem „Plan“ und „Do“ im PDCA-Zyklus.<sup>6</sup>

Neu implementiert werden muss demnach aber ein fortlaufendes Controlling (Check) und daraus abzuleitende agierende Anpassungen (Act). Indem das Controlling zukünftig auch die Beobachtung des Leistungsgeschehens einschließt, wird nun auch bewertbar, ob dieses bedarfsgerecht oder im Sinne einer Über- oder Fehlversorgung als wesentlicher Qualitätsmangel einzustufen und somit landesplanerische Interventionen (gemäß § 6 Abs. 1a KHG) erforderlich machen könnte. Insgesamt wird durch das Monitoring gleichzeitig auch eine fortlaufende Evaluation der planerisch angenommenen Prognosen zur Bedarfsentwicklung auf Standortebezug ermöglicht. Der Plan bedeutet insofern die Einführung eines qualitätsbesicherten Versorgungsmanagements: Er stößt einen PDCA-Zyklus an und wird damit selbst zum Kernelement der qualitätsorientierten Krankenhausplanung.

Zum Vorgehen beim Controlling selbst wird auf Kapitel II.4.2. verwiesen.

---

<sup>6</sup> Der nach dem Beschreiber auch Demingkreis benannte Zyklus beschreibt ein Instrument zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Phase 1: Plan (zu regulierende Bereiche eingrenzen, Ist-Analyse durchführen; Probleme benennen, Ziele formulieren); Phase 2: Die Umsetzung der Maßnahmen, die in der Planungsphase festgelegt

---

worden sind; Phase 3: Erneute Analyse unter der zentralen Frage: (Wie weit) Wurde das Ziel erreicht? Phase 4: Act Einlenken und Eingreifen zur Erreichung des Soll-Zustands, anschließend wird der PDCA-Zyklus erneut durchlaufen.

## 5.2.2. Versorgungskonzepte zur Prozessoptimierung im Zentrumsmodell

Die Ausweisung von Strukturen selbst kann keineswegs die planerische Dimension einer qualitativ hochwertigen Versorgung repräsentieren. Entscheidender ist vielmehr, planerisch die Versorgungspfade der Leistungsbereiche in den Blick zu nehmen und hier im Rahmen von Versorgungskonzepten auf Regelungen zur Verbesserung der Prozess- und möglichst der Ergebnisqualität hin zu wirken. Ein planerischer Regulierungsbedarf ist hierbei insbesondere dort zu sehen, wo die optimale Versorgung einer Erkrankungsentität nicht mehr allein einem Fachgebiet zugeordnet werden kann, sondern durch komplexe, ineinandergreifende, teilweise auch parallellaufende Prozesse geprägt ist. Diese müssen sektoren- und professionenübergreifend koordiniert und vernetzt werden. Für diese Steuerungseinheiten hat sich der Begriff „Zentren“ etabliert. Dieser Terminus ist – gerade als Umschreibung eines medizinischen Versorgungselements – aber keineswegs einheitlich, und in den letzten Jahren auch inflationär im Gebrauch. Ein Ziel der landesrechtlichen Festlegung zu Struktur und Aufgaben eines Zentrums ist es, eine Kompatibilität mit der Definition entgeltrechtlicher Regelungen zu berücksichtigen. Die krankenhauserplanerische Ausweisung von Zentren hat dort durch zwei bundesgesetzliche Vorgaben an Bedeutung gewonnen: Sie ist Voraussetzung dafür, dass die besonderen Aufgaben eines Zentrums vergütet werden können (§ 5 Abs. 3 KHEntgG i.V.m. § 2 Abs. 2 S. 4 KHEntgG) und, dass die im Rahmen des DRG-Systems vergüteten Mehrleistungen des Zentrums nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen (§ 4 Abs. 2b Nr. 1 d KHEntgG).

Der Vergütungslogik folgend sind Zentren in diesem Gesetz ganz wesentlich durch besondere Aufgaben definiert, deren Aufwand nicht durch das Entgeltsystem der Fallvergütung berücksichtigt sind. Diese besonderen Aufgaben bestehen demnach gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG insbesondere in

- einer überörtlichen und krankenhauserübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
- der Erforderlichkeit von besonderen Vorhalten eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für „Seltene Erkrankungen“, oder
- der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben.

Zudem kann

eine besondere Aufgabe im Sinne der Zentrumsfinanzierung in Betracht kommen, wenn sich die Leistung nicht durch Fallpauschalen und sonstige Entgelte vergüten lässt, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorkommt.

Hieraus ergibt sich, dass der Zentrumsbegriff in dieser entgeltrechtlichen Regelung grundsätzlich zwei unterschiedliche Kategorien von Versorgungsstrukturen umfasst:

- Versorgungsstrukturen, die krankheitsspezifische überörtliche Netzwerke koordinieren und weitere Aufgaben dort zentralisiert übernehmen, und
- Krankenhäuser, die – ggf. an einem ihrer Standorte – für bestimmte Erkrankungen (seltene oder solche mit außerordentlichem Ressourcenbedarf oder außerordentlicher Komplexität) einen besonderen Versorgungsauftrag übernehmen.

Zum Zeitpunkt der Planerstellung gelten allerdings die auf Basis dieses Gesetzes zu treffenden näheren Vereinbarungen zum expliziten Inhalt und Umfang dieser besonderen Aufgaben zwischen den Vertragsparteien als gescheitert. Eine einigende Regelung hierzu durch den G-BA ist beabsichtigt. Innerhalb des Planungszeitraums wird somit zu prüfen sein, ob und inwieweit Anpassungen des folgenden landesplanerischen Konzepts erfolgen sollen.

Unter dem Vorbehalt dieser Anpassungsklausel sollen Zentren im Sinne der ersten Kategorie (überörtliche Verbundkoordination) als überregionaler Koordinator von fachübergreifenden Versorgungsstrukturen verstanden werden. Diese

können auch länderübergreifend gebildet werden. Die Versorgung wird als themen- oder entitätsbezogener Organisationsverbund ausgewiesen. Im Kern handelt es sich hierbei um eine Zentrum-Teilnehmer Matrix.

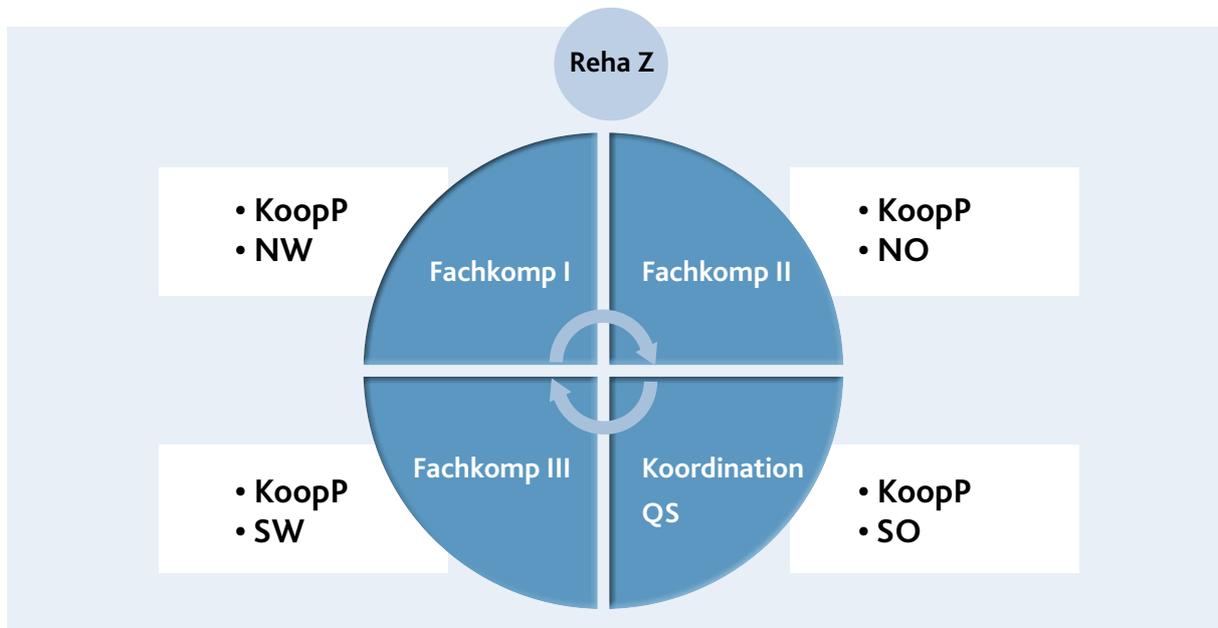


Abbildung 5: Matrix für einen als Zentrum zu definierenden themenbezogenen Organisationsverbund mit Kooperationspartnern (Mitgliedern)

Dem zentralen Element kommen hierbei folgende Zuständigkeiten zu, die nicht abschließend sind und von der Planungsbehörde konkretisiert werden:

- Versorgungsablauftechnische Koordination der Kooperationspartner, von der gesundheitlichen Aufklärung (Primärprophylaxe) über die akute Krankheitsphase/Rehabilitation bis zur weiteren ambulanten Betreuung,
- Qualitätssicherung der Behandlungskette, etwa durch gemeinsame Leitlinien, ein gemeinsames Qualitätsmanagement, gemeinsame Fortbildungen, ggf. regelmäßige interdisziplinäre Fallkonferenzen,
- Vernetzung der Datenbanken, Telematik im Netzwerk selbst,

- Wissenschaftliche Aktivitäten (Evidenzstudien), Berichterstattung,
- Präventionsmedizinische Öffentlichkeitsarbeit/Projektierung.

Das koordinierende Zentrum hat hierbei selbst einen unmittelbaren und räumlichen Zugriff auf die Fachkompetenzen bis zur Maximalversorgung des Themenfeldes.

Die Kooperationspartner sorgen für die Umsetzung der Kompetenzen in der Fläche, sie müssen und können regionalen Besonderheiten Rechnung tragen. Je nach Versorgungsentität sind Abstufungen in der eigenen Versorgungskompetenz möglich und ggf. erforderlich. Das gilt auch für die Integration von Kooperationspartnern für die Übernahme der Behandlung in den nichtakuten

Erkrankungsphasen (Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Versorgungsstrukturen).

Die Kooperationspartner (Mitglieder) sollen durch das Zentrum keineswegs geschwächt werden, vielmehr sollen sie eine Aufwertung erfahren, in dem sie die Expertise des gesamten Netzwerks einem großflächigen und somit wohnortnahen Zugang zuführen. Die Interdisziplinarität und sektorenübergreifende Kooperation soll nicht nur zur Steigerung der Kompetenz beitragen, sondern auch zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit (Kosten im Verbund senken und Leistungsvereinbarungen und Budgetverhandlungen erleichtern). Nicht zuletzt soll dies auch einen positiven Beitrag zur Sicherung des Fachpersonals leisten.

Auch wenn planerisch angestrebt und gefördert werden soll, dass alle Plankrankenhäuser bezüglich dieser Leistungsbereiche im Laufe der Planungsperiode Teil der vernetzten Versorgungsstrukturen sind, bedeutet dies ausdrücklich nicht, dass der Versorgungsauftrag selbst durch die Beteiligung oder Nichtteilnahme tangiert wäre.

### **Einzelkonzepte**

Im Rahmen der jetzigen Planerstellung wurde beschlossen, sich im Rahmen der Qualitätsoffensive des Landes auf folgende Themenfelder zu fokussieren:

- Onkologische Versorgung
- Herzmedizinische Versorgung
- Versorgung cerebrovasculärer Erkrankungen

Im Folgenden werden an dieser Stelle die Leistungsbereiche mit Blick auf die Rahmenbedingungen und Ziele dargestellt. Konzeptblätter mit den konkreten Vorgaben befinden sich im Anhang (IV.2.), da hier im Laufe der Krankenhausplanung Anpassungen bei einzelnen Punkten erforderlich werden können.

### **5.2.2.1. Onkologische Zentren**

Zunächst ist an dieser Stelle der Rückblick auf die bisherige Krankenhausplanung bei onkologischen Zentren angebracht. Die Schwerpunktausweisung als „Onkologisches Zentrum“ und/ oder „Brustzentrum“ wird aufgehoben, der Versorgungsauftrag bleibt aufgrund der Ausweisung der Fachrichtungen erhalten (vgl. hierzu II.2.2.6.). Das Brustzentrumskonzept des Landes hat sich für die Versorgungsgebiete Rheinhessen-Nahe, Rheinpfalz, Westpfalz und Mittelrhein-Westerwald bewährt und soll von den koordinierenden und teilnehmenden Zentren weitergeführt werden. Es ist davon auszugehen, dass sich die koordinierenden Krankenhäuser als Onkologische Zentren zu Beginn der Planungsphase dieses Krankenhausplanes zertifizieren lassen und die bisher bewährte Arbeit der Brustzentren fortgeführt wird. Für die teilnehmenden Krankenhäuser gilt fast ausnahmslos, dass sie sich als Brustzentrum (einfaches C) haben zertifizieren lassen.

### **Grundsätzlicher Bedarf**

Innerhalb der medizinischen Themenfelder zeichnen sich die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsoptionen bei den bösartigen Neubildungen durch eine herausragende Dynamik aus. So steht nach Ansicht der Experten bspw. die Erforschung molekular- bzw. epigenetischer Verfahren erst am Beginn mit aussichtsreichen Chancen, die medizinische Versorgung bei Krebserkrankungen (Prophylaxe, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und deren Grenzen) weiter zu individualisieren (gleichbedeutend hierzu hat sich der Terminus „personalisierte Medizin“ entwickelt). Hieraus leitet sich aus krankenhauplanerischer Sicht ab, dass das Hinwirken auf eine qualitativ hochwertige Versorgung in diesem Themenfeld ganz besonders durch Akzentuierung der Kompetenzbildung, Forschungsarbeit und der Translation von Forschungsergebnissen geprägt sein muss. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung in der Onkologie hat maßgeblich zu einer Erhöhung der Überlebens- wenn nicht sogar Heilungswahrscheinlichkeit beigetragen. Gerade auch dadurch

hat sich insgesamt die Lebenserwartung in Deutschland erhöht. Es ist eine versorgungspolitische Aufgabe, diese Erfolge allen Patientinnen und Patienten transparent zur Kenntnis zu bringen und konsequent im Behandlungsalltag umzusetzen.

Ein gemeinsames Ziel aller an der onkologischen Versorgung beteiligter Leistungserbringer sollte es sein, allen Patientinnen und Patienten für die jeweilige onkologische Erkrankung ein zertifiziertes Zentrum in zumutbarer Erreichbarkeit anbieten zu können. Insbesondere in den Oberzentren müssen sich die Krankenhäuser dazu abstimmen. Als Ziel gilt, dies im Zeithorizont dieses Planes zu erreichen. Weitere konkretisierende Fragestellungen sind in einer noch zu gründenden AG „Qualität in der Krankenhausplanung“ des Ausschusses für Krankenhaus zu klären.

### **Kompetenzbildung**

Es besteht (international) Konsens innerhalb der Fachgesellschaften, dass die Onkologische Kompetenzbildung ganz besonders auf Netzwerkbildungen vielfältiger Art und mit multiprofessioneller Besetzung angewiesen ist. Strukturell haben sich als „Hauptknoten“ der Netzwerke im stationären Bereich CCC und nachgeordnet Onkologische Zentren und Einrichtungen, die organspezifische Krebskompetenzen bündeln, herausgebildet<sup>7</sup>. Regionalspezifisch unterschiedlich wird das Netzwerk für den Zugang und die weitere flächendeckende Versorgung durch niedergelassenen Onkologen und ermächtigte Krankenhäuser gestützt. Planerisches Ziel ist es, dieses Versorgungsnetz zu sichern. Die Versorgungspfade selbst entziehen sich aufgrund der komplexen Fachlichkeit und Dynamik jeglicher planerischen Betrachtung. Hier ist auf die ständig aktualisierten Leitlinien der Fachgesellschaften (bzw. die Zertifizierungen) zu verweisen.

---

<sup>7</sup> Diese Hierarchie der Netzwerke entspricht der Klassifikation der Deutschen Krebshilfe (Stiftung)/Deutschen Krebsgesellschaft (e.V.).

### **Forschung und Translation**

Aus den Ausführungen zuvor ergibt sich des Weiteren, dass die möglichst umfassende Gewinnung und Aufbereitung von Daten mit biologischen und klinischen Informationen in der modernen Onkologie ganz bedeutend ist und immer mehr sein wird. Nur eine zeitnahe Erfassung dieser Parameter und der Abgleich mit dem beobachteten Erfolg oder Nichtansprechen der individualisierten Therapie kann sichern, dass die Krebserkrankten auch an den raschen wissenschaftlichen Fortschritten partizipieren. Auch im Koalitionsvertrag 2018 haben sich CDU/CSU und SPD konkrete Aufgaben hierzu gesetzt: Unter der Überschrift „gezielte Bekämpfung von Volkskrankheiten wie Krebs“ wird u.a. die Beschleunigung der Translation von Forschungsergebnissen und die zügige Überführung erfolgreicher Versorgungsansätze in die onkologische Regelversorgung angestrebt.

Von daher wird es planerisch als wesentliche Vorgabe erachtet, Dokumentationspflicht bzw. Mitwirkung bei der Versorgungsforschung als vordringliches Qualitätsmerkmal im Lastenheft der Zentren zu verankern.

#### **5.2.2.2. Herzmedizinische Zentren**

**Grundsätzlicher Bedarf:** Krankheitsspektrum und Standortanalyse der medizinischen Versorgung am Beispiel der ischämischen Herzerkrankung (Coronarsyndrom) in Rheinland-Pfalz

Herzmedizinische Zentren sollen alle diesem Organ zugeordneten Erkrankungen abdecken. Es bietet sich an, sich hier an die epidemiologischen Versorgungsanalysen des jährlichen Herzberichts anzulehnen. Ab 2012 hat die Deutsche Herzstiftung die Herausgeberschaft für den Herzbericht übernommen, die Ausarbeitung erfolgt in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands, namentlich der Gesellschaft für Kardiologie (DKG), der Gesellschaft für Thorax-Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK). Im Herzbericht werden die organspezifischen

schen Erkrankungen für weitere Subanalysen und vergleichende Auswertungen unterteilt in:

- Ischämische Herzkrankheiten (Durchblutungsstörungen) mit der weiteren Untergruppe akuter Herzinfarkt
- Herzklappenerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen und
- Herzinsuffizienz (signifikante Herabsetzung der Pumpleistung)

Die Auswertungen erfolgen unter anderem wie in den folgenden Tabellen ersichtlich zu den Hospitalisierungsraten und den Sterbeziffern für diese Herzerkrankungen. Die Hospitalisierungsrate dient im Herzbericht hierbei als ausschlaggebender Indikator für die Erkrankungshäufigkeit (Morbidity). Er repräsentiert damit natürlich erst die Stadien dieser Erkrankungen, die zur Abwendung einer möglicherweise lebensbedrohlichen weiteren Entwicklung einer akutstationären Behandlung bedurften.

### Morbidität ausgewählter Herzkrankheiten in den Bundesländern

Land	ischämische Herzkrankheiten		davon: akuter Myokardinfarkt		Herzklappenerkrankungen		Herzrhythmusstörungen		Herzinsuffizienz	
	absolut	pro 100tsd Einw.	absolut	pro 100tsd Einw.	absolut	pro 100tsd Einw.	absolut	pro 100tsd Einw.	absolut	pro 100tsd Einw.
Baden-Württemberg	71.103	667	25.324	235	11.429	106	51.457	482	47.633	431
Bayern	92.808	732	30.642	240	13.798	108	67.064	529	69.255	533
Berlin	30.202	916	7.807	237	4.208	129	18.039	545	15.445	473
Brandenburg	24.440	846	7.773	270	3.544	122	17.738	625	17.264	595
Bremen	3.987	588	1.976	290	629	89	2.818	410	2.758	384
Hamburg	11.089	681	4.012	244	1.773	106	8.755	533	8.006	472
Hessen	45.705	742	15.982	257	6.542	105	32.952	535	30.860	485
Mecklenburg-Vorp.	15.763	850	4.269	231	2.519	134	9.910	542	12.636	675
Niedersachsen	60.295	730	22.938	276	9.021	108	46.872	569	42.988	501
Nordrhein-Westfalen	163.847	904	50.765	277	22.002	119	112.103	618	98.575	523
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>33.065</b>	<b>782</b>	<b>11.570</b>	<b>271</b>	<b>4.577</b>	<b>107</b>	<b>24.197</b>	<b>575</b>	<b>23.460</b>	<b>532</b>
Saarland	9.874	885	3.498	313	1.290	112	6.172	554	6.681	566
Sachsen	25.127	520	9.618	199	4.605	91	23.398	486	28.964	554
Sachsen-Anhalt	24.858	922	7.365	272	2.977	107	15.730	590	18.579	660
Schleswig-Holstein	24.475	793	7.704	250	3.936	126	18.042	589	14.065	446
Thüringen	19.805	776	6.383	250	2.849	110	14.608	579	17.624	573
<b>Deutschland</b>	<b>656.443</b>	<b>774</b>	<b>217.626</b>	<b>255</b>	<b>95.699</b>	<b>111</b>	<b>469.855</b>	<b>555</b>	<b>454.793</b>	<b>518</b>

Tabelle 4: Herzkrankheiten, Quelle Herzbericht 2017

## Gestorbene an Herzkrankheiten und Sterbeziffer nach Bundesländern – 2015

Land	ischämische Herzkrankheiten		davon: akuter Myokardinfarkt		Herzklappenkrankheiten		Herzrhythmusstörungen		Herzinsuffizienz	
	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer
Baden-Württemberg	14.609	130	5.882	53	2.308	20	3.468	30	4.516	39
Bayern	18.062	137	6.671	51	3.064	23	4.703	35	6.637	49
Berlin	4.063	124	1.858	57	389	12	626	19	1.044	32
Brandenburg	4.930	172	2.378	83	441	15	857	30	1.388	49
Bremen	991	136	461	65	96	13	341	45	696	91
Hamburg	2.270	128	798	46	366	21	447	25	60	32
Hessen	9.423	145	3.362	53	1.315	20	2.154	32	3.069	45
Mecklenburg-Vorp.	3.587	195	1.260	68	352	19	586	32	678	37
Niedersachsen	14.282	163	5.144	60	1.511	17	2.788	32	5.125	57
Nordrhein-Westfalen	22.546	117	9.357	49	3.332	17	6.093	32	14.245	73
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>6.993</b>	<b>156</b>	<b>2.554</b>	<b>58</b>	<b>1.040</b>	<b>23</b>	<b>1.511</b>	<b>33</b>	<b>2.083</b>	<b>45</b>
Saarland	2.169	183	729	62	234	19	226	19	345	28
Sachsen	9.797	181	3.369	65	961	17	1.529	28	2.153	39
Sachsen-Anhalt	6.042	215	2.270	82	514	18	935	33	1.438	50
Schleswig-Holstein	4.159	130	1.325	42	670	21	1.058	33	1.685	51
Thüringen	4.307	164	1.792	69	394	15	1.103	42	1.708	65
<b>Deutschland</b>	<b>128.230</b>	<b>144</b>	<b>49.210</b>	<b>56</b>	<b>16.987</b>	<b>19</b>	<b>28.425</b>	<b>32</b>	<b>47.414</b>	<b>52</b>

Tabelle 5: Mortalität der Herzkrankheiten, Quelle Herzbericht 2017

Durch die Angaben und die Vorgehensweise im Herzbericht, insbesondere durch die Entscheidung, die Hospitalisierungsraten als Morbiditätsrisiko (Erkrankungshäufigkeit höherer Stadien der Erkrankung) ländergetrennt auszuweisen, lassen sich bei den erworbenen Herzerkrankungen grundsätzlich zwei unterschiedliche Einflussgrößen auf das „Outcome“ (Mortalität/Sterblichkeit aufgrund der Erkrankung) abgrenzen, die damit auch bezüglich der Handlungserfordernisse differenziert werden sollten:

1. Die – a priori – „Herzkrankheit“ der Bevölkerung, also die in den Landesbevölkerungen offensichtlich unterschiedlich ausgeprägten Risiken, überhaupt eine stationär behandelungspflichtige Herzerkrankung zu entwickeln (Erkrankungs- oder Morbiditätsrisiko des Landes). Bei „besserer“ Herzgesundheit der Bevölkerung, so die Annahme, wird man auch geringere Hospitalisierungsraten vorfinden. Hieraus lässt sich wiederum für die Bewertung, welchen Anteil die Qualität der stationären Versorgung an der Sterberate bei Herzerkrankungen hat, eine Risikoadjustierung vornehmen.

2. Die Güte der stationären und nachstationären Versorgung. Hier geht es also um die Betrachtung, inwieweit es bei den (mindestens) einmalig stationär Behandlungspflichtigen Herzerkrankten gelingt, durch die stationäre und nachstationäre Versorgung eine – somit risikoadjustierte – Sterblichkeit im Bereich unterhalb des Schätzwertes zu erzielen. Ist die Sterbeziffer – angepasst an das Morbiditätsrisiko in der Bevölkerung – über dem Schätzwert, zeigt dies eine unterdurchschnittliche stationäre und nachstationäre Versorgung der Herzerkrankten an. Dort, wo in den Ländern (altersadjustiert) überdurchschnittliche Hospitalisierungsraten gefunden werden, die Sterbeziffer aber dennoch durchschnittlich ist, spricht dies für eine gute stationäre Versorgung und es sollte sich primär auf vorstationäre, präventive Maßnahmen fokussieren.

Durch die 16 länderbezogenen Subanalysen im Herzbericht ist zudem ein Standortvergleich im Benchmarkverfahren innerhalb der Länder möglich:

Am Beispiel der ischämischen Herzerkrankung (Koronare Herzkrankheit (KHK), inklusive ihrer akuten Form, dem akuten Herzinfarkt) lässt sich regressionsanalytisch durch die 16 Datensätze ein Schätzwert für die Sterbeziffer an ischämischen Herzerkrankungen unter Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos ableiten.

Die folgende Tabelle listet hierzu zunächst die im Herzbericht 2017 veröffentlichten Zahlen der Hospitalisierungsraten 2016 wegen ischämischer Herzerkrankungen (KHK) auf und stellt sie den diesbezüglichen Sterbeziffern 2015 der Länder und Stadtstaaten gegenüber.

Bundesländer	Bevölkerungsanteil	KHK Hosp	Sterbeziffer
Baden-Württemberg	13,3%	649,23	133,39
Bayern	15,7%	717,73	139,68
Berlin	4,3%	844,85	113,66
Brandenburg	3,0%	979,70	197,62
Bremen	0,8%	587,40	146,00
Hamburg	2,2%	612,50	125,38
Hessen	7,5%	735,62	151,66
Mecklenburg-Vorpommern	2,0%	978,84	222,70
Niedersachsen	9,6%	758,84	179,75
Nordrhein-Westfalen	21,7%	915,85	126,03
Rheinland-Pfalz	4,9%	813,20	171,98
Saarland	1,2%	990,72	217,63
Sachsen	4,9%	615,59	240,02
Sachsen-Anhalt	2,7%	1111,56	270,18
Schleswig-Holstein	3,5%	849,26	144,31
Thüringen	2,6%	871,36	199,57

Tabelle 6: Gegenüberstellung von Hospitalisierungsraten und Sterbeziffern, eigene Berechnungen

Aus den beobachteten Wertepaaren errechnet sich folgende Regressionsanalyse:

### Lineare Regr. Hospr/Sterbez. KHK

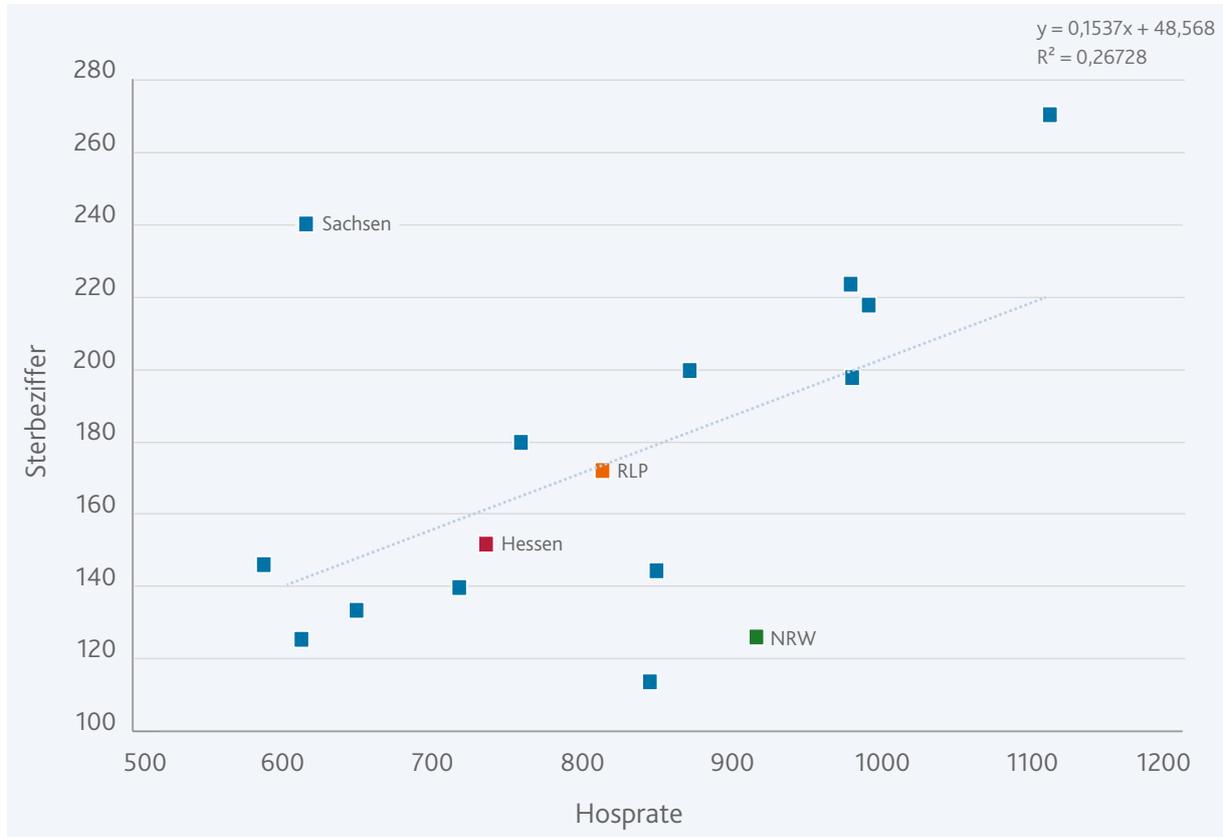


Abbildung 6: Regressionsanalyse; eigene Berechnungen

Aus den Daten aller Länder können nun die folgenden, an die Morbidität risikoadjustierten Abweichungen vom Erwartungswert (Schätzer) der Sterbeziffer berechnet werden:

Bundesländer	Bevölkerungsanteil	Abw. Hosp KHK	Abw. erw. Sterbeziff KHK
Baden-Württemberg	13,3%	-18,3%	-10,1%
Bayern	15,7%	-9,6%	-12,1%
Berlin	4,3%	6,4%	-36,3%
Brandenburg	3,0%	23,3%	-0,8%
Bremen	0,8%	-26,0%	5,2%
Hamburg	2,2%	-22,9%	-12,1%
Hessen	7,5%	-7,4%	-6,2%
Mecklenburg-Vorpommern	2,0%	23,3%	11,9%
Niedersachsen	9,6%	-4,4%	8,8%
Nordrhein-Westfalen	21,7%	15,3%	-33,4%
Rheinland-Pfalz	4,9%	2,4%	-0,9%
Saarland	1,2%	24,8%	8,4%
Sachsen	4,9%	-22,5%	67,6%
Sachsen-Anhalt	2,7%	40,0%	23,1%
Schleswig-Holstein	3,5%	7,0%	-19,4%
Thüringen	2,6%	9,7%	9,4%

Tabelle 7: Abweichungsanalyse; eigene Berechnungen

Aus dieser Abweichungsanalyse lässt sich wiederum eine 4-Felder Matrix\*<sup>8</sup> konstruieren, in der – angelehnt an die Handlungs-Bewertungsmatrix

der Boston Consulting Group – vier Bewertungen und landesplanerische Handlungsstrategien visuell dargestellt werden können:

8 Weitere Erläuterung im Anhang

### Handlungsmatrix KHK

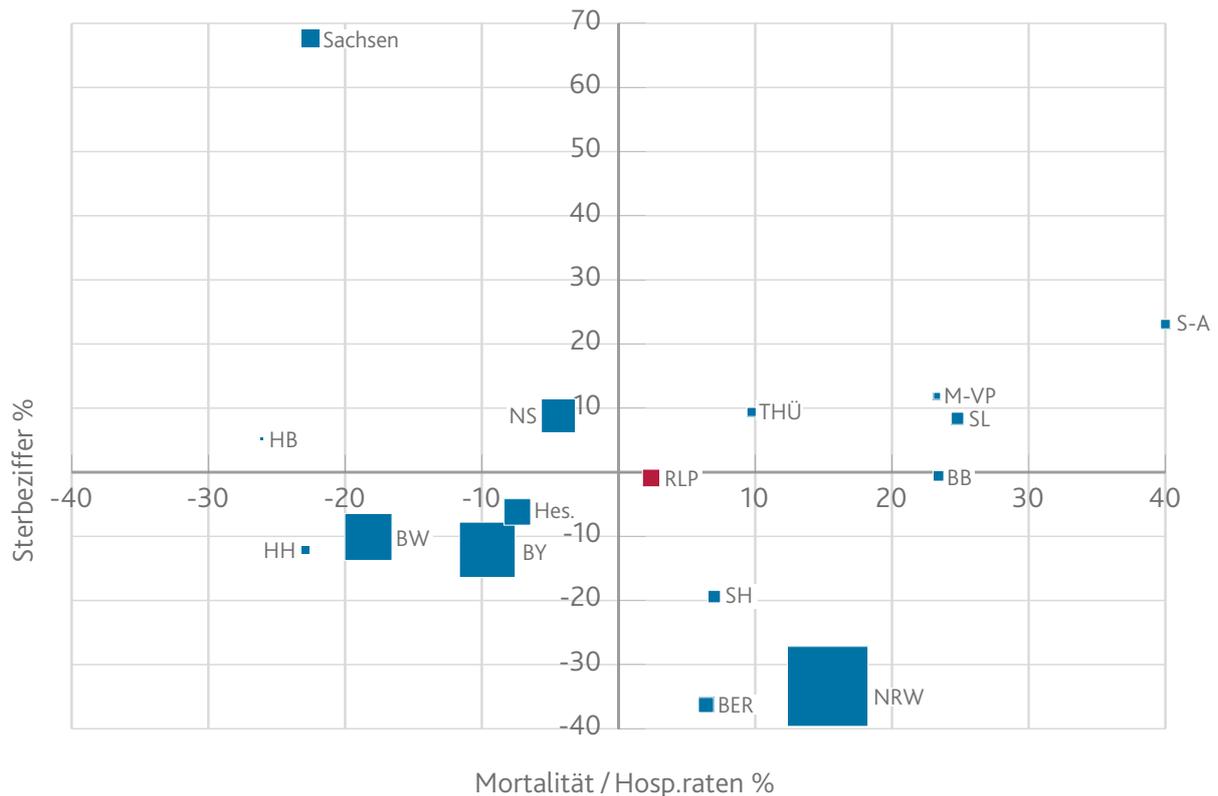


Abb. 7: Visuelle Darstellung (auf Basis eigener Berechnungen) der Handlungsmatrix zur KHK in einer Vierfelder-Matrix (die Größe der Blasen entspricht dem Bevölkerungsanteil des Bundeslandes/Stadtstaats):

Die X-Achse repräsentiert die Morbidität gemessen an der Abweichung von der Erwartungsgröße (regressionsanalytisch ermittelter Schätzer), die Y-Achse die Sterbeziffer

Oberer Quadrant links: Die Morbidität/Hospitalisierungsrate ist X-% unter dem Schätzwert, die Sterbeziffer jedoch darüber:

➔ hier sollte analysiert werden, wie die stationäre und nachstationäre Versorgung der (Herz-)erkrankten verbessert werden kann (Interventionsbedarf).

Oberer Quadrant rechts: hohe Morbidität und (risikoadjustierte) Mortalität -> Präventions- und Interventionsmaßnahmen erforderlich

Unterer Quadrant links: bestes Ranking: in Hamburg, Baden-Württemberg, Bayern und Hessen unterdurchschnittliche Morbidität an KHK sowie niedrigste risikoadjustierte Sterblichkeit

Unterer Quadrant rechts: gute Interventionsqualität bei erhöhtem Erkrankungsanteil der Bevölkerung: Konzentration auf Präventionsmaßnahmen

Für Rheinland-Pfalz zeigt sich so im Ländervergleich, dass die Hospitalisierungsraten wegen ischämischer Herzerkrankungen – als Ausdruck für die Morbidität 2,4% über dem Durchschnitt liegen. Die an dieses leicht erhöhte Morbiditätsrisiko adjustierte erwartete Sterbeziffer wird jedoch um 0,9% unterschritten. Die klinische und nachklinische Versorgung selbst kann von daher etwa im Durchschnitt eingeordnet werden. Unterstellt man ein vergleichbares Zuweiserverhalten, liegt die Krankheitslast bezüglich der durchblutungsbedingten Herzerkrankungen in Nordrhein-Westfalen (NRW) 15% über dem Durchschnitt, die Sterblichkeit daran jedoch 33% unter dem Erwartungswert. Eingedenk der Tatsache, dass NRW als vergleichsweise stark urbanisiertes Bundesland gilt, lenkt das die Interpretation dahin, dass sich hierin die bei kürzeren Wegen schnellere stationäre Interventionsmöglichkeit widerspiegeln könnten. Diese Erkenntnis steht auch im Einklang mit den Erhebungen des Instituts für Herzinfarktforschung (IHF) in Ludwigshafen<sup>9</sup>. Demnach geht bei einem Herzinfarkt (nach wie vor) die meiste Zeit in der Prähospitalphase vom Beginn der Symptomatik bis zum telefonischen medizinischen Erstkontakt verloren. Die folgenden institutionellen Optimierungen stellen dann nur ein Teil der möglichen Verbesserungen dar. Da die Zeit bis zur Wiederherstellung der Blutversorgung in der betroffenen Herzmuskelregion auch über das Überleben nach einem Infarkt entscheidet, muss die Aufklärung der Bevölkerung ein dauerhaftes Anliegen bleiben.

Gleichwohl zeigt dieses Betrachtungsmodell für Hessen, Bayern und Baden-Württemberg, dass dort trotz unterdurchschnittlicher Krankheitslast dennoch auch eine unter dem Erwartungswert liegende Mortalität vorgefunden wird. Deshalb liegt ein Fokus der Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz auf der Vorgabe effizienter Strukturen und der dauernden Verbesserung der Prozessqualität, insbesondere der Rettungskette.

---

<sup>9</sup> Zum Herzinfarktregister Rheinland-Pfalz (Projekt MIR-RLP) vgl.: <https://www.rlp.de/de/service/presse/einzelansicht/news/detail/News/herzinfarktregister-mir-rlp-bewirkt-verbesserungen/>

### **Aufbau von Herzmedizinischen Zentren**

Die in Rheinland-Pfalz bestehenden und weiter im Ausbau befindlichen Netzstrukturen konzentrieren sich derzeit auf die Herzinfarktversorgung durch den Ausweis kardiologischer Schwerpunkte. Die Notwendigkeit einer flächendeckenden Struktur der Herzinfarktversorgung wird auch in Zukunft weiter konkretisiert werden. Der Aufbau von Zentren für eine umfassende herzmedizinische Versorgung wie oben beschrieben wird sich insbesondere perspektivisch von dort aus entwickeln, wo eine herzchirurgische Abteilung zur Verfügung steht. Indem zu erwarten ist, dass die Behandlungsoptionen der interventionellen Kardiologie die Auslastung der Herzchirurgie eher zurückdrängen wird, kann eine Ausweitung der herzchirurgischen Angebote nicht bedarfsgerecht sein. Perspektivisch steht vielmehr bundesweit eine Konzentration im Raum. Auch eine Anlehnung an Gesamt-Konzepte durch Fachgesellschaften, etwa analog der C, CC, CCC Hierarchie bei der onkologischen Versorgung ist nicht möglich. In einem ersten Schritt sind daher hier Rahmenbedingungen zu formulieren, die als Leitlinie für die Ausbildung von überregionalen herzmedizinischen Netzwerkstrukturen dienen.

#### **5.2.2.3. Neurovaskuläre Zentren**

Das Konzept baut auf dem vorliegenden Schlaganfallkonzept des Landes Rheinland-Pfalz auf und erweitert das Leistungsspektrum auf die Aufgaben eines neurovaskulären (cerebrovaskulären) Zentrums.

Auch der Begriff „Neurovaskuläres Zentrum“ wurde im Dezember 2011 durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) geprägt, nachdem sich zuvor eine große Zahl sogenannter „Neurozentren“ mit einer ebenso großen Zahl unterschiedlicher Konzepte und Leistungsinhalte etabliert hatten. Zur Vereinheitlichung erarbeitete eine Arbeitsgruppe unter Federführung der Gesellschaft Kriterien für die Definition eines „Neurovaskulären Zentrums“, welches in diesem Sinne die Erkrankungen, die von den hirn(zu)führenden

Gefäßen ausgehen, umfassen soll. Insbesondere ist so die Vorhaltung einer neurologischen, neurochirurgischen, neuroradiologischen und neurointensivmedizinischen Versorgung gefordert, aber auch weitere Kooperationspartner, wie die Kardiologie, Gefäßchirurgie, möglichst auch der Neuroophthalmologie, Strahlentherapie, Angiologie und Hämostaseologie. Die Gesellschaft betont, dass es sich hierbei um eine überregionale Versorgungsstruktur handeln muss, in der alle Patienten mit neurovaskulären Erkrankungen, auch seltenen Entitäten, interdisziplinär unter besonderer Berücksichtigung innovativer Therapiekonzepte versorgt werden können.

Konkret sollen Neurovaskuläre Zentren in Anlehnung an das Konzept der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) zum Zeitpunkt der Planerstellung folgende Erkrankungsentitäten abdecken und hierzu über folgende Kompetenzen verfügen:

- **Intrakranielle Gefäßverschlüsse** (Therapieoptionen: Bridging-Lyse, Thrombusextraktion, Angioplastie mit Stenting),
- **Maligner Mediainfarkt** (Therapieoption Hemikraniektomie),
- **Raumfordernder Kleinhirnininfarkt** (Therapieoption operative Entlastung),
- **Symptomatische und asymptomatische Stenosen extra- und intrakranieller Hirnarterien** (Therapieoptionen: Gefäßchirurgische und endovaskuläre/interventionelle Therapie),
- **Intrazerebrale Blutungen** (Therapieoptionen Hemikraniektomie und Hämatomevakuation),
- **Subarachnoidalblutungen/Aneurysma** (Expertise: Fachspezifische intensivmedizinische Überwachung und Therapieoptionen: Endovaskuläre Aneurysmathherapie (Coiling und Stenting), neurochirurgisches Clipping,
- **Arteriovenöse Malformationen und andere Gefäßfehlbildungen (Kavernome, durale AV-Fisteln)** (Konservative Therapie; endovaskulär-interventionelle Therapie; Chirurgische Therapie; Radiochirurgie),
- **Vaskulitis** (Nichtinvasive und invasive Gefäßdiagnostik (DSA); Hirnbiopsie; Temporalisbiopsie (andere Biopsien); Immunsuppressive Therapie (Steroide, Cyclophosphamid) mit Therapie-Monitoring.

Spezifische Diagnostik und Therapie von

- **Genetischen und erworbenen zerebralen Mikroangiopathien; Sinus- und Hirnvenenthrombosen.**

### 5.2.3. Zentren im Sinne eines regionalen Versorgungsschwerpunktes

Als Zentren im untergeordneten Sinne (Kategorie II) können – in Anlehnung an die entgeltrechtlichen Erfordernisse – auch lokale Versorgungsschwerpunkte planerisch ausgewiesen werden. Diese zeichnen sich also nicht durch die koordinativen Aufgaben eines themenbezogenen Verbundes aus, sondern durch die weit überörtliche Versorgung bei seltenen oder überaus komplexen Erkrankungen. In beiden Fällen muss diese themenbezogene Versorgung einen besonderen Aufwand erfordern. Im ersten Fall insbesondere durch die notwendige Vorhaltung hochspezialisierter Kapazitäten, Ressourcen und Strukturen bei den Schwerpunkten für seltene Erkrankungen sind die sog. NAMSE-Anforderungen zugrunde zu legen. Der Begriff „lokaler Versorgungsschwerpunkt“ schließt herbei ausdrücklich ein, dass hieran auch Auflagen für überörtliche Kooperations- und Unterstützungsleistungen gebunden sind.

## **Auflagen für Zentren im Sinne eines regionalen Versorgungsschwerpunktes**

**Lokaler Versorgungsschwerpunkt wegen erforderlicher Konzentration der Versorgung aufgrund außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen auf einen Standort in Rheinland-Pfalz**

Die folgenden Voraussetzungen sind zu erfüllen:

- Begründung der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an grundsätzlich nur einem Standort in Rheinland-Pfalz
- Vorlage eines entsprechenden medizinischen Konzeptes
- Vorhaltung und Betrieb außergewöhnlicher technischer Angebote bzw. Vorhaltung und Erbringung außergewöhnlich kostenintensiver und komplexer Behandlungsformen, die aufwendige interdisziplinäre technische und personelle Vorhaltungen erfordern (Versorgung ist nicht innerhalb einer Fachabteilung möglich)

## **Lokaler Versorgungsschwerpunkte für seltene Erkrankungen**

Die folgenden Voraussetzungen sind grundsätzlich zu erfüllen:

- Konkrete Benennung der Aufgabenwahrnehmung
- Nachweis der geringen Häufigkeit oder Berechnung auf Basis von Mindestmengenregelungen für bestimmte Erkrankungsfälle
- Leistungen der Zentren NAMSE Typ A und TYP B zur Behandlung von seltenen Erkrankungen\*<sup>10</sup>
- Durchführung einrichtungsinterner und- externer Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen NAMSE

## **5.2.4. Verfahren in der Ausweisung von Zentren**

Ab Gültigkeit des neuen Krankenhausplans (01.01.2019) beginnt die erste Antragsfrist auf Ausweisung eines Zentrums. Diese beträgt ein Jahr. Dem Antrag sind aussagekräftige Konzepte und Datenanalysen beizulegen. Die Prüfung des Antrages und gegebenenfalls eine Auswahlentscheidung erfolgt im etablierten Verfahren unter Beratung im Krankenhausplanungsausschuss. Werden Auswahlentscheidungen erforderlich, sollen diese – bei Antragsingang bis Ende Dezember 2019 – bis spätestens zum Ende des 2. Quartals 2020 abgeschlossen sein. Ist eine Auswahlentscheidung nicht zu erwarten sowie für alle Anträge danach gilt diese einjährige Sperrfrist bis zur Entscheidung nicht. Die Ausweisung im Krankenhausplan durch einen Feststellungsbescheid erfolgt auf Landesebene auf Grundlage der §§ 8 Abs. 2 KHG. Die Planungsbehörde erlässt den Feststellungsbescheid unter Auflagen. Der Planungsbehörde ist die Erfüllung der aufgeführten Auflagen auf Verlangen auch fortlaufend nachzuweisen. Hierzu ist ein fortlaufendes Monitoring erforderlich. Zudem müssen die Erfüllungskriterien immer wieder überprüft und an sich ändernde Rahmenbedingungen angepasst werden. Hier eingeschlossen ist auch eine vorbehaltliche Überprüfung bei Änderungen der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen.

---

<sup>10</sup> Nähere Erläuterung zur NAMSE im Anhang

### 5.2.5. Organisatorische Vorgaben zur Qualitätsverbesserung

Hinsichtlich organisatorischer Qualitätsvorgaben ist geplant, die Plankrankenhäuser zu verpflichten:

- Ein geriatrisches Screening bei allen Patientinnen und Patienten über 75 Lebensjahren durchzuführen und über ggf. einzubindende geriatrische Kompetenzen zumindest in Kooperation bzw. im Hintergrund zu verfügen. Ziel ist hierbei nicht nur eine verbesserte Versorgung und frühzeitige Aufdeckung spezieller Behandlungsrisiken, wie etwa die Entwicklung eines Delirs. Es sollen durch Abfragen auch belastbare Zahlen zu Bedarf und zur Bedarfsentwicklung für Kapazitäten in der Geriatrie gewonnen werden. Nicht zuletzt ist von der (bei auffälligem Screening) verpflichtenden Einbindung geriatrischer Kompetenzen auch eine Sensibilisierung und Wissenserweiterung der aufnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu erwarten. Das Geriatriekonzept Rheinland-Pfalz wird dahingehend erweitert und die nähere Vorgehensweise festlegen. Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit, regelmäßig (jährlich) offenzulegen, welche Instrumente implementiert wurden und welche Evaluationsergebnisse zum „gelebten“ Risikomanagement vorliegen.
- Konzepte offen zu legen oder zu entwickeln, die im Rahmen des „Case Managements“ die jeweiligen transsektoralen Schnittstellenproblematiken analysieren und die fortlaufende Verbesserung der peristationären bzw. poststationären transsektoralen Weiterversorgung zum Ziel haben.
- Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit, regelmäßig (jährlich) offenzulegen, welche Instrumente implementiert wurden und welche Evaluationsergebnisse zum „gelebten“ Risikomanagement vorliegen.

# 6. PLANUNGEN FÜR FACHABTEILUNGEN UND SPEZIELLE FALLGRUPPEN

## 6.1. Geburtshilfe

Zum Zeitpunkt der Planerstellung waren in Rheinland-Pfalz 32 Krankenhausstandorte mit Entbindungsstationen zu verzeichnen. Seit Aufstellung des letzten Krankenhausplans wurde somit das Versorgungsangebot für die Geburtshilfe an 17 Standorten aufgegeben.

Trotz der Konzentration bei der Geburtshilfe ist auch weiterhin eine flächendeckende und hochwertige Versorgung durch die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz gesichert. Die Mehrzahl der seit 2009 geschlossenen Geburtshilfen wiesen kleine bis sehr kleine Fallzahlen in Belegabteilungen auf. Sie befanden sich in akzeptabler räumlicher Nähe zu den verbliebenen geburtshilflichen Abteilungen. Die Gründe lagen überwiegend im Mangel an Fachkräften insbesondere bei Nachbesetzungen aber auch wirtschaftlichen Über-

legungen im Spannungsfeld der vergleichsweise geringen Vergütung in der Geburtshilfe bei aber deutlich angestiegenen Haftpflichtrisiken. Insgesamt hat der Konzentrationsprozess aus Sicht der Patientinnen- und Neugeborenenensicherheit auch positive Aspekte. Mit dem stationären Angebot zum Zeitpunkt der Planerstellung ist Rheinland-Pfalz nach wie vor, auch unter Betrachtung der Versorgung in der Fläche, gut versorgt. Zudem sind 9 dieser Kliniken als Perinatalzentrum Level I, also der höchsten Versorgungsstufe, ausgewiesen und es finden sich nur noch wenige geburtshilfliche Abteilungen mit Entbindungszahlen unter 500 Geburten. Von den Krankenhäusern, die aufgrund der Einzugsgebiete mit einer zunehmenden Anzahl an Geburten rechnen müssen, wird erwartet, dass sie zügig die Kreißsaalkapazitäten anpassen.

## Geburtshilfen in Rheinland-Pfalz (Stand: Oktober 2018)

Krankenhaus	Geburten 2016*
St. Nikolaus-Stiftshospital, Andernach	557
Marienkrankenhaus AW / Maria Hilf Bad Neuenahr	451
Herz-Jesu-Krankenhaus, Dernbach	521
DRK-Krankenhaus AK-Hachenburg	723
DRK-Krankenhaus Kirchen	1.074
Kath. Krankenhaus KO-MT / Marienhof Koblenz	1.394
<b>Kemperhof Koblenz</b>	1.656
St. Elisabeth Mayen	663
<b>Marienhause Klinikum, Neuwied</b>	1.849
Hunsrück Klinik Simmern	409
Klinikum Idar-Oberstein	636
<b>Diakonie Krankenhaus, Bad Kreuznach</b>	1.363
St. Marienwörth, Bad Kreuznach	457
Katholisches Klinikum Mainz KKM	2.326
<b>Universitätsmedizin Mainz</b>	2.256
<b>Klinikum Worms</b>	2.038
Stadtklinik Frankenthal	416
Kreiskrankenhaus Grünstadt	578
Asklepios Kliniken, StO Germersheim**	998
Vinzentius Krankenhaus, Landau	1.176
Klinikum der Stadt Ludwigshafen	514
<b>St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus, LU</b>	1.980
Hetzelstift Neustadt / WStr.	601
<b>Diakonissen-Stiftungskrankenhaus, Speyer</b>	2.696
Marienkrankenhaus Eifel, Bitburg	592
Krankenhaus Maria Hilf, Daun**	401
<b>Mutterhaus Trier</b>	2.848
Verbundkrankenhaus Berncastel-Wittlich	1.015
<b>Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern</b>	1.363
Nardini-Klinikum Landstuhl	727
Städtisches Krankenhaus Pirmasens	749
Donnersberg Krankenhaus Kirchheimbolanden	423

Tabelle 8: Standorte mit Geburtshilfen (Stand Oktober 2018) und Entbindungen im Jahr 2016.

Hervorgehoben sind die 9 Perinatalzentren Stufe 1

\*InEK-Zahlen 2016 unter Vorbehalt, die amtlichen Zahlen weichen hiervon typischerweise leicht ab.

\*\* Kurz vor Redaktionsschluss (Mitte November 2018) wurde seitens der Geschäftsführung die Schließung der geburtshilflichen Stationen zum 01.01.2019 angekündigt

Indem sich die Geburtshilfe aufgrund ihrer besonderen Rahmenbedingungen und durch die unterschiedlichen Entwicklungen im Versorgungsbedarf von der Gynäkologie unterschiedlich zu bewerten ist, sollen in Zukunft die Planbetten hier gesondert aufgenommen werden (vgl. II.6.1.) Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, bei weiteren Konzent-

rationsprozessen die Planung des Versorgungsauftrages für Geburtshilfe einerseits und Gynäkologie andererseits regional konkreter verfolgen zu können. Die nachrichtliche Aufführung von Perinatalzentren im Strukturblatt erfolgt nach II.2.2.6. nur für die höchste Stufe I.

## 6.2. Palliativmedizin

Nur 10% von jährlich mehr als 800 000 Menschen in Deutschland versterben eines plötzlichen Todes. Die meisten Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase eine medizinische Versorgung, in der auch palliative Gesichtspunkte von Bedeutung sind. Palliativ-Versorgung setzt sich aus den Bestandteilen Palliativmedizin und Pflege zusammen. Palliativmedizin ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar.

Rheinland-Pfalz hat die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen unterzeichnet und will damit das Zeichen setzen, den Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Die Charta spricht sich dafür aus, dass jeder Mensch Anspruch auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen hat. Er muss darauf vertrauen können, dass er mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen in seinem Sinne und seinem Willen entsprechend getroffen werden. Ein Sterben in Würde hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Menschen miteinander leben. Dies erfordert, dass ausreichende Ressourcen für eine fundierte Hospiz- und Palliativ-Versorgung zur Verfügung gestellt werden.

Jede/r Betroffene – unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung, der persönlichen Lebenssituation oder des Versorgungsortes – muss eine qualitativ hochwertige palliative und hospizliche Behandlung und Begleitung erhalten. Dieser Gedanke basiert auf dem Anspruch auf bestmögliche Lebensqualität und dem damit verbundenen besonderen Bedarf an Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und der ihnen Nahestehenden. Palliative Zielsetzungen können und müssen in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden. Die meisten Menschen wünschen sich, in ihrer vertrauten Umgebung sterben zu können, aktuell ist jedoch in der Hälfte aller Sterbefälle das Krankenhaus der Sterbeort. Grundsätzlich wird, dem Wunsch der Mehrheit der Menschen folgend, eine ambulante Betreuung angestrebt. Hierzu können Strukturen wie ambulanten Hospizdiensten, die allgemeine Palliativversorgung oder je nach Bedarf die spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) von den schwerstkranken und sterbenden Menschen in Anspruch genommen werden.

Stationäre Versorgungsformen sind stationäre Hospize und die Krankenhäuser. Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus ist bei schwerstkranken und sterbenden Menschen notwendig, deren Leiden bzw. deren Multimorbidität eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit indiziert; in diesen Fällen ist weder eine ambulante Betreuung noch ein Aufenthalt in einem stationären Hospiz möglich. Stationäre palliativmedizinische Versorgung erhalten Patientinnen und Patienten in Rheinland-

Pfalz an allen Krankenhäusern mit somatischen Fachabteilungen, besonders in den Fachrichtungen Innere Medizin und Intensivmedizin. Auch die Schmerzbehandlung, die in den Krankenhäusern – mit und ohne Palliativstation – erbracht wird, um die Leiden schwerstkranker oder sterbender Menschen zu lindern, ist grundsätzlich Bestandteil des Versorgungsauftrags.

An verschiedenen dieser Krankenhäuser ist zusätzlich eine Palliativstation ausgewiesen. Auch zukünftig wird der Leistungsbereich Palliativmedizin nach II.2.2.4 bettengenau nur dort ausgewiesen, wo eine besondere Expertise und ein besonderer

Bedarf anhand des besonderen Leistungsspektrums (insbesondere in der Onkologie) besteht.

Positiv bewertet wird, dass innerhalb weniger Jahre die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen in Rheinland-Pfalz von 70% auf 45% zurückgegangen ist, was auf die gleichzeitig aufgebauten ambulanten Versorgungsangebote zurückzuführen ist. Die an den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern bestehenden Angebote der Palliativversorgung haben sich etabliert und stellen eine gute und sinnvolle Ergänzung der weiteren ambulanten und stationären hospizlichen und palliativen Versorgung dar.

### 6.3. Versorgung extrem übergewichtiger Personen

Die Adipositasprävalenz in der Bevölkerung erhöhte sich dem Mikrozensus zufolge von 12,9% im Jahr 2003 auf 16,3% im Jahr 2017. Über 1% der erwachsenen Bevölkerung waren sogar mit einem Body-Mass-Index<sup>11</sup> (BMI) von 40 und mehr extrem übergewichtig. Die Zahl der extrem adipösen Menschen (BMI-Wert über 50) in Deutschland wird auf 400.000 geschätzt. Bezogen auf Rheinland-Pfalz wären dies etwa 20.000 Menschen. Indem Erkrankungen, unter anderem des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels und des Bewegungsapparates stark mit dem Maß der Übergewichtigkeit einhergehen, ist auch für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit ein weiterer Anstieg von adipösen Personen in den folgenden Jahren zu erwarten. Hierbei stellt insbesondere die ansteigende Zahl von Personen jenseits eines Gewichts von 120–130 Kilogramm die Ausstattung der Krankenhäuser und das dort tätige Personal vor besondere Herausforderungen. Fehlen hier adäquate Sondervorhaltungen,

ist auch ein negativer Einfluss auf die Patientensicherheit dieser Klientel anzunehmen.

Einen definierten, konsentierten Anforderungskatalog, den jedes Krankenhaus (ggf. in Abhängigkeit von seiner Versorgungsstufe) im Hinblick auf die Behandlung von (extrem) übergewichtigen Patienten erfüllen muss, gibt es bisher nicht.

Im vorbereitenden Gutachten wird daher empfohlen (Band „Sonderfragen der Krankenhausplanung Kapitel 4), bei den Krankenhäusern eine Erhebung dazu durchzuführen,

- ob und in welchem Umfang spezielle Adipositas-Chirurgie erbracht wird,
- wie häufig bei ihnen im Übrigen (extrem) übergewichtige Patienten behandelt werden,
- welche besondere bauliche und zivile Ausstattung bzw. welche Instrumenten- und Medizintechnik für die Behandlung dieser Patienten bereits zur Verfügung steht, und
- welche Limitationen im Hinblick auf die Behandlung dieser Patienten vorliegen.

---

<sup>11</sup> Der BMI errechnet sich aus dem Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zur quadrierten Körpergröße. Mit Blick auf die Bedeutung als Risikofaktor wäre die Angabe „(relativer) Mangel an fettfreier Körpermasse“ genauer, deren Bestimmung aber nicht gängig ist und sich insofern der statistischen Bewertung (derzeit noch) entzieht.

Dem wird das Land Rheinland-Pfalz folgen und auf Basis einer solchen Erhebung krankenhauserplanerische Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von (extrem) übergewichtigen Patienten im Krankenhaus prüfen.

## 6.4. Weaning

Erste Ansätze, entgeltrechtlich die Erfüllung besonderer Qualitätsvorgaben vorzuschreiben und den Mehraufwand gesondert zu vergüten, können im System der Zusatzentgelte gesehen werden, die überwiegend durch die Codierungen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) gesteuert werden. Unter den näheren Abrechnungsvoraussetzungen dieser OPS-Ziffern können komplexe und dezidierte Vorgaben aufgeführt sein, dies entspricht insofern bereits einem Pay for Performance Ansatz. So wird u.a. auch besonderer Mehraufwand in der Leistungserbringung, der auch in der Erfüllung qualitativer Vorgaben begründet liegen kann, durch Zusatzentgelte vergütet.

Seit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz spielt die Qualität der Krankenhausversorgung eine noch größere Rolle und wird noch strenger kontrolliert, um sie konsequent zu verbessern. Deshalb wird auch bei der Krankenhausvergütung an Qualitätsaspekte angeknüpft. Im Zuge dessen erfolgte auch die Erprobung qualitätsorientierter Vergütungsanteile. So soll erprobt und evaluiert werden, ob und wie durch einzelvertragliche Regelungen, sog. Qualitätsverträge eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist. Diese speziellen Verträge ermöglichen es den Vertragspartnern vor Ort ergänzende Qualitätsanforderungen oder auch neue Versorgungsformen mit individuell zu verhandelnden Finanzierungsmodellen zu vereinbaren.

Hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Sitzung am 18. Mai 2017 u.a. den Leistungsbereich „Respiratorentwöhnung von langzeitbe-

Mit Blick auf das Angebot einer Adipositaschirurgie wird diese planerisch (im Strukturblatt) nachrichtlich berücksichtigt, sofern eine Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie vorliegt.

atmeten Patientinnen und Patienten“ (Weaning) gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB beschlossen. Ziel der Qualitätsverträge ist die Steigerung der Ergebnisqualität in der stationären Versorgung von Beatmungspatientinnen oder Beatmungspatienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning. Vorrangiges Ziel ist die Vermeidung einer dauerhaften invasiven außerklinischen Beatmung und damit sowohl die Vermeidung beatmungsbedingter Komplikationen als auch die Verbesserung der Lebensqualität für die betroffenen Patientinnen und Patienten.

Das Land Rheinland-Pfalz wird die hier initiierte Entwicklung hin zu einer Qualitätssteigerung und die Evaluation entsprechender Qualitätsverträge nach dem Erprobungszeitraum verfolgen. Die Entwicklungen werden bei der zukünftigen Neuausweisung von Weaningbetten Berücksichtigung finden. Sollte dieser Leistungsbereich im Katalog der in Arbeit befindlichen G-BA Regelung „Qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen“ nicht mehr weitergeführt werden, erfolgen Neuausweisungen nur noch bei Vorlage einer der im Folgenden benannten Zertifizierungen.

Die zum Zeitpunkt der Planerstellung bereits ausgewiesenen Weaningbetten werden im Sinne einer Bestandsschutzregelung im neuen Plan mit der Auflage übernommen, hier eine Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin oder der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin innerhalb von zwei Jahren ab Gültigkeit des neuen Planes der Krankenhausplanungsbehörde vorzulegen.

## 6.5. Geriatrie

Ziel der Geriatrie ist die Wiederherstellung oder der Erhalt des bestmöglichen Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten. Somit soll ihnen so lang wie möglich eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht werden, dazu gehört auch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Insofern kommt der Geriatrie auch ein sozial- und gesundheitspolitisches Versorgungsziel zu.

Im Rahmen der Planerstellung wurde das Geriatriekonzept des Landes (letzte Überarbeitung 2016) überprüft und inhaltlich kein grundsätzlicher Änderungsbedarf festgestellt. Gleichwohl wird dieses Versorgungskonzept einer fortlaufenden Aktualisierung unterzogen. Mit den im Rahmen der vorliegenden Planung ausgewiesenen Bettenkontingenten wurde auf eine langfristig zukunftsfeste Kapazitätsausweisung abgestellt (Tabelle 9).

Die Ausweisung neuer Kapazitäten orientierte sich dabei an der Versorgungsquote, die der MDK, Kompetenz Centrum Geriatrie, jährlich im Bundesdurchschnitt neu berechnet. Dass mit höherem Lebensalter auch die Anzahl der Jahre steigt, die von Erkrankungen begleitet wird, ist mittlerweile in Studien belegbar. Multimorbidität verbunden mit einem hohen Lebensalter führen daher perspektivisch zu einem weiter steigenden Bedarf an geriatrischen Behandlungskapazitäten. Aufgrund der Verweildauerfestlegungen im OPS, der als Basisqualifikation einer ausgewiesenen Geriatrie zu verstehen ist, wird zudem im Planungszeitraum weniger von einem Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer auszugehen sein.

Zur Sicherung der Qualität sollen sich Hauptfachabteilungen nach einer Übergangszeit nach dem Qualitätssiegel Geriatrie (Bundesverband Geriatrie) zertifizieren lassen. Die Aufnahme in den Bundesverband Geriatrie, die eine Qualitätsprüfung voraussetzt, ist von allen geriatrischen Abteilungen anzustreben.

Aber gerade auch in Allgemeinkrankenhäusern, in denen keine ausgewiesene geriatrische Behandlungskompetenz vorhanden ist, muss sichergestellt werden, dass geriatrische Patientinnen und Patienten frühzeitig als solche diagnostiziert und, sofern erforderlich, in ein spezialisiertes geriatrisches Akutkrankenhaus verlegt werden. Aus diesen Gründen ist ein geriatrisches Screening für alle Allgemeinkrankenhäuser vorgesehen. (Zur verpflichtenden Einführung eines geriatrischen Screenings. II.5.5.)

Nicht zuletzt ist auch eine wirksame Vernetzung geriatrischer Kompetenzen unerlässlich für eine gute Behandlung. Die durch die Zusammenarbeit in den geriatrischen Netzwerken entstehenden geriatrischen Kompetenzen sind in besonderer Weise geeignet, die dringend notwendigen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten zu entfalten und den in Fort- und Weiterbildung befindlichen Personen eine große Bandbreite der Versorgungsrealität zu vermitteln. Nur dadurch wird es in Zukunft möglich sein, den steigenden Fachkräftebedarf zu decken.

Integraler Bestandteil der Netzwerke sind auch jeweils die regional zugeordneten geriatrischen Rehabilitationskliniken, deren Stellenwert durch die verbesserte Einschätzung des Reha-Potentials alter multimorbider Patientinnen und Patienten in den geriatrischen Akut-Einrichtungen gestärkt werden wird. Sie werden daher in die Quote der geriatrischen Versorgung einberechnet. Sie verfügen über ein deutlich überregionales Einzugsgebiet.

Mit Blick auf das Angebot einer spezialisierten Alterstraumatologie wird gemäß II.2.2.6. diese planerisch nachrichtlich berücksichtigt, sofern eine atz-Zertifizierung gemäß den Vorgaben der Deutschen Gesellschaften für Geriatrie (DGG e.V.) – Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.) sowie des Bundesverbands für Geriatrie (BV Geriatrie e.V.) vorliegt.

Die folgende Tabelle gibt einen dezidierten Überblick über die geplanten Kapazitäten an Geriatriebetten in Rheinland-Pfalz.

## Geriatrische Akutversorgung und Rehabilitation in Rheinland-Pfalz

	2016	2019		
	Geriatriekonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Stadt Frankenthal (Pfalz)	20	24		
Stadt Kaiserslautern	30	50		
Stadt Koblenz	40	40		
Stadt Landau	30			
Stadt Ludwigshafen	110	141		
Stadt Mainz	140	150		
Stadt Neustadt (Weinstraße)	30	40		
Stadt Pirmasens				
Stadt Speyer	46	55	16	
Stadt Trier	165	65	20	80
Stadt Worms		42		
Stadt Zweibrücken				
Kreis Ahrweiler	115	83	15	70
Kreis Altenkirchen (Ww.)	25	35		
Kreis Alzey-Worms		25		
Kreis Bad Dürkheim	27	40	12	
Kreis Bad Kreuznach	137	52	5	80
Kreis Bernkastel-Wittlich	34	49		
Kreis Birkenfeld	85	30	15	40
Kreis Cochem-Zell	65	65		
Donnersbergkreis	30	60		
Eifelkreis Bitburg-Prüm	15	50		
Kreis Germersheim		25		

	2016	2019		
	GeriatRIekonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Kreis Kaiserslautern				
Kreis Kusel				
Kreis Mainz-Bingen				
Kreis Mayen-Koblenz	12	25		
Kreis Neuwied				
Rhein-Hunsrück-Kreis				
Rhein-Lahn-Kreis	75	83	10	35
Rhein-Pfalz-Kreis				
Kreis Südliche Weinstraße		42		
Kreis Südwestpfalz				
Kreis Trier-Saarburg		55		
Kreis Vulkaneifel	15	18		
Westerwaldkreis	40	60		
<b>Gesamtzahlen</b>	<b>1.286</b>	<b>1.404</b>	<b>93</b>	<b>305</b>
			<b>1.802</b>	
<b>Versorgungsquote**</b>	<b>14,89%</b>		<b>15,35%</b>	

\* Das GeriatRIekonzept 2016 umfasste:

- Akutstationäre und rehabilitative Behandlungsplätze
- Tagesklinische Plätze im Akut- und Rehabereich

\*\* Die Versorgungsquote 2016 wurde mit der Bevölkerungszahl 2016 errechnet und die Versorgungsquote 2019 mit der voraussichtlichen Bevölkerungszahl 2035.

Bevölkerungszahl 2016: 863.876 Einwohner (>65 Jahre) am 31.12.2016 (Quelle: Statistisches Landesamt)

Bevölkerungszahl 2035: 1.173.572 Einwohner (>65 Jahre) (Quelle: Statistisches Landesamt)

Tabelle 9: GeriatRIebetten – Gesamtdarstellung in Rheinland-Pfalz

## Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald

	2016	2019		
	GeriatRIekonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Stadt Koblenz	40	40		
Kreis Ahrweiler	115	83	15	70
Kreis Altenkirchen (Ww.)	25	35		
Kreis Cochem-Zell	65	65		
Kreis Mayen-Koblenz	12	25		
Kreis Neuwied				
Rhein-Hunsrück-Kreis				
Rhein-Lahn-Kreis	75	83	10	35
Westerwaldkreis	40	60		
<b>Gesamtzahlen</b>	<b>372</b>	<b>391</b>	<b>25</b>	<b>105</b>
			<b>521</b>	
<b>Versorgungsquote**</b>	<b>13,52%</b>		<b>14,16%</b>	

\* Das GeriatRIekonzept 2016 umfasste:

- Akutstationäre und rehabilitative Behandlungsplätze
- Tagesklinische Plätze im Akut- und Rehabereich

\*\* Die Versorgungsquote 2016 wurde mit der Bevölkerungszahl 2016 errechnet und die Versorgungsquote 2019 mit der voraussichtlichen Bevölkerungszahl 2035.

Bevölkerungszahl 2016: 275.180 Einwohner (>65 Jahre) am 31.12.2016 (Quelle: Statistisches Landesamt)

Bevölkerungszahl 2035: 376.968 Einwohner (>65 Jahre) (Quelle: Statistisches Landesamt)

Tabelle 9.1.: GeriatRIebetten – Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald

## Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe

	2016	2019		
	GeriatRIekonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Stadt Mainz	140	150		
Stadt Worms		42		
Kreis Alzey-Worms		25		
Kreis Bad Kreuznach	137	52	5	80
Kreis Birkenfeld	85	30	15	40
Kreis Mainz-Bingen				
<b>Gesamtzahlen</b>	<b>362</b>	<b>299</b>	<b>20</b>	<b>120</b>
			<b>439</b>	
<b>Versorgungsquote**</b>	<b>20,62%</b>		<b>18,03%</b>	

\* Das GeriatRIekonzept 2016 umfasste:

- Akutstationäre und rehabilitative Behandlungsplätze
- Tagesklinische Plätze im Akut- und Rehabereich

\*\* Die Versorgungsquote 2016 wurde mit der Bevölkerungszahl 2016 errechnet und die Versorgungsquote 2019 mit der voraussichtlichen Bevölkerungszahl 2035.

Bevölkerungszahl 2016: 175.522 Einwohner (>65 Jahre) am 31.12.2016 (Quelle: Statistisches Landesamt)

Bevölkerungszahl 2035: 243.440 Einwohner (>65 Jahre) (Quelle: Statistisches Landesamt)

Tabelle 9.2.: GeriatRIebetten – Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe

## Versorgungsgebiet Rheinpfalz

	2016	2019		
	GeriatRIekonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Stadt Frankenthal (Pfalz)	20	24		
Stadt Landau	30			
Stadt Ludwigshafen	110	141		
Stadt Neustadt (Weinstraße)	30	40		
Stadt Speyer	46	55	16	
Kreis Bad Dürkheim	27	40	12	
Kreis Germersheim		25		
Rhein-Pfalz-Kreis				
Kreis Südliche Weinstraße		42		
<b>Gesamtzahlen</b>	<b>263</b>	<b>367</b>	<b>28</b>	<b>0</b>
			<b>395</b>	
<b>Versorgungsquote**</b>	<b>13,82%</b>		<b>15,08%</b>	

\* Das GeriatRIekonzept 2016 umfasste:  
 - Akutstationäre und rehabilitative Behandlungsplätze  
 - Tagesklinische Plätze im Akut- und Rehabereich

\*\* Die Versorgungsquote 2016 wurde mit der Bevölkerungszahl 2016 errechnet und die Versorgungsquote 2019 mit der voraussichtlichen Bevölkerungszahl 2035.

Bevölkerungszahl 2016: 190.269 Einwohner (>65 Jahre) am 31.12.2016 (Quelle: Statistisches Landesamt)

Bevölkerungszahl 2035: 261.859 Einwohner (>65 Jahre) (Quelle: Statistisches Landesamt)

Tabelle 9.3.: GeriatRIebetten – Versorgungsgebiet Rheinpfalz

## Versorgungsgebiet Trier

	2016	2019		
	GeriatRIEkonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Stadt Trier	165	65	20	80
Kreis Bernkastel-Wittlich	34	49		
Eifelkreis Bitburg-Prüm	15	50		
Kreis Trier-Saarburg		55		
Kreis Vulkaneifel	15	18		
<b>Gesamtzahlen</b>	<b>263</b>	<b>367</b>	<b>28</b> <b>395</b>	<b>0</b>
<b>Versorgungsquote**</b>	<b>13,82%</b>		<b>15,08%</b>	

\* Das GeriatRIEkonzept 2016 umfasste:

- Akutstationäre und rehabilitative Behandlungsplätze
- Tagesklinische Plätze im Akut- und Rehabereich

\*\* Die Versorgungsquote 2016 wurde mit der Bevölkerungszahl 2016 errechnet und die Versorgungsquote 2019 mit der voraussichtlichen Bevölkerungszahl 2035.

Bevölkerungszahl 2016: 190.269 Einwohner (>65 Jahre) am 31.12.2016 (Quelle: Statistisches Landesamt)

Bevölkerungszahl 2035: 261.859 Einwohner (>65 Jahre) (Quelle: Statistisches Landesamt)

Tabelle 9.4.: GeriatRIEbetten – Versorgungsgebiet Trier

## Versorgungsgebiet Westpfalz

	2016	2019		
	GeriatRIEkonzept*	Stationär (Krankenhausplan 2025)	Teilstationär (Akut- und Reha- bereich)	Reha
Stadt Kaiserslautern	30	50		
Stadt Pirmasens				
Stadt Zweibrücken				
Donnersbergkreis	30	60		
Kreis Kaiserslautern				
Kreis Kusel				
Kreis Südwestpfalz				
<b>Gesamtzahlen</b>	<b>60</b>	<b>110</b>	<b>0</b> <b>110</b>	<b>0</b>
<b>Versorgungsquote**</b>	<b>5,21%</b>		<b>7,35%</b>	

\* Das GeriatRIEkonzept 2016 umfasste:

- Akutstationäre und rehabilitative Behandlungsplätze
- Tagesklinische Plätze im Akut- und Rehabereich

\*\* Die Versorgungsquote 2016 wurde mit der Bevölkerungszahl 2016 errechnet und die Versorgungsquote 2019 mit der voraussichtlichen Bevölkerungszahl 2035.

Bevölkerungszahl 2016: 115.256 Einwohner (>65 Jahre) am 31.12.2016 (Quelle: Statistisches Landesamt)

Bevölkerungszahl 2035: 149.564 Einwohner (>65 Jahre) (Quelle: Statistisches Landesamt)

Tabelle 9.5.: GeriatRIEbetten – Versorgungsgebiet Westpfalz

# 7. ANALYSEN UND BEDARFSPROGNOSEN DER EINZELNEN FACHGEBIETE

## 7.1. Überblick

Im Bezugsjahr 2016, welches dem Gutachten zugrunde lag, wurden in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern auf Basis der Daten, welche den Krankenhausplanungsbehörden durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Verfügung gestellt wurden, insgesamt 982.975 Fälle abgerechnet, was einer Krankenhaushäufigkeit (KHH) von 2.416,8 Fällen je 10.000 Einwohner entspricht. Analog zur Bettenzahl fand sich auch die mit Abstand höchste Krankenhaushäufigkeit in der Inneren Medizin (916,3 Fälle je 10.000 Einwohner) und der Chirurgie (417,6). Am niedrigsten war die KHH in der Naturheilmedizin (0,8), der Strahlentherapie (5,0) und der Nuklearmedizin (5,6). In den psychiatrisch-psycho-somatischen Fachgebieten wurden im Jahr 2016 insgesamt 44.415 Fälle abgerechnet, was einer Krankenhaushäufigkeit (KHH) von 110,2 Fällen je 10.000 Einwohner entspricht.

Die durchschnittliche Verweildauer über alle somatischen Fachgebiete betrug 5,8 Tage je Fall. Die Fälle in der Geriatrie verweilten insgesamt am längsten (durchschnittlich 19,6 Tage je Fall)

vollstationär, gefolgt von der Naturheilmedizin (15,1). Mit im Mittel 3,2 bzw. 3,5 Tagen verweilten Krankenhausfälle der Fachgebiete Augenheilkunde bzw. Intensivmedizin am kürzesten in Rheinland-Pfälzischen Krankenhäusern.

Die durchschnittliche Verweildauer in den sogenannten P-Fächern (Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik) über alle Fachgebiete betrug 22,0 Tage je Fall. Die Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verweilten insgesamt am längsten (durchschnittlich 32,6 Tage je Fall) vollstationär, gefolgt von der Psychosomatik und Psychotherapie (22,8) sowie der Psychiatrie und Psychotherapie (21,2).

Im Folgenden werden zunächst die P-Fächer, danach die im Land ausgewiesenen somatischen Fachgebiete im Einzelnen aufgeführt. Zu den Veränderungen bei den Planbetten und Tagesklinischen Plätze wird auf die tabellarischen Gesamtdarstellungen und die Strukturblätter auf Standortebene verwiesen, die in Teil III eingestellt sind.

## 7.2. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

### 7.2.1. Fachgebiete der Psychiatrie und Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

#### Ziel und Grundsätze

Die Krankenhausplanung für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Rheinland-Pfalz orientiert sich am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, integrierten Versorgungssystems. Ziel ist die bedarfsgerechte Gewährleistung einer leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung psychiatrisch und psychosomatisch erkrankter Patientinnen und Patienten. Die Versorgung soll sich an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Menschen ausrichten, fächer- und settingübergreifend, flexibel und vernetzt erfolgen. Es gilt der Leitsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“. Chronisch erkrankte Menschen sollen entsprechend der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen einen ungehinderten und ungeschmälernten Zugang zu gemeindenahen Gesundheitsleistungen haben.

#### Zur Bedeutung psychischer Erkrankungen

Psychische Störungen wie Depressionen, somatoforme Störungen, Angst- und Suchterkrankungen, psychotische Störungen oder Demenzen gehören weltweit mit zu den häufigsten Erkrankungen. Seit Jahren steigt in Deutschland, wie auch in anderen wohlhabenden Ländern, die Nachfrage nach Behandlung stetig an. Dieser Anstieg hat viel mit der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu tun: Patientinnen und Patienten sind zunehmend bereit, sich mit psychischen Störungen und Krankheitsmodellen auseinanderzusetzen und fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Psychische Erkrankungen sind grundsätzlich multifaktoriell verursacht (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell). Es ist umstritten, ob psychi-

sche Erkrankungen tatsächlich zunehmen. Trotz der berichteten Zunahme von Krankschreibungen und Frühberentungen wegen psychischer Störungen, fanden epidemiologische Bevölkerungsstudien keinen entsprechenden Anstieg der Prävalenz psychischer Störungen, deren Prävalenz sich jedoch auf einem hohen Niveau befindet (Robert Koch-Institut 2015). Allerdings sehen Experten in bestimmten gesellschaftlichen Megatrends soziale Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Hierzu zählt zum Beispiel die zunehmende Anzahl von Menschen, die sich infolge der Dynamisierung und Flexibilisierung der Arbeitswelt gestresst und überfordert fühlen. Aber auch die zunehmende Vereinsamung vor allem älterer Menschen stellt einen sozialen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen dar.

Nicht nur das Leid der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen ist hoch, auch die ökonomischen Folgen sind gravierend. 11% aller für die Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgewendeten direkten Kosten sind durch psychische Störungen bedingt. Besondere Bedeutung und Brisanz erhalten psychische Erkrankungen auch durch ihre durchschnittliche Krankheitsdauer, die mit 36 Tagen dreimal so hoch liegt wie bei anderen Erkrankungen (Kneips & Pfaff 2016). Psychische Erkrankungen sind außerdem die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen. Zwischen 1993 und 2016 stieg der Anteil von Personen, die aufgrund seelischer Leiden frühzeitig in Rente gingen, von 15,3 auf 42,8% (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017).

Aufgrund des demografischen Wandels ist in den kommenden Jahren mit einer deutlichen Zunahme gerontopsychiatrischer, speziell demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Besondere Bedarfe bestehen auch bei der Behandlung bisher unterversorgter Personengruppen, wie z.B. bei Patientinnen und Patienten mit sog. Doppeldiagnosen und stark herausforderndem Verhalten oder auch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und

psychischer Erkrankung. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind eine besonders vulnerable Personengruppe mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen. Ihre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung wird von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Begleitern als unzureichend angesehen. Eine weitere solche Personengruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund, speziell die wachsende Anzahl der Geflüchteten. Viele der nach Deutschland geflüchteten Schutz- und Asylsuchenden sind durch Gewalt- und Bedrohungserfahrung im Herkunftsland oder auf ihrer Flucht so schwer traumatisiert, dass sie eine behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zeigen oder entwickeln werden. Sprachbarrieren, die unsichere Lebenssituation der Flüchtlinge und die Fremdheit der Kultur auf beiden Seiten erschweren hier die Behandlung.

## **Status Quo und bisherige Entwicklung**

### **Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie**

In den vergangenen 25 Jahren erfolgte in Rheinland-Pfalz der Aufbau einer weitgehend flächendeckenden voll- und teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsstruktur.

Derzeit gibt es in Rheinland-Pfalz 22 Standorte mit einem Fachkrankenhaus bzw. einer Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Gesamtzahl der Betten betrug im Jahr 2016 2.436 und die Gesamtfallzahl 39.166. 19 der bestehenden Fachkrankenhäuser bzw. Hauptfachabteilungen haben die Versorgungsverpflichtung für ihre Region nach § 12 Absatz 1 Satz 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen übernommen und gewährleisten somit die gemeindenahere Versorgung der Menschen in ihrer Region.

Außerdem gibt es derzeit in Rheinland-Pfalz 38 Standorte mit teilstationären Kapazitäten. Entsprechend der psychiatriepolitischen Zielsetzung des Landes hat sich das Verhältnis von vollstationären Betten zu teilstationären Plätzen seit der

Verabschiedung des letzten Krankenhausplans weiter zugunsten der Plätze verschoben. 2009 lag das Verhältnis von Betten zu Plätzen noch bei 4:1, 2016 lag es bei 3,2:1. Angegliedert an die voll- und teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote im Land sind 33 Psychiatrische Institutsambulanzen.

Der Krankenhausplan für 2016 sah eine Erweiterung der Betten um 71 auf insgesamt 2.419 und eine Erweiterung der tagesklinischen Plätze um 120 auf insgesamt 689 Plätze vor. Diese Planungen wurden vollständig umgesetzt. Darüber hinaus erfolgten weitere bedarfsnotwendige Anpassungen, insbesondere bei den tagesklinischen Kapazitäten.

### **Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Derzeit werden in Rheinland-Pfalz in der Fachrichtung Psychosomatik und Psychotherapie Leistungen in insgesamt acht Fachabteilungen erbracht. Die Anzahl der Betten und Fallzahlen betrug im Jahr 2016 insgesamt 193 Betten und 2.272 Fälle. Der durchschnittliche Nutzungsgrad lag bei 81,4%, die durchschnittliche Verweildauer bei 22,8 Tagen und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 42,7 Tagen.

Darüber hinaus bestanden sieben psychosomatische Schwerpunkte innerhalb der Fachrichtung Innere Medizin und acht Schwerpunkte innerhalb der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie, die ebenfalls psychosomatisch-psychotherapeutische Leistungen erbracht haben.

Weiterhin gab es im Jahr 2016 in Rheinland-Pfalz an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz eine Tagesklinik mit 26 Plätzen.

Der letzte Krankenhausplan sah eine Erweiterung der Betten um 2 auf insgesamt 140 und erstmals die Einrichtung von 14 tagesklinischen Plätzen an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin an der Johannes Gutenberg-Universität

vor. Diese Planungen wurden vollständig umgesetzt. Darüber hinaus erfolgten weitere bedarfsnotwendige Anpassungen, vor allem eine Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin an der Johannes Gutenberg-Universität und am Westpfalzkrankenhaus.

## **Planungsabsichten des Landes**

### *1. Regionale fächerübergreifende Planung*

Ziel der Krankenhausplanung i.e.S. ist es, die erforderlichen Kapazitäten für eine bedarfsgerechte Diagnostik und Behandlung erkrankter Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Die Versorgung soll sich an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Menschen ausrichten, fächer- und settingübergreifend, flexibel und vernetzt erfolgen.

Leistungen zur Behandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen werden sowohl durch das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie wie auch das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie erbracht. Aufgrund der erheblichen Überschneidung der Fachgebiete hinsichtlich der Diagnosen, Behandlungsmethoden und des eingesetzten Personals soll daher die regionale Planung von Angeboten zur Behandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen in den einzelnen Versorgungsregionen zukünftig sowohl die psychiatrischen wie auch die psychosomatischen Behandlungsbedarfe und Angebote gemeinsam umfassen. Dabei ist den Anforderungen an eine differenzierte psychiatrische und psychosomatische Diagnostik und Versorgung Rechnung zu tragen. Psychosomatische Behandlungsansätze haben mittlerweile Eingang in die psychiatrische Versorgung gefunden und sind fester Bestandteil der evidenzbasierten störungsspezifischen Behandlungsleitlinien. Diese durch die Psychosomatik angestoßene Entwicklung hat maßgeblich zu einer Verbesserung der ganzheitlichen Behandlung von psychisch kranken Menschen insbesondere an der Schnittstelle von Psychiatrie

und Somatik beigetragen. Es ist im Interesse der Patientinnen und Patienten, dass beide medizinischen Fachgebiete und alle, die an der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter beteiligt sind in enger regionaler Kooperation und Vernetzung zusammenwirken.

Zu beachten ist auch, dass den psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Fachabteilungen, die die Pflichtversorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen für ihre Versorgungsregion übernommen haben, eine besondere Bedeutung und Verantwortung zukommt. Diese Kliniken und Fachabteilungen erfüllen neben ihrem kurativen auch einen ordnungspolitischen Auftrag und haben sich verpflichtet, grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten aus ihrer Versorgungsregion aufzunehmen. In diesen beiden Punkten unterscheiden sich diese Kliniken von den psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen und den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Fachabteilungen ohne Pflichtversorgungsauftrag. Die Absicherung und Stärkung der pflichtversorgenden Krankenhäuser und Abteilungspsychiatrien ist dem Land Rheinland-Pfalz ein besonders wichtiges Anliegen.

Die Bedarfsermittlung für das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie und das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie erfolgt auf der Grundlage mehrerer Parameter. Ausgangspunkt ist der bundesweit in der Krankenhausplanung der Länder akzeptierte bevölkerungsbezogene Ansatz, der auf Empfehlungen der sog. Psychiatrie-Enquete zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung zurückgeht. Der letzte bundesweite Vergleich für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie aus dem Jahr 2015 ergab, dass die Summe der Betten und Plätze im Verhältnis zu 1.000 Einwohnern im bundesweiten Durchschnitt bei 0,87 lag. (Für Nordrhein-Westfalen erfolgte dabei der Ausweis von Betten und Plätzen der Psychiatrie und Psychosomatik zusammen.) Der Wert für Rheinland-Pfalz liegt derzeit bei 0,78. Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Me-

dizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. geht zudem von einer Bettenmessziffer von 0,1 Betten und Plätze pro 1.000 Einwohner für die psychosomatischen Bedarfe aus.

Aufgrund gegenläufiger Trends wie der zunehmenden Nachfrage nach Behandlung einerseits, dem demografisch bedingten Rückgang der Fallzahlen (außer im Bereich der Gerontopsychiatrie) und den Einschätzungen der Expertenbefragung im vorbereitenden Gutachten ist es bedarfsgerecht, zukünftig von einem Gesamtkorridor der Bettenmessziffer in Höhe von 0,9–1,1 Betten und Plätzen pro 1.000 Einwohner unter Berücksichtigung der psychosomatischen Bedarfe auszugehen. Ziel ist es auch bei gemeinsamer Bettenmessziffer in jeder Versorgungsregion Diagnostik und Behandlung sowohl psychischer als auch psychosomatischer Erkrankungen zu ermöglichen. Hierbei sind auch die psychosomatischen Schwerpunkte an den Allgemeinkrankenhäusern und in den psychiatrischen Kliniken und Hauptfachabteilungen zu berücksichtigen.

Die Planung der Angebote erfolgt auf der Grundlage dieses Korridors. Darüber hinaus sind weitere Aspekte zu berücksichtigen. So gilt es, das vorhandene teil- und vollstationäre Angebot abzusichern und in einzelnen wenigen Regionen weiter zu dezentralisieren. Dabei ist insbesondere bei dezentralen Tageskliniken auf eine wirtschaftliche Betriebsführung zu achten. Dies gelingt am ehesten durch die Anbindung an eine größere Einrichtung. Die Größe einer psychiatrischen Hauptfachabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus sollte in der Regel 70 Betten einschließlich der tagesklinischen Plätze nicht unterschreiten und 100 Betten nicht übersteigen. Bei der Planung ist außerdem die Auslastung der bestehenden Angebote zu beachten. Regionale Besonderheiten, wie etwa Problemlagen in sozialen Ballungsräumen mit einer erhöhten Rate an Notfallweisungen, sind ebenfalls zu berücksichtigen. Schließlich soll die Krankenhausplanung auch innovative, lebensfeldorientierte Behandlungsangebote unterstützen und dazu beitragen, die Versorgungssituation bisher unterversorgter Personengruppen (z.B.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) zu verbessern. Nach Möglichkeit sollten Bedarfe zudem zukünftig auch und gerade über die stationsäquivalente Behandlung abgedeckt werden.

Die regionale Planung erfolgt auf der Grundlage der für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Fachabteilungen definierten Pflichtversorgungsregionen. Die Grenzen dieser Pflichtversorgungsregionen orientieren sich an den Grenzen der kreisfreien Städte und der Landkreise. Insgesamt sind derzeit 19 Versorgungsregionen für die Versorgung psychisch erkrankter Erwachsener in Rheinland-Pfalz festgelegt. Um die Versorgung des südlichen Teils des Landkreises Trier-Saarburg zu verbessern und den Patientinnen und Patienten eine gemeindenahe Versorgung zu ermöglichen, soll die Versorgungsregion „Stadt Trier/ Landkreis Trier-Saarburg“ zukünftig geteilt werden, so dass es insgesamt 20 Versorgungsregionen geben wird.

## *2. Planung der Kapazitäten im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie*

Vor dem Hintergrund der in Rheinland-Pfalz gut entwickelten voll- und teilstationären Versorgungsstruktur ist es nunmehr das wichtigste Ziel, die bestehenden Angebote abzusichern und bedarfsgerecht weiter zu entwickeln. Noch im Bau befindet sich derzeit die Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten der Privatklinik Gleisweiler um 15 Plätze. Am St. Josef Krankenhaus in Hermeskeil sind ebenfalls Baumaßnahmen für die Umsetzung von 20 weiteren tagesklinischen Plätzen notwendig, um die bereits beschlossenen 40 Plätze zu realisieren. Auch die bereits seit längerem vorgesehenen 20 Betten am Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier sollen demnächst umgesetzt werden.

Der neue Krankenhausplan enthält zwei größere strukturelle Veränderungen. Zum einen handelt es sich um die Einrichtung einer neuen psychiatrisch-psychotherapeutischen Hauptfachabteilung am Kreiskrankenhaus St. Franziskus-Krankenhaus in Saarburg, um wie oben beschrieben, die Bevölkerung des südlichen Teils des Landkreises Trier-

Saarburg gemeindenäher versorgen zu können. Zum anderen wird in Betracht gezogen, perspektivisch eine kapazitätsneutrale Verlagerung von 60 Betten der Rheinmosel-Fachklinik Andernach nach Koblenz umzusetzen. Damit würde ein weiterer Schritt in Richtung Regionalisierung und eine deutlich wohnortnähere Versorgung der Einwohner der Stadt Koblenz und Umgebung erfolgen.

Grundsätzlich sind die bestehenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote sehr gut ausgelastet, teilweise überlastet. Entsprechend sind im neuen Krankenhausplan bedarfsnotwendige Erweiterungen von Kapazitäten an etlichen Standorten vorgesehen. Besonders dringlich ist hierbei die Behebung von Engpässen an den Abteilungspsychiatrien in den Ballungsräumen (Stadt Ludwigshafen, Pirmasens und Mainz). Steigende Bevölkerungszahlen und die Zunahme von notfallmäßigen Aufnahmen fallen hier besonders ins Gewicht. An diesen Standorten erfolgt eine Aufstockung der Bettenanzahl um 20 Betten in Ludwigshafen, um 10 Betten in Pirmasens und zunächst 4 Betten und 6 tagesklinische Plätze an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. In einem nächsten Schritt ist dort vorgesehen, eine 18-Betten-Station für die spezialisierte Behandlung therapieresistenter Depressionen einzurichten.

Ein besonderes Augenmerk richtet die Landesregierung auf die weitere Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Land. Zum einen ist hierfür an der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik eine Ausweitung der vollstationären Kapazitäten um 20 Betten geplant. Zum anderen sollen 4 weitere gerontopsychiatrische Tageskliniken eingerichtet und die Tagesklinik in Kusel um 10 gerontopsychiatrische Behandlungsplätze erweitert werden. Drei dieser Tageskliniken im Westerwaldkreis, in Koblenz und in der Südpfalz, wie auch die Erweiterung der Tagesklinik in Kusel sehen schwerpunktmäßig die Behandlung demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten vor. In diesen gerontopsychiatrischen Tageskliniken sollen demenziell Erkrankte eine frühe, leitliniengerechte Diagnostik und spezifische Therapie unter

Einbezug ihrer Angehörigen erhalten mit dem Ziel, das größtmögliche Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität zu erhalten. Die Einrichtung dieser Tageskliniken erfolgt auch aufgrund der positiven Ergebnisse, die die wissenschaftliche Evaluation der ersten Tagesklinik für demenziell erkrankte Menschen in Rheinland-Pfalz ergeben hat. Diese Tagesklinik wurde 2014 im Rahmen eines rheinland-pfälzischen Modellprojektes an der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Mainz eingerichtet.

Neben demenziellen Erkrankungen nehmen in Folge des demografischen Wandels auch depressive Erkrankungen älterer Menschen zu. An der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe in Bad Kreuznach sollen daher 15 tagesklinische Plätze zur Behandlung von Angststörungen und Depressionen älterer Patientinnen und Patienten eingerichtet werden.

Gemäß dem Leitsatz „teilstationär vor stationär“ ist die Landesregierung weiter bestrebt, Kapazitätsengpässe vorrangig über die Anpassung der teilstationären Kapazitäten zu beheben. Zur Verbesserung der tagesklinischen Versorgung im Landkreis Altenkirchen ist eine Aufstockung um jeweils 3 Plätze an jeweils beiden tagesklinischen Standorten in Kirchen und Wissen vorgesehen. Im Landkreis Neuwied soll eine Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten um 5 „eingestreute“ Plätze in Waldbreitbach erfolgen. Im Westerwaldkreis soll die Tagesklinik in Dernbach um 10 Plätze erweitert werden. Im Rhein-Lahn-Kreis werden die tagesklinischen Plätze in Katzenelnbogen um 4 Plätze erhöht. Um die tagesklinische Versorgung im Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm zu verbessern, soll die Tagesklinik in Gerolstein um 6 Plätze erweitert werden. In der Region Rhein-Hunsrück-Kreis werden die Kapazitäten in Simmern um 3 Betten und 2 tagesklinische Plätze angehoben. Zur Verbesserung der teilstationären Versorgung in Frankenthal ist die Einrichtung einer Tagesklinik mit 20 Plätzen vorgesehen. Am Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier erfolgt eine Erhöhung der tagesklinischen Kapazitäten um 2 Plätze. Es

ist außerdem geplant, die Kapazitäten des Pfalz-klinikums in Klingenmünster um 15 Betten zu erweitern.

10 zusätzliche tagesklinische Plätze, die an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Barmherzigen Brüder in Saffig vorgesehen sind, sollen vorrangig der tagesklinischen Behandlung junger Erwachsener mit Mehrfachdiagnosen (Psychose, Sucht, Persönlichkeitsstörung, ADHS, Autismus-Spektrum-Störung) dienen.

Am Pfalzkrankenhaus AdÖR in Klingenmünster sollen modellhaft 5 integrierte tagesklinische Plätze zur Suchtbehandlung eingerichtet werden. Suchterkrankte sind erheblich gefährdet, nach Wegfall des schützenden Substanz-freien Raums der Klinik einen Rückfall zu erleiden. Das tagesklinische Angebot soll helfen, den Therapieerfolg zu sichern. Außerdem bietet es Erziehenden, die abends und nachts ihre Kinder betreuen, die Möglichkeit, an der Therapie teilzunehmen.

Die Kapazitäten der Tagesklinik des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Mainz werden um insgesamt 15 Plätze erhöht. Hiervon sind 5 Plätze für die Behandlung von Patientinnen und Patienten vorgesehen, die eine Erstdiagnose einer Krebserkrankung oder aber die Nachricht über ein Rezidiv erhalten haben und darauf mit einer tagesklinisch behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung reagieren. In der psychoonkologischen Tagesklinik soll den Patientinnen und Patienten ein störungsspezifisches, multimodales Behandlungsangebot zur Verfügung stehen. Weitere 5 Plätze werden als Mutter-Säuglings-Plätze vorgesehen für die Behandlung von Müttern mit ihren Babys, die nach der Entbindung eine so schwere Wochenbettdepression, Psychose oder Verschlechterung einer schon vor der Schwangerschaft bekannten psychiatrischen Erkrankung (z.B. Persönlichkeitsstörung) erleiden, dass eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend ist.

Um die Versorgungssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verbessern, wird an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach und an

der Rheinhessen-Fachklinik Alzey jeweils eine Station zur speziellen Behandlung dieser besonders vulnerablen Personengruppe eingerichtet. Davon unberührt bleibt es die Aufgabe aller Kliniken und Fachabteilungen, sich für die speziellen Bedarfe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weiter zu öffnen und zu qualifizieren. Die beiden neu einzurichtenden Stationen sollen gemeinsam mit der am Pfalzkrankenhaus bereits bestehenden Spezialstation für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen hierfür auch als Kompetenzzentren wirken und mittels Vernetzung und Kompetenzaustausch zu einer Verbesserung der Versorgungssituation auch an anderen Standorten beitragen.

In der Rheinhessen-Fachklinik Alzey wird kapazitätsneutral eine Adoleszentenstation eingerichtet. Schwerpunktmäßig sollen hier Heranwachsende mit beginnenden Psychosen, bipolaren Störungen, schweren Depressionen und sich anbahnenden Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen behandelt werden mit dem Ziel einer fächerübergreifenden frühzeitigen Diagnostik und Behandlung, die den besonderen Bedarfen der Adoleszenten besser gerecht wird als die Behandlung auf einer Station der Erwachsenen- bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Ein Ziel der rheinland-pfälzischen Krankenhausplanung ist auch die Förderung innovativer, lebensfeldorientierter Behandlungsangebote. Die geplante Einrichtung einer modellhaften Soteria-Station im Umfang von 7 Betten in Trägerschaft des Pfalzkrankenhauses am Standort Kaiserslautern ist ein solches Angebot. Soteria ist eine Form der Psychosebehandlung und -begleitung, die vor allem auf milieutherapeutischen Ansätzen beruht und den Versuch unternimmt, weitgehend auf neuroleptische Medikation zu verzichten. Das Soteria-Angebot des Pfalzkrankenhauses soll außerhalb der Klinikgeländes realisiert werden und mit weiteren ambulanten und stationären Leistungserbringern vernetzt werden.

Insgesamt erfolgt im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie ein Aufwuchs von 167 Betten und 176 tagesklinischen Plätzen.

### 3. Stationsäquivalente Behandlung (StÄB) umsetzen

Psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen wünschen sich in der Regel, dass die Behandlung möglichst nahe an ihrem Lebensumfeld, wenn möglich ambulant oder zu Hause, unter Einbezug der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien und anderer Bezugspersonen, zuverlässig und flexibel (vor allem in Krisensituationen) erfolgt. Mit der stationsäquivalenten Behandlung (StÄB) wurde im PsychVVG erstmalig eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass die Krankenhausbehandlung nicht nur vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden kann, sondern auch stationsäquivalent. Die stationsäquivalente Behandlung (StÄB) umfasst gemäß § 39 Abs. 1 Satz 4f. SGB V eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, fachärztlich geleitete multi-professionelle Behandlungsteams und entspricht hinsichtlich der Inhalte, der Flexibilität sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

Gemäß § 115d Abs. 1 SGB V können psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung anstelle einer vollstationären Behandlung auch eine StÄB im häuslichen Umfeld erbringen. Allerdings stellen die vom Gesetzgeber formulierten Anforderungen zur Erbringung von StÄB die Krankenhausträger vor erhebliche Herausforderungen. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen. Dazu gehören Unwägbarkeiten im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und die von den gesetzlichen Krankenkassen bzw. dem MDK angesetzten Prüfkriterien.

Der rheinland-pfälzischen Landesregierung ist es ein wichtiges Anliegen, dass das gesetzlich verankerte Behandlungsangebot der StÄB baldmöglichst allen Patientinnen und Patienten auch tatsächlich zur Verfügung steht. Das Leistungsangebot der stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung fördert die Durchlässigkeit zwischen den ambulanten und stationären

Versorgungsstrukturen/-sektoren und kann die Versorgung bislang unzureichend versorgter Patientengruppen ermöglichen. StÄB bietet gerade für schwer psychisch kranke Menschen eine Möglichkeit, intensive und komplexe Behandlung im häuslichen Umfeld in Anspruch zu nehmen. Dies senkt die Zugangsschwelle zu stationärer Versorgung, stärkt das Patientenempowerment und unterstützt ein effektives Entlassmanagement. Gerade schwer psychisch kranke Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, gegen ihren Willen gesetzlich untergebracht zu werden, können von StÄB profitieren. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die StÄB das Potenzial hat, den Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten zu vermindern. Wann und in welchem Umfang dieses Potenzial ausgeschöpft werden kann, lässt sich aus verschiedenen Gründen momentan nicht verlässlich abschätzen. Im neuen Landeskrankenhausplan soll die Ausweisung von StÄB als Behandlungsangebot (ohne Festlegung auf exakte Bettenäquivalente) auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser erfolgen. Es ist vorgesehen, die Auswirkungen von StÄB auch und gerade hinsichtlich der Potenziale eines Bettenabbaus auszuwerten.

### 4. Planung der Kapazitäten im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Im neuen Landeskrankenhausplan ist eine Ausweitung der Kapazitäten an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz vorgesehen. Geplant ist die Einrichtung von 10 Betten in enger Anbindung an die Innere Medizin zur schwerpunktmäßigen Diagnostik, Krisen- und Akutbehandlung von:

- a) stationär behandlungsbedürftigen somatopsychischen Erkrankungen der Notfallambulanzen (Notaufnahme, Chest Pain Unit), Krebskranken und schwer einstellbaren Diabetikern,
- b) schweren Anorexien, die der internistischen Mitversorgung bedürfen (lebensbedrohliches Untergewicht, komplizierende Organschäden, Ernährung durch Magensonde),

- c) schweren, chronifizierten und therapieresistenten Insomnien (einschließlich eines polysomnographischen Messplatzes).

Außerdem sollen 15 Tagesklinikplätze eingerichtet werden:

- a) als Teil eines gestuften stationär-teilstationäres Behandlungskonzeptes zur Behandlung von chronischen somatopsychischen Erkrankungen (z.B. onkologische Patientinnen und Patienten) und für die engmaschige, gestufte Anschlussbehandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Anorexien nach Entlassung aus der stationären Akutbehandlung sowie
- b) zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen und Somatopsychischer Schmerzerkrankungen in enger Kooperation mit dem Interdisziplinären Schmerztherapiezentrum sowie zur Behandlung von Verhaltenssüchten (v.a. Computerspiel- und Internetsucht) mit schwerwiegenden Defiziten im psychosozialen Funktionsniveau und hoher Komorbidität (Angst, Depression). Die Ambulanz für Spielsucht entwickelt als Vorreiter in Deutschland innovative wirksame Behandlungskonzepte für diese Störungen.

Vorgesehen ist auch die Umwandlung des Schwerpunkts Psychosomatik in 20 Betten am Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier und die Weiterentwicklung der Kapazitäten am Evangelischen Krankenhaus in Bad Dürkheim (12 Betten) und am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein/ Boppard (9 Betten). Der Ausbau in Boppard erfolgt mit dem Ziel, an allen anderen Standorten des Gemeinschaftsklinikums in Nastätten, Mayen und Koblenz Konsil- und Liaisondienste einzurichten. Auch die Erweiterung der akutpsychosomatischen Fachabteilung in Bad Dürkheim geht mit dem Auftrag einher, den bestehenden psychosomatischen Konsil- und Liaisondienst auf weitere Allgemeinkrankenhäuser auszuweiten.

Um die psychosomatische Grundversorgung zu verbessern, ist außerdem geplant, an drei weiteren Standorten psychosomatische Schwerpunkte auszuweisen und zwar im Rhein-Lahn-Kreis an der Fachklinik Katzenelnbogen, in Germersheim an den Asklepios Südpfalzkliniken und im Landkreis Trier-Saarburg am Kreiskrankenhaus Saarburg. Die bestehenden 20 akutpsychosomatischen Betten am Kreiskrankenhaus Saarburg werden als Teil der neuen psychiatrischen Hauptfachabteilung in psychiatrische Betten umgewandelt. Die bereits genehmigten 12 tagesklinischen Plätze am Westpfalzkl. Kaiserlautern sollen nunmehr umgesetzt werden.

Insgesamt ist im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ein Aufwuchs von 26 Betten und 15 tagesklinischen Plätzen vorgesehen.

#### *5. Konsiliar- und Liaisondienste für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an somatischen Kliniken*

Ein hoher Anteil der in Akutkrankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten hat (auch) Beschwerden psychosomatischen Ursprungs. Außerdem können psychische Symptome bei Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen (z.B. Delir, Anpassungsstörungen) auftreten.

Es ist deshalb erforderlich, dass jedes Krankenhaus seinen Patientinnen und Patienten komorbiditätsgerechte ergänzende psychiatrisch-psychotherapeutische bzw. psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung anbieten kann. Damit soll auch eine Optimierung der stationären Liegezeiten, eine Verringerung der Fehlbelegungsrate und eine Reduzierung der Kosten der Gesamtbehandlung erreicht werden.

Aus Sicht des Landes ist es besonders wichtig, dass „klassisch“ psychosomatisch erkrankte Patientinnen und Patienten (somatoforme Störungen, chronische Schmerzstörungen, Hypochondrie, aber auch Patientinnen und Patienten, die unter

psychischen Erkrankungen bei schweren somatischen Erkrankungen leiden (z.B. Diabetes oder kardiologische Erkrankungen) rechtzeitig diagnostiziert und einer frühzeitigen Behandlung zugeführt werden. Dies gilt auch und gerade für Patientinnen und Patienten in den Notfallambulanzen. Die Einbindung des psychosomatischen oder psychotherapeutischen Sachverständigen in die Akutbehandlung in Krankenhäusern muss in Rheinland-Pfalz über Konsiliardienste – und ggf. Liaisondienste erfolgen. Da hierfür nicht in jedem Krankenhaus eine entsprechende Fachabteilung oder ein psychosomatischer Schwerpunkt ausgewiesen werden kann, sollten deshalb jene Krankenhäuser, die nicht über eigenen psychosomatischen Sachverstand verfügen, auf externe ambulante oder stationäre Leistungserbringer zurückgreifen.

Ziel ist die Einrichtung von flächendeckenden Konsiliar- und Liaisondiensten in Form von verbindlichen Kooperationsvereinbarungen. Hieran sind alle Leistungserbringer zu beteiligen. Besonders erfolgreiche und effiziente Modelle wie das Fachpsychologische Zentrum am Bräuderkrankenhaus in Trier sollen nach Möglichkeit weiter Verbreitung finden. Die Mitarbeiter des Fachpsychologischen Zentrums sind in allen 18 medizinischen Fachabteilungen des Bräuderkrankenhauses tätig. Auf zwei Stationen mit hohem Bedarf an psychologischer Expertise sind die Psychotherapeuten und Neuropsychologen Teil des Teams – sie arbeiten im Liaisonverfahren – alle anderen Stationen können den Fachdienst konsiliarisch anfordern. Die Integration und Präsenz der Psychotherapeuten und Psychologen in allen Versorgungsbereichen stärkt zudem das Verständnis für psychische Erkrankungen und deren vielfältige Wechselwirkungen mit körperlichen Erkrankungen sowie das Wissen über mögliche Behandlungsansätze.

Einem Teil der Patientinnen und Patienten kann im Rahmen von Konsil- und Liaisondiensten durch kurzfristige Intervention geholfen werden. Ein weiterer Teil benötigt eine ambulante Weiterbehandlung. Im Sinne einer integrierten Versorgung ist daher besonders eine enge Zusammenarbeit

zwischen dem Krankenhaus und den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erforderlich. Geeignete Kooperationsstrukturen sind daher weiter auszubauen, um die Versorgungskontinuität der psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten abzusichern und weiterzuentwickeln.

### **Prävention psychischer Erkrankungen**

Der Bedarf an Krankenhausbehandlung wird nicht nur durch das Vorhandensein von Angeboten im ambulanten und außerklinischen Sektor beeinflusst. Von Belang ist vor allem auch, ob und in welchem Umfang die Entstehung psychischer Erkrankungen von vornherein verhindert werden kann.

Die hohe Krankheitslast für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie die hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten sind Grund genug, um die Prävention psychischer Erkrankungen in den Mittelpunkt gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen zu stellen. Gerade weil psychische Störungen bio-psycho-sozial bedingt sind, mangelt es nicht an Ansatzpunkten. Von grundlegender Bedeutung ist die Verhinderung von Armut und Arbeitslosigkeit, die zu sozialer Exklusion führen können und einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Krankheiten darstellen. Die Umgestaltung unserer stressverstärkenden Arbeitswelten stellt ein weiteres - und weites - Betätigungsfeld dar.

Schließlich ist es erforderlich, die Forschungsergebnisse zur Resilienz und zur Salutogenese zu nutzen und in wirksame Präventionsstrategien „übersetzen“. Für Rheinland-Pfalz spielt hierbei das 2014 gegründete, europaweit bisher einzigartige interdisziplinäre Deutsche Resilienz Zentrum (DRZ) an der Johannes Gutenberg-Universität eine zentrale Rolle. Die zentralen Anliegen des DRZ sind es, Resilienzmechanismen neurowissenschaftlich zu verstehen, darauf aufbauend Interventionen zur Förderung der Resilienz zu entwickeln und darauf hinzuwirken, Lebens- und Arbeitsumfelder so zu verändern, dass Resilienz

gestärkt wird. Umfangreiche Beratungs- und Weiterbildungsangebote befördern den Transfer in die Praxis. Aktuell baut die DZR hierfür ein wissenschaftlich fundiertes Kompetenz- und Beratungszentrum zu Fragen rund um Stress und Resilienz auf und plant die Etablierung einer „Stresssprechstunde“ (Resilienzambulanz) für belastete Bürgerinnen und Bürger.

Vorreiter bei der praktischen Umsetzung resilienzfördernder Projekte und Maßnahmen in Rheinland-Pfalz ist das Pfalzkrankenhaus mit seiner 2014 gegründeten Initiative „Resiliente Pfalz“. An dieser Initiative sind Universitäten, Kommunikationsexperten, Think Tanks und weitere Dienstleister für seelische Gesundheit beteiligt. Das Ziel der Initiative ist eine „resiliente Region Pfalz“, in der sich Menschen gegenseitig helfen, gesund zu bleiben und Krisen besser zu bewältigen.

Das Land fördert sowohl Ansätze der Primärprävention wie auch der indizierten Prävention. Die Landesinitiativen „Familien stärken“ und „Gut Leben im Alter“ mit ihren vielfältigen und zahlreichen Maßnahmen und Projekten sind darauf ausgerichtet, Familien, Kinder, Jugendliche und ältere Menschen stark zu machen und Teilhabe in allen Lebensbereichen zu fördern. Mit Unterstützung der erfolgreichen Initiative des Landes „Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz“ konnten elf neue regionale Bündnisse entstehen und viele Rheinland-Pfälzerinnen und Rheinland-Pfälzer durch innovative Öffentlichkeitskampagnen erreicht werden.

In nächster Zeit wird es besonders darum gehen, die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes im Rahmen der Landespräventionskonferenz und Landespräventionsausschusses gemeinsam zu nutzen, um die psychische Resilienz der Menschen in Rheinland-Pfalz zu stärken.

### **Qualität und Vernetzung**

Die Kliniken und Fachabteilungen gewährleisten ein weitgefächertes Behandlungsangebot im ambulanten, teilstationären und stationären

Setting. Dabei haben sich die Anforderungen an die Behandlung in den letzten Jahrzehnten erhöht. Die Kliniken behandeln mehr Patientinnen und Patienten in deutlich kürzerer Zeit. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Pflichtversorger berichten von einer erheblichen Zunahme an sogenannten „Krisenpatientinnen bzw. Krisenpatienten“, also solchen, die notfallmäßig vorgestellt werden und akut behandlungsbedürftig sind. Von diesen häufig sehr schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten mit komplexen psychosozialen Problemlagen gehen die höchsten Anforderungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie sowie Nachsorge aus.

Die pflichtversorgenden Kliniken und Fachabteilungen befinden sich zudem in einem Spannungsfeld: Die Psychiatrie soll heilen und helfen und dabei die Patientenautonomie und Selbstbestimmung achten und fördern. Sie soll aber auch – im Falle der Fremdgefährdung – zum Schutz der Allgemeinheit beitragen und, gemäß den landes- und bundesgesetzlichen Vorgaben, Menschen im Ausnahmefall auch gegen ihren Willen behandeln. Dabei kommen Zwangsmaßnahmen nur als ultima ratio in Frage und sind durch den Einsatz vorbeugender und alternativer Mittel weitestmöglich zu verhindern. Jüngere Urteile des Bundesverfassungsgerichts zur Zulässigkeit einer Behandlung gegen den Willen Betroffener und zuletzt (24.7.2018) zur Fixierung haben das Recht auf Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten weiter gestärkt, stellen jedoch die psychiatrischen Kliniken vor neue Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich der Bereitstellung des zusätzlich erforderlichen Personals.

Auch die inhaltlich-qualitativen Anforderungen an die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten verändert. Mittlerweile liegen für nahezu alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbilder evidenzbasierte Praxisleitlinien vor. Diese gilt es umzusetzen. Hierzu gehört u.a. auch, dass die (personalintensive) Psychotherapie einen hohen Evidenzgrad für nahezu alle Krankheitsbilder aufweist und daher in ausreichendem Umfang anzubieten ist. Dies gilt auch

und gerade für die schwer erkrankten Patientinnen und Patienten, die ein Recht darauf haben, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem eigenen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden. Sie sollen dabei unterstützt werden, ihre eigenen Interessen selbst durchzusetzen, dabei frei und unabhängig zu entscheiden sowie sich und ihre Lebensverhältnisse selbstbestimmt zu organisieren. Ein vielversprechender konkreter Ansatz zur Umsetzung der Ansätze des Empowerment und Recovery ist die Einbeziehung von Peer-Gruppen in die psychiatrische Versorgung. Das Land fördert daher die sogenannte Ex-In-Ausbildung von psychiatrierfahrenen Menschen. Mit dieser Ausbildung können und sollen die „Ex-Inler“ u.a. als Genesungsbegleiter in Kliniken oder in anderen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen arbeiten.

Die Behandlung psychisch kranker Menschen bedarf unabdingbar einer engen und umfangreichen Kooperation aller Behandlungs- und Betreuungsangebote. Damit bei entsprechender Indikation die Therapie, die im Krankenhaus begonnen wurde, fortgesetzt werden kann, ist die Vernetzung mit anderen psychosozialen Diensten und Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, besonders mit dem ambulanten psychosozialen Versorgungssystem, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten im Sinne einer integrierten Versorgung anzustreben. Diese Notwendigkeit geht weit über den Regelungsbereich des SGB V hinaus. Insbesondere für Personen mit rezidivierenden oder lang andauernden schweren psychischen Erkrankungen sind sowohl unter fachlichen als auch ökonomischen Aspekten personenzentriert ausgerichtete Komplexleistungsprogramme, die schon während der Akutbehandlung mit den anderen Leistungserbringern abgestimmt werden, erforderlich. Um Kooperationen aller an der Versorgung beteiligten Institutionen und Einrichtungen auf dem erforderlichen hohen qualitativen und verbindlichen Niveau zu ermöglichen, ist die frühzeitige Einbindung aller Partner in regionale Verbundstrukturen erforderlich. Die Kliniken und Fachabteilungen spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Neben einer durchgängig gendergerechten Ausgestaltung der Versorgungsangebote ist insbesondere im Hinblick auf die große Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund auch den kulturspezifischen Anforderungen Rechnung zu tragen. Einige Fachkliniken und Hauptfachabteilungen stellen sich zunehmend und mit großem Engagement auf die Behandlung von geflüchteten Menschen bzw. Migrantinnen und Migranten ein. Etliche Kliniken bzw. Hauptfachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie möchten die klinischen psychiatrischen Angebote interkulturell weiterentwickeln und miteinander vernetzen. Anspruch ist, im Austausch miteinander, für jeden Fall zeitnah eine Behandlung anbieten zu können (z. B. Patienten dorthin verweisen, wo muttersprachliches Personal vorhanden ist). Auch der Ausbau von interkulturellen Ambulanzen findet an verschiedenen Standorten statt. Die Landesregierung hat 2018 ein umfangreiches Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten vorgelegt. Dieses Konzept wurde in einer landesweiten, ressortübergreifenden AG erarbeitet, um die Perspektive möglichst vieler Partnerinnen und Partner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem einzubeziehen. An der Konzepterstellung waren auch Vertreterinnen und Vertreter der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen beteiligt. Das Land fördert auch den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung von regionalen Netzwerken zwecks Verbesserung der Information (z. B. Behandlungsmöglichkeiten, Dolmetscherpools, niedrigschwellige Angebote, Selbsthilfe) und Zusammenarbeit vor Ort.

Um all diesen umfangreichen Anforderungen gerecht werden zu können, benötigen die Kliniken und Fachabteilungen eine ausreichende personelle und sächliche Ausstattung. Derzeit hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 SGB V, verbindliche Mindestanforderungen für die Personalausstattung in den Krankenhäusern und Abteilungen der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu entwickeln. Damit

soll die Versorgungsqualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gesichert werden und die Anpassung der Personalanforderungen an den aktuellen wissenschaftlichen Stand erfolgen. Die entsprechende Richtlinie soll am 1. Januar 2020 in Kraft treten. Sie löst die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ab. Zur Erarbeitung und Umsetzung wurde beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eine Unter-AG Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik gegründet, in der die Länder beratend vertreten sind. Die Landesregierung wird sich auf diesem Weg im Verbund mit den anderen Bundesländern dafür einsetzen, dass der Auftrag des G-BA frist- und sachgerecht erfüllt wird.

Zu den erschwerten Rahmenbedingungen, denen sich die Krankenhäuser gegenübersehen, zählt allerdings auch die zunehmende Verknappung von Fachkräften. Die meisten Kliniken haben bereits heute erhebliche Probleme, ärztlichen und zunehmend auch psychologischen und pflegerischen Nachwuchs zu gewinnen. Nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Fachkräfteknappheit gewinnt der Einsatz von Telemedizin auch und gerade bei der Behandlung psychischer Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Zahlreiche Studien belegen mittlerweile die Wirksamkeit internetbasierter Interventionen bei einem breiten Spektrum psychischer Erkrankungen. Das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten reicht von der Primärprävention in der Allgemeinbevölkerung über die Nutzung in der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung psychisch Kranker bis hin zur Nachsorge nach erfolgter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sowie in der Rehabilitation. Auch die psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken und Fachabteilungen stehen daher vor der Herausforderung, sich mit dem Einsatz evidenzbasierter internetbasierter Interventionen im Rahmen der Behandlung und Nachsorge verstärkt auseinanderzusetzen. Das gilt in besonderem Maße für die ländlichen Regionen in Rheinland-Pfalz. Ein Leuchtturmprojekt ist hierbei das Projekt „Digitaler Krisenanker – audiovisuelles psychiatrisches Krisenteam“ an der Rhein-Mosel-Fachklinik An-

dernach. Das Projekt wurde im Rahmen des Zukunftsprogrammes „Gesundheit und Pflege 2020“ durch das Land gefördert und soll zur besseren telematisch unterstützten Versorgung im ländlichen Raum beitragen. Im Rahmen des Projektes wurden 22 chronisch psychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten betreut. Die Patientinnen und Patienten erhielten iPads und konnten im Fall einer auftretenden Krisensituation via „FaceTime-Telefonie“ im Rahmen der regulären Dienstzeiten den Bereitschaftsdienst der Rhein-Mosel-Fachklinik erreichen.

Aufgrund der guten Ergebnisse des Projektes wird dieses auch nach Auslaufen der finanziellen Förderung des Landes in der Rhein-Mosel-Fachklinik fortgesetzt.

## **7.2.2. Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

### **Ziel und Grundsätze**

Ziel der Krankenhausplanung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie ist es, dass allen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz ein wohnortnahes, vernetztes und differenziertes Versorgungsangebot zur Verfügung steht. Soweit es die Schwere der Erkrankung und die innerfamiliäre Situation zulassen, sollten Kinder nach Möglichkeit ambulant oder gegebenenfalls tagesklinisch behandelt werden. Die Hilfen sollen den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Kinder und Jugendlichen gerecht werden, barrierefrei zugänglich und auf die Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe der betroffenen Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sein.

### **Zur Bedeutung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter**

Auch bei Kindern und Jugendlichen nimmt die Nachfrage nach Behandlung aufgrund psychischer Störungen und Erkrankungen seit geraumer Zeit

zu. Ob diese Entwicklung einer Zunahme psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter geschuldet ist, lässt sich aufgrund unterschiedlicher Faktoren schwer beantworten. Zum einen haben sich die Kriterien für die Klassifikation von psychischen Störungen über die Jahrzehnte verändert. Zum anderen erheben klassische epidemiologische Erhebungen keine Diagnosen, sondern nur Raten an Wahrscheinlichkeit für eine psychische Störung (APK 2017). Zum Dritten liegen nur wenige Verlaufsuntersuchungen für Deutschland vor. Ein Grund für die stärkere Nachfrage ist zweifellos auch die gewachsene Bereitschaft von Familien, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mit der Basiserhebung des repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (Basiserhebung) von 2003 bis 2006 lagen für Deutschland erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche vor. In der Zwischenzeit wurden zwei Folgebefragungen (Welle 1 (2009–2012) und Welle 2 (2014–2017)) durchgeführt. Während in den ersten beiden Befragungen stabil jedes fünfte Kind in Deutschland von psychischen Auffälligkeiten betroffen war, zeigte sich in den Ergebnissen der jüngsten Erhebung ein Rückgang des Anteils der von psychischen Auffälligkeiten betroffenen Kinder und Jugendlichen, insbesondere bei Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren, auf insgesamt nunmehr 16,9% (Klipker et al. 2018). Obwohl sich eine rückläufige Tendenz psychischer Auffälligkeiten im Trendvergleich erkennen lässt, ist die Anzahl psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf einem nach wie vor hohen Niveau. Der verwendete Fragebogen erlaubt darüber hinaus keine Rückschlüsse hinsichtlich einer Behandlungsnotwendigkeit der psychischen Auffälligkeiten.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich besonders in Phasen, in denen besondere Entwicklungsaufgaben zu absolvieren sind, wie zur Zeit der Einschulung, des Wechsels auf die weiterführende Schule oder mit dem Beginn der Pubertät. Das Risiko, als Kind oder Jugendlicher eine psychische Störung zu entwickeln,

wird neben genetischen Faktoren durch weitere intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst. Zu den Risikofaktoren zählen besonders ein ungünstiges Familienklima, ein niedriger sozioökonomischer Status, mehrere schwer zu verarbeitende Erlebnisse, Mangel an ausgleichenden Stärken und Hilfen zur Bewältigung.

Die Lebensqualität psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher ist erheblich eingeschränkt. Unbehandelte psychische Probleme können nicht nur negative Auswirkungen auf die spätere psychische Gesundheit haben, sie können auch die schulische Laufbahn, das spätere Berufsleben und die soziale Einbindung beeinträchtigen. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung ist daher dringend geboten, auch aufgrund der Gefahr der Chronifizierung unbehandelter psychischer Erkrankungen.

### **Status Quo und bisherige Entwicklung**

Seit Erstellung des letzten Landeskrankenhauplans erfolgte ein erheblicher Ausbau der teil- und vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen- und psychotherapeutischen Angebote in Rheinland-Pfalz. Der letzte Plan sah einen Bettenaufwuchs um 33% (plus 70 Betten) und eine Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten um 74% (plus 100 Plätze) vor. Diese Planungen beinhalteten die Einrichtung etlicher neuer Standorte und führten somit zu einer deutlich verbesserten regionalen Versorgung. So wurde beispielsweise in Mainz die Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik der Rheinhessen-Fachklinik Mainz mit 20 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen eingerichtet. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des St. Marien- und St. Anna-Stiftskrankenhauses in Ludwigshafen wurde um eine 20-Betten-Station erweitert. Das tagesklinische Angebot am Klinikum Idar-Oberstein wurde um eine 20-Betten-Station ergänzt. Alle Kliniken, an denen vollstationäre Angebote eingerichtet wurden, haben auch die Versorgungsverpflichtung für ihre Region übernommen. Zu einer erhebli-

chen Verbesserung der tagesklinischen Versorgung hat die Einrichtung von vier weiteren Tageskliniken mit jeweils 20 Plätzen in Pirmasens, Worms, Speyer und Daun beigetragen.

2016 gab es somit in Rheinland-Pfalz neun Standorte mit einer Klinik oder Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Gesamtzahl der Betten betrug 274 und die Gesamtfallzahl 2.977. Der durchschnittliche Nutzungsgrad des vollstationären Bereichs der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie lag bei 97,0% bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 32,6 Tagen, welche geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt von 35,5 Tagen lag.

Außerdem gab es in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016 14 Standorte mit teilstationären Kapazitäten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Gesamtzahl der Plätze betrug 230 und die Gesamtfallzahl 1.073. Der durchschnittliche Nutzungsgrad der tagesklinischen Kapazitäten lag bei 84,9% bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 45,5 Tagen.

## **Planungsabsichten des Landes**

### ***1. Grundsätze der Planung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie***

Ziel der Krankenhausplanung im engeren Sinne ist es, die regional erforderlichen Kapazitäten für eine bedarfsgerechte Diagnostik und Behandlung erkrankter Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie erfolgt diese regionale Planung für die, den Kliniken und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugewiesenen 10 Pflichtversorgungsregionen. Die Grenzen dieser Pflichtversorgungsregionen orientieren sich an den Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise.

Ausgangspunkt für die Bedarfsermittlung ist der bevölkerungsbezogene Ansatz einer Bettenmess-

ziffer, wie er in der Krankenhausplanung für die „P-Fächer“ bundesweit Anwendung findet. Der letzte bundesländerübergreifende Vergleich für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus dem Jahr 2015 ergab, dass die Summe der Betten und Plätze im Verhältnis zu 1.000 Einwohnern im bundesweiten Durchschnitt bei 0,14 lag. Daran orientiert soll zukünftig von einem Korridor der Bettenmessziffer in Höhe von 0,13–0,15 Betten plus Plätze pro 1.000 Einwohner im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ausgegangen werden. Außerdem wird die Auslastung der bestehenden Angebote berücksichtigt. Desweiteren werden für die Bedarfsermittlung die Empfehlungen des vorbereitenden Gutachtens zu Rate gezogen, das u.a. eine in etwa gleichbleibende Fallzahl für die stationäre Versorgung prognostiziert. Zu berücksichtigen ist ferner die vermutlich weiter steigende Nachfrage nach Behandlung aufgrund der zunehmenden Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Behandlung.

Bei der Planung der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Angebote ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass ein Spannungsbogen zwischen der Forderung nach Gemeindeorientierung einerseits und der notwendigen Größe der einzelnen Krankenhausangebote andererseits besteht. Die Größe eines stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Krankenhausangebotes sollte im Hinblick auf die Personalbesetzung und die erforderliche Differenzierung der Patientinnen und Patienten, beispielsweise nach Alter, in der Regel nicht unter 30 Betten liegen. Angesichts der geringen Größe der dezentralen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Krankenhausangebote ist bei der Einrichtung weiterer Krankenhausangebote und der Absicherung bestehender Angebote zu prüfen, ob Synergieeffekte durch die Nutzung bereits vorhandener Infrastrukturen eines bestehenden Krankenhauses erzielt werden können. Bei der Planung der Angebote ist auch zu berücksichtigen, dass den erkrankten Kindern und Jugendlichen – dem

Anspruch einer sektorübergreifenden Behandlung folgend – sowohl Betten wie auch tagesklinische Plätze zur Verfügung stehen sollen. Nach Möglichkeit sollten Bedarfe zudem zukünftig auch und gerade über die stationsäquivalente Behandlung abgedeckt werden.

## *2. Planung der Kapazitäten im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

In den letzten Jahren erfolgte ein erheblicher Ausbau der voll- und teilstationären Krankenhausangebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Es ist nunmehr ein wichtiges Ziel, die bestehenden Angebote abzusichern und bedarfsgerecht weiter zu entwickeln. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels, vor allem im Bereich des medizinischen Nachwuchses, aber auch zunehmend im Bereich der Pflege.

Derzeit befinden sich noch vier weitere Vorhaben im Bau. So ist geplant, eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie in Trägerschaft der Vitos Klinik Rheinhöhe, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Nassau einzurichten. Weiterhin wird sich die wohnortnahe Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Koblenz durch den Bau einer Tagesklinik in Trägerschaft des Johanniter-Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich verbessern. Im Bau befindet sich zudem die Erweiterung der vollstationären Kapazitäten an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Mutterhaus der Borromäerinnen Mitte in Trier. In Kürze wird außerdem die Klinik Viktoriastift Bad Kreuznach mit einer Tagesklinik zur Versorgung in der Region Rheinhessen/Hunsrück beitragen.

Zur Verbesserung der Versorgung in der Region Rheinhessen/Hunsrück ist nunmehr die Einrichtung einer weiteren Tagesklinik mit 20 Plätzen in Simmern in Trägerschaft der Rheinhessen-Fachklinik geplant. Außerdem soll eine bedarfsgerechte Aufstockung der Kapazitäten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des

St. Marien- und St. Annastiftskrankenhauses um 10 Betten und 10 tagesklinische Plätze erfolgen. An der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Mutterhaus der Borromäerinnen ist eine Erweiterung um 10 tagesklinische Plätze vorgesehen. Geplant ist auch die Erweiterung der Kapazitäten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pflanzklinikums um 7 Betten sowie am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im DRK-Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg um 2 Betten.

Die aktuelle Säuglingsforschung und die klinische Erfahrung bestätigen die Wirksamkeit von früher Prävention und Intervention. Beratung und Psychotherapie von Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern können verhindern, dass sich frühe Störungen verfestigen und die weitere Entwicklung beeinträchtigen. Es ist vorgesehen, am DRK-Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg in Altenkirchen modellhaft 10 tagesklinische Plätze für die psychosomatische und psychotherapeutische Eltern-Säuglings/Kleinkind Behandlung einzurichten. Dort sollen Erwachsene mit ihren Kindern durch die fachübergreifende Zusammenarbeit von pädagogischen, fachtherapeutischen und medizinischen/psychotherapeutischen Fachkräften ein spezifisches medizinisches und therapeutisches Angebot erhalten.

Insgesamt ist in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein Aufbau von 19 Betten und 50 Tagesklinikplätzen geplant.

## *3. Stationsäquivalente Behandlung (StÄB) umsetzen*

Für die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher gilt ganz besonders, dass sie möglichst nahe an ihrem Lebensumfeld (wenn möglich ambulant oder zu Hause), unter Einbezug ihrer Familien und anderer Bezugspersonen erfolgen sollte. Die stationsäquivalente Behandlung (StÄB) bietet daher besonders für die Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie

große Chancen. Darüber hinaus können mit StÄB psychiatrisch oder psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche erreicht werden, die eine Krankenhausbehandlung ablehnen.

StÄB stellt die Kliniken und Fachabteilungen aber auch vor große Herausforderungen hinsichtlich der Flexibilität und Verantwortungsübernahme außerhalb des Krankenhaussettings und der vom Gesetzgeber formulierten Anforderungen zur Erbringung von StÄB.

Wie auch im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist es der rheinland-pfälzischen Landesregierung ein wichtiges Anliegen, dass das gesetzlich verankerte Behandlungsangebot der StÄB baldmöglichst auch in den Kliniken und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie etabliert wird und damit den minderjährigen Patientinnen und Patienten auch tatsächlich zur Verfügung steht. Dabei kann grundsätzlich auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie davon ausgegangen werden, dass die StÄB das Potenzial hat, den Bedarf an psychiatrischen Krankenhausbetten zu vermindern. Wann und in welchem Umfang dieses Potenzial ausgeschöpft werden kann, lässt sich jedoch aus verschiedenen Gründen momentan nicht verlässlich abschätzen. Im neuen Landeskrankenhausplan erfolgt die Ausweisung von StÄB als Behandlungsangebot (ohne Festlegung auf exakte Bettenäquivalente) auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser. Insgesamt ist derzeit der Aufbau der stationsäquivalenten Behandlung an 9 Standorten der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie in Rheinland-Pfalz vorgesehen.

#### **4. Prävention und Information**

Um psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen nach Möglichkeit zu vermeiden, sollten die Forschungsergebnisse zur Resilienz und zur Salutogenese in entsprechende Präventionsstrategien übersetzt werden. Hier können und sollten auch die Kliniken und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit der Vermittlung von Fachwissen und

gemeinsamer Strategieentwicklung einen wichtigen Beitrag leisten.

Allerdings ist die Prävention psychischer Erkrankungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich auch die rheinland-pfälzische Landesregierung stellt. So unterstützt die Landesregierung beispielsweise das groß angelegte Präventionsprojekt der Universitätsmedizin Mainz „MaiStep“ zur Vorbeugung von Essstörungen. Die Gesundheitsministerin ist auch Schirmherrin bzw. Unterstützerin der Programme „MindMatters“ und „Verrückt? Na und!“, die beide im Setting Schule ansetzen und das Ziel haben, die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern.

Eine spezielle präventive Aufgabe folgt daraus, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, die ein besonders hohes Risiko für psychische Störungen und daraus resultierende langfristige Teilhabebeeinträchtigungen haben, häufig nicht oder sehr spät in Behandlung kommen bzw. gerade diesen Kindern und Jugendlichen eine evidenzbasierte Behandlung nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Beispiele sind traumatisierte Kinder und Jugendliche, geflüchtete Kinder sowie Kinder aus Hochrisikokonstellationen wie etwa die Kinder psychisch kranker Eltern. Es ist wichtig, dass alle Beteiligten ein besonderes Augenmerk auf die Bedarfe dieser Kinder und Jugendlichen richten, da hier ein koordiniertes und systemübergreifendes Vorgehen aller (potenziell) beteiligten Stellen besonders wichtig ist.

Im Rahmen eines mehrjährigen Landesmodellprojektes „Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ haben sich Fach- und Leitungskräfte aus Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie und Eingliederungshilfe mit der besonderen Situation und den spezifischen Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigt. Die entwickelten Vorschläge zielen sowohl auf die bessere Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften als auch auf eine passgenauere Unterstützung für die Familien. Es konnten eine Reihe von

konkreten Verbesserungen an den drei Modellstandorten erreicht werden. Gleichzeitig wurden geeignete Instrumente herausgearbeitet, die in Zukunft an möglichst vielen Orten in Rheinland-Pfalz umgesetzt werden sollen. Hierzu zählen u.a. die Einrichtung Runder Tische, ein Leitfaden für das Aufnahmegespräch in der Erwachsenenpsychiatrie und eine Informationsbroschüre für Eltern. Aktuell fördert das Land die Evaluation eines präventiv ausgerichteten Gruppenangebots „Quasselsuse“ für Kinder aus psychisch- und/ oder suchtbelasteten Familien in Bad Kreuznach.

Auch geflüchtete Kinder und Jugendliche, die begleitet oder unbegleitet nach Deutschland kommen, sind besonders gefährdet, psychisch zu erkranken. Studien, die mit Kindern von Geflüchteten in Deutschland durchgeführt wurden, zeigen, dass fast die Hälfte dieser Kinder deutlich psychisch belastet ist. Die Prävention, Früherkennung und Behandlung unter Einbezug der Familien steht hier vor vielfältigen Herausforderungen. Die Landesregierung hat 2018 ein umfangreiches Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten vorgelegt. Dieses Konzept wurde in einer landesweiten, ressortübergreifenden AG erarbeitet, um die Perspektive möglichst vieler Partnerinnen und Partner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem einzubeziehen. Die Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie waren ebenfalls an der Konzepterstellung beteiligt. Spezialisierte Angebote für Kinder- und Jugendliche mit Fluchthintergrund gibt es beispielsweise an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Idar-Oberstein GmbH, wo in einer Spezialambulanz kultursensible, diagnostische Verfahren eingesetzt werden und sowohl ambulant als auch stationär das Programm START (Stress-Traumasympptoms-Arousalregulation-Treatment) als niedrigschwelliges, kulturintegratives und multilinguales Gruppentherapieangebot eingesetzt wird (Dixius, A., Möhler, E. 2016). Die Klinik hat auch zahlreiche Fortbildungen für psychosoziale Einrichtungen, Jugendhilfe und weitere Helfersysteme angeboten und damit die Vernetzung gestärkt.

Ein Ergebnis der o.g. KiGGs Studie war auch, dass nur ein Teil der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen Hilfsangebote in Anspruch nimmt. Wenn jedoch rechtzeitige Beratungs- und Behandlungsangebote unterbleiben, steigt die Gefahr der Chronifizierung und Verschlimmerung der Beschwerden und damit die Wahrscheinlichkeit einer notwendigen Krankenhausbehandlung. Es ist daher von großer Bedeutung, dass ausreichende und leicht zugängliche Informationen über Beratungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Das Land hat deshalb erst kürzlich mit Unterstützung der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie sowie der kommunalen Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren die Broschüre „Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung in Rheinland-Pfalz“ neu aufgelegt. In dieser Broschüre werden in verständlicher Weise psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beschrieben. Ein umfassendes Adressverzeichnis regionaler Angebote der Beratung, Behandlung und Unterstützung schließt sich an.

### *5. Qualität und Vernetzung*

Die Kliniken und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie gewährleisten in ihren Regionen die kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung durch ein weitgefächertes Behandlungsangebot im ambulanten, teilstationären und stationären Setting. Dabei haben sich die Anforderungen an die Behandlung in den letzten Jahrzehnten erhöht. Die Kliniken behandeln mehr Patientinnen und Patienten in deutlich kürzerer Zeit. Sie berichten von einer erheblichen Zunahme an sogenannten „Krisenpatientinnen“ bzw. „Krisenpatienten“, also solchen, die notfallmäßig vorgestellt werden und akut behandlungsbedürftig sind. Von diesen häufig sehr schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten mit komplexen psychosozialen Problemlagen gehen die höchsten Anforderungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie sowie Nachsorge aus. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist vor allem eine ausreichende Personal-

ausstattung notwendig. Die frist- und sachgerechte Erfüllung des gesetzlichen Auftrags des G-BA zur Entwicklung verbindlicher Mindestanforderungen für die Personalausstattung auch in den Krankenhäusern und Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist hierbei von entscheidender Bedeutung. Zur Erarbeitung und Umsetzung wurde beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eine Unter-AG Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) gegründet, in der die Länder beratend vertreten sind. Die Landesregierung wird sich auf diesem Weg im Verbund mit den anderen Bundesländern dafür einsetzen, dass der Auftrag des G-BA frist- und sachgerecht erfüllt wird.

Durchgängiger Standard in der Behandlung psychiatrisch oder psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ist die multimodale und multiprofessionelle Behandlung, die neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (v.a. SGB VIII) einschließt. Eine zielführende Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher stellt somit hohe Anforderungen an die Kooperations- und Vernetzungsbereitschaft aller Beteiligten. Die Kliniken und Fachabteilungen spielen hierbei eine zentrale Rolle. Es geht um die Zusammenarbeit sowohl innerhalb des SGB V (z. B. zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern und zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie) als auch zwischen den Sozialsystemen (hier insbesondere SGB VIII und SGB IX/XII) sowie mit anderen wichtigen Akteuren im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wie Schule und Ausbildungsstelle. Kliniken und Fachabteilungen sind hier nicht nur als zentrale Partner in Kooperationsverbänden gefragt, sondern auch als Anbieter von Konsildiensten, beispielsweise in Einrichtungen der Jugendhilfe.

Der Landespsychiatriebeirat hat in seinen Empfehlungen zur Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz bereits 2005 zentrale Anforderungen

formuliert, die es weiter umzusetzen gilt. Im Mittelpunkt steht hierbei, dass die drei Systeme Bildung, Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen stärker als bisher regionale Kooperationsverbände eingehen müssen, um gemeinsam regionalbezogene Lösungsstrategien zu entwickeln. Hierzu wurden 2012 – initiiert durch das Land – in einer AG aus Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie und der Jugendhilfe unter der Leitung des Familienministeriums und des Gesundheitsministeriums gemeinsame Empfehlungen zur Vereinbarung verbindlicher Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Rheinland-Pfalz entwickelt. Diese Arbeitshilfe enthält auch ein Musterbeispiel für einen Kooperationsvertrag, welcher dazu dienen soll, auf regionaler Ebene Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie abzuschließen. Diese Empfehlungen stellen eine gute Grundlage zur weiteren Verbesserung der Kooperation und Vernetzung vor Ort dar.

Ein zentrales Problem für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist die Fachkräftesituation, die sich zunehmend schwierig gestaltet. Der gestiegene Bedarf an medizinischem Nachwuchs im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann derzeit nicht hinreichend gedeckt werden. Es ist daher erforderlich, die Anzahl der Medizinerinnen und Mediziner insgesamt zu erhöhen und dafür zu sorgen, dass zukünftige Medizinerinnen und Mediziner rechtzeitig mit den zentralen Themen und den Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bekannt gemacht werden (APK, 2017).

Wie auch im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie wird der Einsatz von Telemedizin auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zunehmend interessant und relevant. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Affinität von Kindern und Jugendlichen gegenüber digitalen Medien und der zunehmenden Fachkräfteknappheit haben internetbasierte

Interventionen das Potenzial, zu einem Bestandteil der Behandlung psychischer Störungen zu werden. Auch die Kliniken und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie stehen daher vor der Herausforderung,

sich mit dem Einsatz evidenzbasierter internet-basierter Interventionen im Rahmen der Behandlung und Nachsorge verstärkt auseinanderzusetzen. Das gilt in besonderem Maße für die ländlichen Regionen in Rheinland-Pfalz.

## 7.3. Somatische Fachabteilungen

### 7.3.1. Augenheilkunde

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 17 Fachabteilungen für Augenheilkunde mit insgesamt 206 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,5 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (0,9) und Trier (0,9) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Mittelrhein-Westerwald (0,3) und Westpfalz (0,2) unterdurchschnittlich ausfiel. Unter diesem Aspekt und unter Berücksichtigung, dass stationäre Versorgungsangebote für dieses Gebiet in den kleinen Krankenhäusern in strukturschwachen Grenzgebieten kaum vorhanden sind, sind hier die mit Abstand größten Wanderungsbewegungen in benachbarte Länder festzustellen: von den knapp 17000 stationär behandelten Patientinnen und Patienten, die in Rheinland-Pfalz in 2016 wohnhaft waren, wurden nur 54% augenheilkundlich auch in rheinland-pfälzischen Augenabteilungen behandelt. Die übrigen Fälle wurden etwa zu je einem Drittel im benachbarten Saarland, in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen versorgt.

Hierbei weisen die Patientinnen und Patienten in der Augenheilkunde ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Augenheilkunde um insgesamt 8,3% bis zum Jahr 2025 auszugehen. Eine sichere Abschätzung ist durch zwei gegenläufige Trends

kaum möglich: Einerseits wird ein zunehmendes Ambulantisierungspotential durch weitere interventionstechnologische Entwicklungen erwartet, andererseits eine Zunahme der Optionen bei transplantativen und implantativen Operationsverfahren zum Ersatz funktionsloser Anteile des Sehapparats. Insgesamt wird daher nicht mit einer wesentlichen Bedarfsänderung in der klinischen Augenheilkunde zu rechnen sein.

### 7.3.2. Chirurgie

Zu bedenken ist grundsätzlich, dass es sich bei der Analyse hier um eine gemeinsame Betrachtung verschiedener Teil- bzw. Fachgebiete handelt, also die Fallzahlen der Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie enthalten sind. Die Thoraxchirurgie ist Bestandteil des Versorgungsauftrages für Schwerpunkt- und Maximalversorgungskrankenhäuser. Die Zertifizierung zu Lungenkrebszentren sollte angestrebt werden. Unter dieser Prämisse gab es im Jahr 2016 in Rheinland-Pfalz 69 Fachabteilungen für Chirurgie mit insgesamt 3.831 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 9,4 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Mittelrhein-Westerwald (10,5) und Trier (11,9) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Rheinpfalz (8,9), Rheinhessen-Nahe (8,4) und Westpfalz (6,8) unterdurchschnittlich ausfiel.

Insgesamt weisen die Patientinnen und Patienten in der Chirurgie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der alters-

gruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Chirurgie um insgesamt 2,9% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Rückgang der altersgruppenspezifischen Fallzahlen von Personen im Alter von 45- bis unter 55 Jahren. Tendenziell deutlich steigende Fallzahlen werden in der Altersgruppe der über 60-Jährigen erwartet. Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet Chirurgie stieg im Jahr 2016 deutlich mit dem Alter an. Ausgehend von durchschnittlich 2,6 Tagen bei den 18 bis unter 20-Jährigen stieg die Verweildauer auf 8,3 Tage bei den 75-Jährigen und Älteren. Unterdurchschnittliche Verweildauern zeigen sich in der Chirurgie vornehmlich in den Altersgruppen bis unter 60 Jahren. Die Altersgruppen, in denen bis zum Jahr 2025 ein deutlicher Fallzahlzuwachs zu erwarten ist, weisen höhere durchschnittliche Verweildauern auf. Allein durch die Fallzahlverschiebung und in Folge der demografischen Entwicklung ist daher mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Chirurgie zu rechnen.

Zur Ausweisungspraxis bei den chirurgischen Untergebieten auf Facharzzebene wird auf II.2.2.3.2. verwiesen.

### 7.3.3. Dermatologie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 2 Fachabteilungen für Dermatologie (gleichbedeutend für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit insgesamt 98 Planbetten. Im nördlichen Rheinland-Pfalz standen weitere 11 Vertragsbetten zur Verfügung. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,2 Betten je 10.000 Einwohner.

Die durchschnittliche Erreichbarkeit mit 33 Fahrminuten ist mit Blick auf die dominierenden, nicht als zeitkritisch einzustufenden Diagnosen (Hauttumore, entzündliche Hauterkrankungen) somit als gut zu bezeichnen. Auch hier zeigt sich in den Regionen, insbesondere zu Nordrhein-Westfalen

und Baden-Württemberg eine stärkere Wanderbewegung: gut 36% der stationären Behandlungen bezüglich dieses Fachgebiets fanden außerhalb des Landes Rheinland-Pfalz statt.

Insgesamt weisen die Patientinnen und Patienten in der Dermatologie durch die Dominanz an onkologischen Fällen ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Dermatologie um insgesamt 6,6% bis zum Jahr 2025 auszugehen. Diese Altersgruppen weisen in etwa auch konstante durchschnittliche Verweildauern auf, sodass insgesamt nicht mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Dermatologie zu rechnen ist.

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz eine dermatologische Tagesklinik an der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz mit insgesamt 10 Plätzen.

### 7.3.4. Geriatrie

Auf die gesonderten Ausführungen unter II.6.5. wird verwiesen.

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 29 Fachabteilungen für Geriatrie mit insgesamt 938 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 2,3 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in der Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (3,2) und Trier (2,9) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Mittelrhein-Westerwald (1,9) und Westpfalz (1,2) unterdurchschnittlich ausfiel. Da es Schnittmengen in der Abrechnung zur Inneren Medizin gibt, sind die nachfolgenden Daten nur Tendenzangaben. Zudem befanden sich im Jahr 2016 noch viele bereits ausgewiesene geriatrische Abteilungen im räumlichen und personellen Aufbau.

Relevante Fallzahlen im Fachgebiet Geriatrie lagen im Jahr 2016 ab der Altersgruppe 60 Jahre

und älter vor. Die meisten Fälle gab es in der Altersgruppe 75 Jahre und älter (7.871 Fälle). Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Geriatrie um insgesamt 7,2% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patientinnen und Patienten im Alter von 75 Jahren und älter. Die durchschnittliche Verweildauer in der Geriatrie steigt in den quantitativ relevanten Altersgruppen kontinuierlich an und lag durchschnittlich bei 14,2 Tagen. Hierbei ist prognostisch insbesondere zu berücksichtigen, dass zur Erfüllung der Komplexpauschale für die geriatrische Behandlung die Verweildauer stark von deren Vorgaben beeinflusst werden.

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz eine geriatrische Tagesklinik mit insgesamt 16 Plätzen. Eine nähere prognostische Bedarfsentwicklung erscheint auf Grundlage der unzureichenden Datenlage aus diesem Jahr nicht gerechtfertigt. Deshalb wird in Fortsetzung der bisherigen Planung des Bedarfs auf die bundesweit durchschnittliche Versorgungsquote, die der MDK Kompetenz Centrum Geriatrie jährlich erhebt, Bezug genommen. Für Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2016 Kapazitäten ausgewiesen, die einer Versorgungsquote von knapp 15% entsprechen (siehe Kapitel). Die bundesweit berechnete Versorgungsquote, die sicherlich mit Unschärfen verbunden ist, zeigt eine durchschnittliche Versorgungsquote über alle Bundesländer von 16,4 Betten/ Plätze pro 10.000 Einwohner über 65 Jahre. Die Altersspanne ist dabei lediglich der Prognoseberechnungen der statischen Ämter geschuldet. Bis zum Jahr 2035, der längst möglichen mittleren Prognose des Statischen Landesamtes kann in Rheinland-Pfalz unter zu Hilfenahme der durchschnittlichen geriatrischen Versorgungsquote, ein Gesamtbedarf an bis zu 1928 Betten/Plätze geschätzt werden. Mit den in diesem Krankenhausplan vorgesehenen Ausweisungen würde dann eine Versorgungsquote von etwas über 15 erreicht werden. Aufgrund der Unschärfen in der Bedarfsplanung ist von einer

weiteren Entwicklung der geriatrischen Kapazitäten auszugehen. Grundsätzlich ist die Geriatrie in der akutstationären Versorgung in Rheinland-Pfalz bestens etabliert und wird wohnortnah in der Umsetzung dieses Krankenhausplanes ausgebaut.

Zu den Besonderheiten und weiteren Hintergründe zur Entscheidung der Beplanung der Altersmedizin wird auf II. 6.5. verwiesen. Zum einen wurden die prognostischen Bedarfe der vorhandenen geriatrischen Abteilungen fortgeschrieben. Zum anderen wurden neue Abteilungen und Schwerpunkte in den Plan aufgenommen, die zum Teil erst nach Abschluss von Baumaßnahmen die Versorgung aufnehmen können, zum Teil jedoch bereits die entsprechenden Voraussetzungen des OPS erbringen und abrechnen. Sofern im relevanten Einzugsbereich noch keine geriatrische Kompetenz in einem Krankenhaus ausgewiesen wurde, wurden Letztere nun im Plan aufgenommen.

Geriatrische Schwerpunkte und Abteilungen sind spätestens ein Jahr nach der Ausweisung in Betrieb zu nehmen, spätestens ein Jahr nach baulicher Fertigstellung, wenn dafür die Notwendigkeit besteht.

### **7.3.5. Gynäkologie/Geburtshilfe**

Auf die gesonderten Ausführungen unter II.6.1. wird verwiesen.

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 57 Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe mit insgesamt 1.694 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 4,2 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (4,6), und Trier (4,6) überdurchschnittlich groß, während sie in der Westpfalz (2,9) unterdurchschnittlich ausfiel.

Der überwiegende Anteil der Fälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe ist zwischen 20 und unter 40 Jahre alt. Ein Teil der Fälle gehört der Altersklasse 0–5 Jahre an, was auf schwerwiegen-

de Fälle nach der Geburt zurückzuführen ist. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz rechnet das Gutachten mit einem Rückgang der Fallzahl in der Gynäkologie und Geburtshilfe um insgesamt 5,0% bis zum Jahr 2025 (Erläuterung: Die steigenden Geburtenzahlen wirken sich fallzahlsteigernd auf das Teilgebiet Geburtshilfe aus, die Fallzahlen im Teilgebiet Gynäkologie gehen jedoch zurück, für die Fachrichtung Gynäkologie/ Geburtshilfe ergibt sich dabei in der Gesamtbeurteilung ein Rückgang der Fallzahlen.) In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen bei den Patientinnen im Alter von 20 bis unter 35 Jahren. Auch für die restlichen Altersgruppen wird es nur vereinzelt geringe Fallzuwächse geben. Da die höheren Altersgruppen in der Gynäkologie und Geburtshilfe fallzahlmäßig auch weiterhin nur von nachgeordneter Bedeutung sind (Anteil über 65-Jähriger an allen Fällen liegt bei 9,0%) und die Altersgruppen der 20 bis unter 40-Jährigen, in denen bis zum Jahr 2025 ein Rückgang der Fallzahlen zu erwarten ist, in etwa durchschnittliche Verweildauern aufweisen, ist in Folge der demografischen Entwicklung nur mit einer geringfügigen Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu rechnen. Inwieweit die weitere Verlagerung der ersten Geburt deutscher Frauen in immer spätere Lebensjahre zu einer signifikanten Steigerung bei Risikoschwangerschaften führt, und inwieweit dies durch Einwanderungen kompensiert wird, erscheint nicht verlässlich abschätzbar.

Zu den Besonderheiten und weiteren Hintergründen zur Entscheidung der Beplanung der Geburtshilfe wird auf II.6.1 verwiesen.

### **7.3.6. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde**

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 43 Fachabteilungen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit insgesamt 572 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 1,4 Betten je 10.000 Einwohner.

Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (1,8), Trier (1,6) und Westpfalz (1,6) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Rheinpfalz (1,3) und Mittelrhein-Westerwald (1,0) unterdurchschnittlich ausfiel.

Die höchste Fallzahl im Jahr 2016 ergab sich für die Altersgruppe von 65 bis unter 75 Jahren (3.232 Fälle). Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einem Rückgang der Fallzahl in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde um insgesamt 1,0% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter ab 60 Jahren, während in den jüngeren Altersgruppen, abgesehen von der Altersgruppe der 35- bis unter 45-Jährigen, tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Die meisten Fälle ergeben sich für das Jahr 2025 ebenfalls wie im Jahr 2016 in der Altersgruppe 65 bis unter 75 Jahre mit 4.180 Fällen. Es ergibt sich eine relativ heterogene Verteilung der durchschnittlichen Verweildauer. Ab der Altersgruppe 40 bis unter 45 Jahre nimmt die durchschnittliche Verweildauer tendenziell mit dem Alter zu und erreicht ihren Höhepunkt von 5,1 Tagen in der Altersgruppe der über 75-Jährigen. Unterdurchschnittliche Verweildauern zeigen sich in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde vornehmlich in den Altersgruppen bis unter 15 Jahren, die allerdings nur sehr geringe Fallzahlen aufweisen (3.471 Fälle). Die Altersgruppen, in denen bis zum Jahr 2025 ein deutlicher Fallzahlzuwachs zu erwarten ist, weisen höhere durchschnittliche Verweildauern auf. In Folge der demografischen Entwicklung ist daher mit einer leichten Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zu rechnen. Auch hier zeigen sich weitere Tendenzen zu fachübergreifenden Versorgungsstrategien bei komplexen Erkrankungen unter Nutzung medizintechnologischer und radiologischer Neuerungen insbesondere in Kooperation mit Neurochirurgen und Gesichtschirurgen (Bildung sogenannter „Kopfzentren“).

Tagesklinische Plätze waren bis dahin nicht ausgewiesen. Die erstmalige Neuaufnahme einer Tinnitus-Tagesklinik in den Plan wurde auf Grundlage eines stimmigen Konzepts des Krankenhauses unter der Maßgabe der fortlaufenden Evaluation in den folgenden Jahren vorgenommen.

### 7.3.7. Herzchirurgie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 4 Fachabteilungen für Herzchirurgie mit insgesamt 233 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,6 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Westpfalz (1,0), Rheinhessen-Nahe (0,9), Trier (0,8) und Rheinpfalz (0,7) überdurchschnittlich groß. Die Herzchirurgie im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald wird von einem Vertragskrankenhaus vorgehalten.

Insgesamt weisen die behandelten Fälle in der Herzchirurgie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Die Fallzahlen nahmen insbesondere zwischen den Altersgruppen der 60- bis 65-Jährigen und der 65- bis 75-Jährigen deutlich zu; am stärksten vertreten war die Altersgruppe der 75-Jährigen und älter. Aufgrund der Tatsache, dass die Lebenserwartung weiterhin ansteigt und der Anteil der älteren Patientinnen und Patienten weiter wächst, ist in Rheinland-Pfalz bis zum Jahr 2025 von einer Zunahme der Fallzahlen in der Herzchirurgie um insgesamt 10,9% auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen im Alter von 65 bis unter 75 Jahren. Auch der Anteil der behandelten Fälle in den Altersgruppen der 60 bis unter 65-Jährigen sowie der 75-Jährigen und älter wird bis zum Jahr 2025 zunehmen, während in den Altersgruppen bis unter 60 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet der Herzchirurgie lag im Jahr 2016 für alle Altersgruppen, mit Ausnahme der unter 30-Jährigen und der 35 bis unter 40-Jährigen, zwischen 9,7 und 13,0 Tagen. In den Altersgrup-

pen mit den höchsten Fallzahlen (ab 65 Jahren) liegt die Verweildauer in etwa auf dem durchschnittlichen Niveau bzw. etwas höher. Aufgrund geringer Fallzahlen – nur rund 7% aller Fälle in der Herzchirurgie sind jünger als 50 Jahre – sind die durchschnittlichen Verweildauern bei den Altersgruppen unter 50 Jahren nur eingeschränkt interpretierbar. Die Altersgruppen, in denen bis zum Jahr 2025 ein deutlicher Fallzahlzuwachs zu erwarten ist, weisen zum Teil höhere durchschnittliche Verweildauer auf. Insgesamt können prognostische Abschätzungen bezüglich des sich entwickelnden Bedarfs in diesem relativ jungen Fachgebiet nur sehr vorsichtig Anwendung finden. Zu unsicher ist die zukünftige Entwicklung mit Blick auf die voranschreitenden Möglichkeiten der interventionellen, aber nicht offen-chirurgischen Therapieoptionen bei Herzerkrankungen.

Auf die Ausführungen zum geplanten Aufbau herzmedizinischer Zentren (vgl. II.5.2.2.2) wird verwiesen. Ein Bedarf an tagesklinischen Plätzen ist zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht erkennbar, in mittlerer Zukunft aber etwa mit Blick auf die psychokardiologische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen nicht auszuschließen.

### 7.3.8. Innere Medizin

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 76 Fachabteilungen für Innere Medizin mit insgesamt 7.164 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 17,6 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (18,8) und Trier (18,5) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Westpfalz (17,3) und Rheinpfalz (16,6) unterdurchschnittlich ausfiel. Mehr noch als bei der Chirurgie ist bei dieser Betrachtung auf Gebietsebene auf die Heterogenität der Leistungsbereiche zu verweisen.

Insgesamt weisen die Patientinnen und Patienten in der Inneren Medizin ein verhältnismäßig

hohes Durchschnittsalter auf. Fälle im Alter von unter 15 Jahren werden selten in der Inneren Medizin behandelt. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Inneren Medizin um insgesamt +6,4% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter von 60 Jahren und Älteren, während in den Altersgruppen der 45- bis unter 55-Jährigen tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Die durchschnittliche Verweildauer nach Altersgruppen steigt in der Inneren Medizin in den quantitativ relevanten Altersgruppen relativ stetig mit zunehmendem Alter an. Die höchste Verweildauer lag 2016 bei der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,1 Tagen vor. Die Altersgruppen, in denen bis zum Jahr 2025 ein deutlicher Fallzahlzuwachs zu erwarten ist, weisen höhere durchschnittliche Verweildauern auf. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist daher mit einer leichten Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Inneren Medizin zu rechnen. Dies steht jedoch unter dem Vorbehalt, dass die tatsächliche Entwicklung stark davon geprägt sein wird, inwieweit es zu einer zunehmenden Abspaltung geriatrischer Fälle von der Inneren Medizin kommen wird.

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 16 Tageskliniken für Innere Medizin mit insgesamt 186 Plätzen. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Plätzedichte von 0,5 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Plätzedichte in der Versorgungsregion Rheinhessen-Nahe (0,7) leicht überdurchschnittlich, während sie in den Gebieten Trier (0,4) und Westpfalz (0,2) leicht unterdurchschnittlich ausfiel.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 5.875 Fälle in den 16 Tageskliniken für Innere Medizin in Rheinland-Pfalz über den Datensatz identifiziert. Für die Prognose des zukünftigen Bedarfs an teilstationären Plätzen im Fachgebiet der Inneren Medizin können grundsätzlich nur sehr vorsichtig

tendenzielle Aussagen getroffen werden. Zum einen ist der tatsächliche Bedarf an Plätzen für onkologische Patientinnen und Patienten sowie für die Dialyse durch mögliche Mehrfachbelegungen extern nicht valide berechenbar und zudem konnte auch das tatsächliche Leistungsgeschehen anhand der Abrechnungsdaten nur unvollständig ermittelt werden.

### 7.3.9. Intensivmedizin/Anästhesie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 67 Fachabteilungen für Intensivmedizin mit insgesamt 813 Planbetten. Darüber hinaus wurden 609 Intensivbetten interdisziplinär, d.h. in den somatischen Fachabteilungen geführt.

Bereits in der Fachkonferenz zur Intensivmedizin im Rahmen der Erstellung des vorliegenden Plans wurde deutlich, dass das tatsächliche Leistungsgeschehen auf Basis der Abrechnungsdaten nur unzureichend abgebildet ist. Dies begründet sich zum einen in der Tatsache, dass die – meist überwiegende – Zahl an Bettentagen bei vorübergehender Unterbringung auf der Intensivstation der entlassenden Abteilung am Standort zugewiesen ist. Zudem entgehen der Intensivmedizin die Fälle, die als Stundenfälle gemäß der Logik der Mitternachtsstatistik nicht vollstationär abgerechnet werden konnten (Versterben oder externe Weiterverlegungen, intensivüberwachungspflichtige Intoxikationen, etc.).

Der tatsächliche regionale Bettenbedarf ist auch sehr stark von der Versorgungsstufe und dem Leistungsspektrum insgesamt abhängig. In der Herzchirurgie etwa errechnet sich, dass durchschnittlich auf zwei periphere Betten ein zusätzliches Intensivbett zur Verfügung stehen muss. Weitere regionale Besonderheiten, die bei der Planung zu berücksichtigen waren, ergaben sich aus Qualitätsvorgaben, etwa aus der Versorgung auf Intensivstationen für Neugeborene (NICU) oder auch durch die Festlegung von mindestens 6 Intensivbetten auf der Basistufe zur Notfallversorgung (G-BA Regelung vom April 2018). Nicht

zuletzt mussten auch im Einzelfall die räumlich-baulichen Besonderheiten an den Standorten planerisch berücksichtigt werden, die sich bei Bettensperrungen, etwa durch Isolierfälle, unterschiedlich auswirkten.

Außerhalb dieser Besonderheiten wurden die Intensivbetten durch ein abteilungsspezifisches Zuschlagverfahren errechnet (zu den genauen Angaben wird auf den Abschnitt zur Intensivmedizin (Kap. 5) des vorbereitenden Gutachtens Band II „Konzeptionelle Fragen zur Krankenhausplanung“ verwiesen). Diese „Dienstleistungsbetten“ der Fachabteilungen wurden ggf. mit besonders zu berücksichtigenden Eigenbedarf, z.B. akutstationäres Versorgungsangeboten wie Schmerztherapie oder Weaning ergänzt.

Intensivmedizinische Tagesplätze – überwiegend zur speziellen Schmerztherapie – wurden im Jahr 2016 an 28 Kliniken mit insgesamt 46 Plätzen betrieben. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Plätzedichte von 0,1 Betten je 10.000 Einwohner.

### **7.3.10. Kinder- und Jugendmedizin**

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 15 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit insgesamt 844 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 2,1 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (3,1) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Rheinpfalz (2,0), Mittelrhein-Westerwald (1,6) und Trier (1,5) unterdurchschnittlich ausfiel.

Das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin ist nur in den Altersgruppen bis unter 20 Jahre relevant. In den Gruppen der 20-Jährigen und Älteren ergaben sich insgesamt für Rheinland-Pfalz lediglich gut 200 Fälle im Jahr 2016. Die meisten Fälle fanden sich im Jahr 2016 in der Gruppe der unter 3-Jährigen (rund 20.900 Fälle). Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen

Bevölkerungsprognose in Rheinland-Pfalz aus 2013 rechnete das Gutachten mit einem Rückgang der Fallzahl in der Kinder- und Jugendmedizin um insgesamt 9,4% bis zum Jahr 2025. Dies konnte anhand der hiernach nachweislich wieder angestiegenen Geburtenzahlen bei der Planung aber nicht 1:1 umgesetzt werden. Zudem wurde beim Sollnutzungsgrad die hohe Schwankungsbreite der Belegung berücksichtigt, die sich zu bis zu 70% aus Notaufnahmen speist. Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet der Kinderheilkunde lag im Jahr 2016 für alle relevanten Altersgruppen, mit Ausnahme der unter 3-Jährigen, bei etwa 3,0 Tagen. Insgesamt ist mit einer geringfügigen Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer in der Kinder- und Jugendmedizin zu rechnen.

Der Kinder- und Jugendmedizin kommt auch eine besondere gesellschaftliche Bedeutung beim Schutz des Kindeswohles zu. Deshalb ist es wünschenswert, wenn die Abteilungen sog. Kinderschutzgruppen aufbauen. Das Gesundheitsministerium wird hier in Zukunft unterstützend wirken.

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 4 Tageskliniken im Fachgebiet Kinder- Jugendmedizin mit insgesamt 16 Plätzen. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Plätzedichte von 0,04 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Plätzedichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (0,1) und Rheinpfalz (0,1) geringfügig höher, während es in den Gebieten Mittelrhein-Westerwald, Trier und Westpfalz keine tagesklinischen Angebote der Kinder- und Jugendmedizin gab.

### **7.3.11. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 11 Fachabteilungen für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie. Es handelt sich um weit überwiegend kleine Belegabteilungen, sodass sich mit insgesamt 67 Planbetten ein, auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz bezogene Bettendichte von 0,2 Betten je 10.000 Einwohner ergibt.

Insgesamt weisen die Patientinnen und Patienten in der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie um insgesamt 1,0% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem in den 2016 am stärksten besetzten Gruppen der über 60-Jährigen ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen, während in den Altersgruppen unter 55 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Die durchschnittliche Verweildauer steigt von weniger als zwei Tagen in den jüngeren Altersgruppen auf 6 Tage in der Altersgruppe der 60 bis unter 65-Jährigen an. Die Altersgruppen, in denen bis zum Jahr 2025 ein deutlicher Fallzahlzuwachs zu erwarten ist, weisen höhere durchschnittliche Verweildauern auf. Daher ist insgesamt – zumindest durch den Teileffekt der demografischen Entwicklung – mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie zu rechnen.

### 7.3.12. Neurochirurgie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 6 Fachabteilungen für Neurochirurgie mit insgesamt 238 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,6 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Trier (1,2), Rheinhessen-Nahe (0,9) und Westpfalz (0,8) überdurchschnittlich groß.

Die Neurochirurgie ist schwerpunktmäßig in den gehobenen bis höheren Altern relevant. Rund die Hälfte (52,9%) der insgesamt 9.919 Fälle lagen im Jahr 2016 in den Altersgruppen 60 Jahre und mehr. Die mit Abstand größten Fallzahlen zeigen sich in den Altersgruppen der 75-Jährigen und älter. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Neurochirurgie um insgesamt 3,8% bis zum Jahr 2025

auszugehen. Die demografische Entwicklung führt zu einer Verschiebung der Fallzahlen zwischen den Altersgruppen, insbesondere in den Altersgruppen zwischen 45 und 75 Jahren und älter, also den für dieses Fachgebiet besonders relevanten Gruppen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter von 60 Jahren und älter, während in den Altersgruppen 45 bis unter 55 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind.

Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet der Neurochirurgie nahm im Jahr 2016 tendenziell mit dem Alter zu. Während sie in den Altersgruppen bis unter 50 Jahren, mit Ausnahme der 6 bis unter 10-Jährigen, bei unter 7,9 Tagen lag, hatten die Altersgruppen zwischen 50 Jahren und mehr Jahren eine mittlere Verweildauer von über 8,4 Tagen. Durch den Teileffekt der demografischen Entwicklung ist mit einer leichten Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Neurochirurgie zu rechnen.

### 7.3.13. Neurologie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 17 Fachabteilungen für Neurologie mit insgesamt 1.091 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 2,7 Betten je 10.000 Einwohner. Die Bettendichte war in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (3,2), Mittelrhein-Westwald (3,2) und Westpfalz (2,7) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Trier (2,2) und Rheinpfalz (1,7) unterdurchschnittlich ausfiel.

Die Neurologie ist schwerpunktmäßig in den gehobenen bis höheren Altern relevant. Rund die Hälfte (50,6%) der insgesamt 43.670 Fälle lagen im Jahr 2016 in den Altersgruppen 65 Jahre und mehr. Unter einem Alter von 15 Jahren ist die Neurologie praktisch nicht relevant. Die mit Abstand größten Fallzahlen zeigen sich in den Altersgruppen der 75-Jährigen und älter. Auf

Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Neurologie um insgesamt 3,7% bis zum Jahr 2025 auszugehen. Die demografische Entwicklung führt zu einer Verschiebung der Fallzahlen zwischen den Altersgruppen, insbesondere in den Altersgruppen zwischen 45 und 75 Jahren und älter, also den für dieses Fachgebiet besonders relevanten Gruppen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter ab 60 Jahren, während in den Altersgruppen 45 bis unter 55 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind.

Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet der Neurologie nahm im Jahr 2016 mit dem Alter stetig zu, vernachlässigt man die Altersgruppe der unter 15-Jährigen, die hier aufgrund sehr geringer Fallzahlen nicht sinnvoll interpretierbar sind. Insgesamt variiert die mittlere Verweildauer innerhalb einer Bandbreite von 3,8 Tagen und 8,7 Tagen verhältnismäßig stark. Durch die Verschiebung der Fallzahlen zwischen den Altersgruppen ist insgesamt – zumindest bezogen auf den Teileffekt der demografischen Entwicklung – mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Neurologie zu rechnen.

Es bestanden drei neurologische Tageskliniken.

### **7.3.14. Nuklearmedizin**

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 4 Fachabteilungen für Nuklearmedizin mit insgesamt 17 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,04 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (0,11) und Trier (0,09) leicht überdurchschnittlich.

Die Fälle der Nuklearmedizin verteilten sich schwerpunktmäßig auf die mittleren und höheren Alter. Gut 80% der Fälle lagen im Jahr 2016 in den Altersgruppen zwischen 50 und mehr Jahren. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Nuklearmedizin um insgesamt 7,2% bis zum Jahr 2025 auszugehen. Die Verweildauern im Fachgebiet der Nuklearmedizin sind stark durch die in Deutschland geltenden Strahlenschutzgesetze bzw. der Zerfallszeit der eingesetzten Substanzen abhängig.

### **7.3.15. Konservative Orthopädie**

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 5 Fachabteilungen für Orthopädie (konservativ) mit insgesamt 370 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,9 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in der Versorgungsregion Mittelrhein-Westerwald (1,9) überdurchschnittlich groß, während sie in den Gebieten Westpfalz (0,8), Rheinpfalz (0,6) und Rheinhessen-Nahe (0,5) unterdurchschnittlich ausfiel. Die Einzugsgebiete sind in hohem Maße überregional.

Insgesamt weisen die Fälle in der konservativen Orthopädie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der konservativen Orthopädie um insgesamt 1,7% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter von 60 Jahren und älter (+16%), während in den Altersgruppen 45 bis unter 55 Jahren eher abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Auch hier war bei der Planung zu berücksichtigen, dass die Verweildauer wesentlich durch die Behandlungskonzepte und auch den entgeltrechtlichen Vorgaben durch den OPS-Komplexcode „multimodale-nichtoperative Komplexbehandlung“ geprägt sind.

### 7.3.16. Orthopädie und Unfallchirurgie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 41 Fachabteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie mit insgesamt 2.096 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 5,2 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Westpfalz (5,9) und Mittelrhein-Westerwald (5,6) überdurchschnittlich groß, während sie in der Rheinpfalz (4,0) unterdurchschnittlich ausfiel.

Insgesamt liegt auch hier ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter vor. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahl in der Orthopädie und Unfallchirurgie um insgesamt 2,9% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patientinnen und Patienten im Alter von über 60 Jahren, während in den Altersgruppen 45 bis unter 55 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie stieg im Jahr 2016 deutlich mit dem Alter an. Aufgrund sehr geringer Fallzahlen – nur rund 5% aller Fälle in der Orthopädie und Unfallchirurgie sind jünger als 20 Jahre – sind die mittleren Verweildauern bei den Altersgruppen unter 20 Jahre nur eingeschränkt interpretierbar. Ausgehend von durchschnittlich 3,5 Tagen bei den 20 bis 25-Jährigen Patienten stieg die Verweildauer kontinuierlich auf 9,2 Tage bei den 75-Jährigen und älter. Die Altersgruppen der 60-Jährigen und älter, in denen bis zum Jahr 2025 ein deutlicher Fallzahlzuwachs zu erwarten ist, weisen höhere durchschnittliche Verweildauern auf. Da gleichzeitig in den Altersgruppen der 45- bis unter 60-Jährigen deutlich abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind und in diesen Altersgruppen die durchschnittliche Verweildauer niedriger liegt, ist insgesamt zumindest in Bezug auf den Teileffekt der demografischen Entwicklung – mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Orthopädie und Unfallchirurgie zu rechnen.

Bei der planerischen Umsetzung dieser Analysen und Prognosen war zu berücksichtigen, dass die durch die Weiterbildungsordnung für Ärzte (WBO) angepasste Zusammenfassung von Teilgebieten der Chirurgie und Orthopädie in den Kliniken keineswegs einheitlich umgesetzt wurde. Auch das unterschiedliche Leistungsspektrum zwischen durchweg planbarer Endoprothetik und akuter Traumatologie erforderte regionale Anpassungen bei Verweildauern und Sollnutzungsgrad.

### 7.3.17. Plastische Chirurgie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 5 Fachabteilungen für Plastische Chirurgie mit insgesamt 80 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,2 Betten je 10.000 Einwohner.

Insgesamt weisen die Patienten in der Plastischen Chirurgie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter von 60 Jahren und älter, während in den mittleren Altersgruppen, und vor allem in den Altersgruppen 45 bis unter 55 Jahren, tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Aufgrund der geringen Fall- und Bettenzahlen war die Irrtumswahrscheinlichkeit für genaue prognostische Hochrechnungen zu hoch.

### 7.3.18. Urologie

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 36 Fachabteilungen für Urologie mit insgesamt 818 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 2,0 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in der Versorgungsregion Rheinhesen-Nahe (2,5) überdurchschnittlich, während sie in der Westpfalz (1,6) etwas unterdurchschnittlich ausfiel.

Insgesamt weisen die Patientinnen und Patienten in der Urologie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist v. a. durch den deutlichen Zuwachs in den höheren Altersgruppen insgesamt von einer Zunahme der Fallzahl in der Urologie um insgesamt 6,7% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patienten im Alter von 60 Jahren und älter, während in den Altersgruppen unter 55 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Unterdurchschnittliche Verweildauern zeigen sich in der Urologie vornehmlich in den Altersgruppen bis unter 60 Jahren. Deutlich zu erkennen ist der Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer mit zunehmendem Alter. Aufgrund geringer Fallzahlen – nur rund 5% aller Fälle in der Urologie sind jünger als 25 Jahre – sind die mittleren Verweildauern bei den Altersgruppen unter 25 Jahre nur eingeschränkt interpretierbar. Da die Altersgruppen, für die bis zum Jahr 2025 mit einer Zunahme des Fallvolumens in der Urologie zu rechnen ist (65 Jahre und älter), überdurchschnittlich hohe Verweildauern aufweisen, ist – zumindest in Bezug auf die demografische Entwicklung – insgesamt mit einem Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer in der Urologie zu rechnen.

### **7.3.19. Strahlentherapie**

Im Jahr 2016 gab es in Rheinland-Pfalz 8 Fachabteilungen für Strahlentherapie mit insgesamt 124 Planbetten. Bezogen auf die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz entspricht dies einer Bettendichte von 0,3 Betten je 10.000 Einwohner. Dabei war die Bettendichte in den Versorgungsregionen Rheinhessen-Nahe (0,5) und Trier (0,5) leicht überdurchschnittlich.

Insgesamt weisen die Fälle in der Strahlentherapie ein verhältnismäßig hohes Durchschnittsalter auf. Auf Grundlage der altersgruppenspezifischen Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ist von einer Zunahme der Fallzahlen in der Strahlentherapie um insgesamt 11,3% bis zum Jahr 2025 auszugehen. In der Vorausberechnung bis zum Jahr 2025 zeigt sich vor allem ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei den Patientinnen und Patienten im Alter von 65 bis unter 75 Jahren, während in den Altersgruppen 40 bis unter 55 Jahren tendenziell abnehmende Fallzahlen zu erwarten sind. Die durchschnittliche Verweildauer im Fachgebiet der Strahlentherapie lag im Jahr 2016 über alle Altersgruppen hinweg bei 8,6 Tagen. Mit Ausnahme der über 75-Jährigen lag die durchschnittliche Verweildauer je Altersgruppe jeweils darunter (zwischen 2,0 und 8,5). Aufgrund sehr geringer Fallzahlen – nur rund 6% aller Fälle in der Strahlentherapie sind jünger als 45 Jahre – sind die mittleren Verweildauern bei den Altersgruppen unter 45 Jahre nur eingeschränkt interpretierbar. In den Altersgruppen mit den höchsten Fallzahlen (ab 55 Jahren) liegt die Verweildauer in den Altersgruppen 55 bis unter 75 Jahren geringfügig unter dem durchschnittlichen Niveau, während die 75-Jährigen und Älteren eine überdurchschnittliche Verweildauer auswiesen. Da die Altersgruppen 60 bis unter 65 Jahre und 65 bis unter 75 Jahre, in denen bis zum Jahr 2025 der größte Fallzahlzuwachs (+25% und +28%) zu erwarten ist, eine unterdurchschnittliche Verweildauer aufweisen, ist insgesamt in Bezug auf die demografische Entwicklung nur mit einer geringen Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer in der Strahlentherapie zu rechnen.

# II. GESAMTDARSTELLUNGEN UND STRUKTURBLÄTTER AUF STANDORTEBENE

## 8.1 Bedarf und Planung bei Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

### 8.1.1. Bedarf und Planung der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Erwachsener in den Versorgungsregionen

#### 1. Versorgungsregion Ahrweiler

Die Pflichtversorgung wird durch die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik in Bad Neuenahr-Ahrweiler mit der angegliederten Tagesklinik sichergestellt. Die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik betreibt einen Schwerpunkt Psychosomatik. Auch am Krankenhaus Maria Hilf in Bad Neuenahr-Ahrweiler besteht ein Schwerpunkt Psychosomatik.

Zukünftig soll zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region an der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik eine Ausweitung der Bettenkapazitäten um 20 Betten erfolgen.

Der Bettenüberhang der Versorgungsregion wird gemäß bestehender Absprachen mit dem benachbarten Land Nordrhein-Westfalen für die erforderliche Versorgung der angrenzenden Regionen zur Verfügung gestellt.

#### 2. Versorgungsregion Altenkirchen und nördlicher Westerwald / Versorgungsregion nördlicher Westerwald

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Pflichtversorgung wird durch das St. Antonius-Kranken-

haus in Wissen mit der angegliederten Tagesklinik in Wissen sowie einer Tagesklinik in Kirchen sichergestellt. Die Klinik betreibt zudem einen Schwerpunkt Psychosomatik. Zur Verbesserung der tagesklinischen Versorgung in der Region ist eine Aufstockung um jeweils 3 Plätze an jeweils beiden tagesklinischen Standorten in Kirchen und Wissen vorgesehen. Die Klinik plant außerdem die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung.

#### 3. Versorgungsregion Neuwied

Die Pflichtversorgung wird durch das Marienhaus Klinikum St. Antonius Waldbreitbach mit angegliederter Tagesklinik in Neuwied sichergestellt. Das St. Antonius-Krankenhaus in Waldbreitbach betreibt außerdem einen Schwerpunkt Psychosomatik. Auch am Krankenhaus St. Elisabeth in Neuwied ist in der Abteilung für Innere Medizin ein Schwerpunkt Psychosomatik eingerichtet.

Geplant ist eine Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten um 5 „eingestreuete“ Plätze in Waldbreitbach.

#### 4. Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis

Die Pflichtversorgung wird durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses in Lahnstein mit seiner angegliederten Tagesklinik sichergestellt. Die Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und

Psychosomatik in Katzenelnbogen trägt ebenfalls zur Deckung des Bedarfs in der Region bei. Die Fachklinik Katzenelnbogen verfügt über einen Schwerpunkt Psychosomatik. Ihre Tagesklinik soll um vier Plätze erweitert werden.

### **5. Versorgungsregion Vulkan- und Westeifel**

Die Pflichtversorgung wird durch die Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am St. Elisabeth-Krankenhaus in Gerolstein in Zusammenarbeit mit der dort angegliederten Tagesklinik sowie der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik am Marienhaus Klinikum Eifel Bitburg gewährleistet. Die Abteilung für Innere Medizin am St. Elisabeth-Krankenhaus in Gerolstein verfügt zudem über einen Schwerpunkt Psychosomatik. Zur Versorgung trägt außerdem die Abteilung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Psychosomatik am Krankenhaus Maria Hilf in Daun bei.

Die Tagesklinik in Gerolstein soll um 6 Plätze erweitert werden.

### **6. Versorgungsregion Bernkastel-Wittlich**

Die Pflichtversorgung wird durch die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tagesklinik am Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich am Standort Wittlich sichergestellt. Die Abteilung wird in Kürze an den Standort Wittlich umziehen. Zur Deckung des Bedarfs in der Region trägt zudem die Abteilung für Psychosomatische Medizin am Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich am Standort Bernkastel-Kues bei.

### **7. Neu: Versorgungsregion Trier und**

### **8. Versorgungsregion Saarburg**

Die Pflichtversorgung wird bisher durch die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tagesklinik am Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier in Verbindung mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik

am Kreiskrankenhaus St. Franziskus-Krankenhaus in Saarburg sichergestellt. Zusätzlich trägt die Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des St. Josef-Krankenhauses in Hermeskeil zur Bedarfsdeckung bei. Zur Deckung des Bedarfs in der Region tragen derzeit zudem die Abteilung für Psychosomatische Medizin des Kreiskrankenhauses St. Franziskus Krankenhauses Saarburg und die Abteilung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Psychosomatik des Mutterhauses der Borromäerinnen, Klinikum Nord bei.

Die bereits seit langem geplante Erweiterung der Bettenkapazitäten am Mutterhaus der Borromäerinnen um 20 Betten soll demnächst am Standort Nord umgesetzt werden. Außerdem ist eine Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten um 2 Plätze geplant. Weiterhin wird der bisherige Schwerpunkt Psychosomatik in eine 20-Betten-Abteilung umgewandelt.

Um die Versorgung des südlichen Teils des Landkreises Trier-Saarburg zu verbessern und den Patientinnen und Patienten eine gemeindenahe Versorgung zu ermöglichen, soll die Versorgungsregion zukünftig geteilt werden. Die Pflichtversorgung für die Stadt Trier und den nördlichen Teil des Landkreises Trier-Saarburg wird dann weiter das Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier übernehmen. Die Pflichtversorgung für den südlichen Teil des Landkreises Trier-Saarburg wird eine neu einzurichtende Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit 60 Betten am Kreiskrankenhaus St. Franziskus Krankenhaus in Saarburg übernehmen. Diese Abteilung wird auch einen Schwerpunkt Psychosomatik betreiben.

### **9. Versorgungsregion Mittelrheinisches Becken, Hocheifel, Südlicher Westerwald**

Die Pflichtversorgung wird durch die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach mit den Tageskliniken in Koblenz, Mayen, Andernach und Cochem sichergestellt. Zur Versorgung tragen außerdem die Tagesklinik am Herz-Jesu-Krankenhaus in Dernbach sowie die Fachklinik für Psychiatrie und

Psychotherapie der Barmherzigen Brüder in Saffig mit angeschlossener Tagesklinik bei. Außerdem betreibt das St. Nikolaus-Stiftshospital in Andernach einen psychosomatischen Schwerpunkt in der Abteilung für Innere Medizin. Auch die Rhein-Mosel-Fachklinik verfügt über einen Schwerpunkt Psychosomatik.

Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung ist die Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit 20 Plätzen in Koblenz geplant. Mit dem Ziel der weiteren Regionalisierung der Rhein-Mosel-Fachklinik und der Verbesserung der Versorgungssituation der Koblenzer Bevölkerung ist zudem perspektivisch die bettenneutrale Verlagerung von 60 Betten der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach nach Koblenz vorgesehen. Zur Verbesserung der Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist zudem eine Erweiterung der Bettenkapazitäten an der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach um 10 Betten geplant. Zukünftig soll die Tagesklinik in Dernbach um 10 Plätze erweitert werden. Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung wird außerdem eine Tagesklinik mit 20 Plätzen in Trägerschaft des Herz-Jesu-Krankenhauses im Westerwaldkreis eingerichtet. 10 zusätzliche tagesklinische Plätze an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Barmherzigen Brüder in Saffig sollen besonders der tagesklinischen Behandlung von jungen Menschen mit Mehrfachdiagnosen dienen.

Die Rhein-Mosel-Fachklinik plant die Einführung von StÄB.

### **10. Versorgungsregion Hunsrück**

Die Pflichtversorgung wird durch die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tagesklinik der Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie in Simmern sichergestellt. Zur Deckung des Bedarfs in der Region trägt außerdem die Abteilung für Psychosomatische Medizin am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein am Standort Boppard bei.

Die Kapazitäten der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie in Simmern sollen um 3 Betten und 2 tagesklinische Plätze angehoben werden. Außerdem ist eine Erweiterung der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein am Standort Boppard um 9 Betten vorgesehen, auch mit dem Ziel, an allen anderen Standorten des Gemeinschaftsklinikums in Nastätten, Mayen und Koblenz psychosomatische Konsildienste einzurichten.

### **11. Versorgungsregion Birkenfeld**

Die Pflichtversorgung wird durch die Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Idar-Oberstein sichergestellt. Das Klinikum verfügt über einen Schwerpunkt Psychosomatik und plant die Einführung von StÄB.

### **12. Versorgungsregion Rheinhessen**

Die Pflichtversorgung dieser Region erfolgt durch die Rheinhessen-Fachklinik Alzey mit Tagesklinik in Zusammenarbeit mit der DRK-Tagesklinik in Worms und der DRK-Tagesklinik Bad Kreuznach. Die Rheinhessen-Fachklinik verfügt über einen Schwerpunkt Psychosomatik. Darüber hinaus trägt das Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach mit seiner Abteilung für Psychosomatische Medizin zur Deckung des Bedarfs in der Region bei.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation junger Erwachsener wird an der Rheinhessen-Fachklinik Alzey eine Adoleszentenstation mit 20 Betten und 6 tagesklinischen Plätzen planbettenneutral eingerichtet. Zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden zukünftig – planbettenneutral – 10 Betten für die Behandlung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vorgehalten. Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region ist die Einrichtung einer

gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit 15 Plätzen am Standort Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe in Bad Kreuznach in Trägerschaft der Rheinhessen-Fachklinik geplant.

### **13. Versorgungsregion Mainz**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Zur Versorgung tragen ebenfalls die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz sowie die Paritätische Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Mainz bei.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz wird zunächst um 4 Betten und 6 tagesklinische Plätze erweitert. In einem nächsten Schritt ist die Einrichtung einer 18-Betten-Station für die spezialisierte Behandlung therapieresistenter Depressionen vorgesehen. An der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz ist die Einrichtung von weiteren 10 Betten und 15 tagesklinischen Plätzen geplant. Die Kapazitäten der Tagesklinik Mainz werden um insgesamt 15 Plätze erhöht. Hiervon sind 5 Plätze für die psychoonkologische Behandlung und 5 Plätze für die Behandlung von psychisch schwer erkrankten Müttern mit ihren Babys vorgesehen.

### **14. Versorgungsregion Kaiserslautern**

Die Pflichtversorgung wird durch das Pfalzkllinikum (AdöR) in Kaiserslautern sichergestellt. Das Pfalzkllinikum verfügt über einen psychosomatischen Schwerpunkt. Zudem trägt die Klinik für Psychosomatik am Westpfalzkllinikum Kaiserslautern zur Deckung des Bedarfs in der Region bei. Die bereits seit langem geplante Einrichtung von tagesklinischen Plätzen soll demnächst umgesetzt werden.

Es ist geplant, in Trägerschaft des Pfalzkllinikums modellhaft eine Soteria mit 7 Betten in Kaiserslautern einzurichten. Das Pfalzkllinikum plant auch in Kaiserslautern die Einführung von StÄB.

### **15. Versorgungsregion Kusel**

Die Pflichtversorgung wird durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Rockenhausen des Pfalzkllinikums (AdöR) mit Tagesklinik, in Zusammenarbeit mit der Tagesklinik in Kusel, ebenfalls in Trägerschaft des Pfalzkllinikums (AdöR), sichergestellt. Das Pfalzkllinikum verfügt über einen psychosomatischen Schwerpunkt und plant die Einführung der Stationsäquivalenten Behandlung. Zukünftig vorgesehen ist die Einrichtung von 10 tagesklinischen Plätzen zur Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen an der Tagesklinik in Kusel.

### **16. Versorgungsregion Südwestpfalz**

Die Pflichtversorgung wird durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tagesklinik am Städtischen Krankenhaus Pirmasens sichergestellt. Geplant ist eine Erweiterung der Kapazitäten um 10 Betten.

### **17. Region Ludwigshafen**

Die Pflichtversorgung für die Stadt Ludwigshafen erfolgt durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tagesklinik am Krankenhaus „Zum Guten Hirten“ in Ludwigshafen. Eine Erweiterung dieser Kapazitäten um 20 Betten ist geplant. Die Klinik für Geriatrie und Innere Medizin am Krankenhaus „Zum Guten Hirten“ verfügt zudem über einen Schwerpunkt Psychosomatik.

### **18. Versorgungsregion Frankenthal**

Die Pflichtversorgung wird durch die Psychiatrisch-Psychotherapeutische Abteilung der Stadtklinik Frankenthal sichergestellt. Geplant ist eine Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten um 20 Plätze.

## **19. Versorgungsregion Südliche Weinstraße**

Die Pflichtversorgung wird durch das Pfalzklini-  
kum (AdöR) in Klingenmünster mit den Tageskli-  
niken in Landau, Speyer und Wörth sichergestellt.  
Außerdem trägt die Privatklinik Bad Gleisweiler  
zur Versorgung bei.

Es ist geplant, die Kapazitäten des Pfalzklini-  
kums um 15 Betten zu erweitern und zur Verbesserung  
der tagesklinischen Suchtbehandlung 5 Plätze  
einzurichten. Außerdem soll zur Verbesserung der  
gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region  
eine Tagesklinik mit 20 Plätzen in der Südpfalz  
eingerrichtet werden. Das Asklepios Südpfalzklini-  
kum Germersheim wird zukünftig einen Schwer-  
punkt Psychosomatische Medizin in der Abteilung  
für Innere Medizin betreiben. Derzeit in der Um-  
setzung befinden sich weitere 15 tagesklinische  
Plätze der Privatklinik Bad Gleisweiler.

## **20. Versorgungsregion Bad Dürkheim**

Die Pflichtversorgung wird durch die Klinik Son-  
nenwende in Bad Dürkheim mit den Tageskliniken  
in Bad Dürkheim und Grünstadt sichergestellt.  
Weiterhin trägt die Abteilung für Psychosoma-  
tische Medizin und Psychotherapie des Evan-  
gelischen Krankenhauses in Bad Dürkheim zur  
Versorgung in der Region bei.

Geplant ist eine Erweiterung der Kapazitäten des  
Evangelischen Krankenhauses um 12 Betten.

## **8.1.2. Bedarf und Planung der Versor- gung psychisch und psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in den Versorgungsregionen**

### **1. Versorgungsregion Bad Neuenahr-Ahrweiler**

Die Pflichtversorgung wird durch die DRK Fachkli-  
nik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychothe-  
rapie/Psychosomatik in Bad Neuenahr-Ahrweiler  
mit Tagesklinik in Bad-Neuenahr sichergestellt.  
Die DRK Fachklinik plant, zukünftig auch stations-  
äquivalente Behandlung anzubieten.

### **2. Versorgungsregion Neuwied**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch das voll- und  
teilstationäre Angebot des Johanniter-Zentrums  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuwied. Zur  
Regionalisierung der Versorgung befindet sich in  
Koblenz eine weitere Tagesklinik mit 20 Plätzen  
im Bau. Die Klinik plant die Einführung der stati-  
onsäquivalenten Behandlung.

### **3. Versorgungsregion Trier**

Die Pflichtversorgung obliegt der Abteilung für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik mit Tagesklinik des Klinikums  
Mutterhaus der Borromäerinnen Mitte in Trier.  
Derzeit erfolgt die Umsetzung von weiteren 10  
Betten. Zusätzlich wird durch die DRK Fachklinik  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie,  
Psychotherapie/ Psychosomatik in Bad Neuenahr-  
Ahrweiler eine Tagesklinik in Daun betrieben.  
Geplant ist am Klinikum Mutterhaus der Bor-  
romäerinnen Mitte in Trier eine Erweiterung der  
Plätze um 10. Zukünftig möchte die Klinik auch  
stationsäquivalente Behandlung anbieten.

#### **4. Versorgungsregion Rheinhessen/Hunsrück**

Die Pflichtversorgung obliegt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey, zu der auch eine Tagesklinik in Worms gehört. In Kürze wird außerdem die Klinik Viktoria-Stift Bad Kreuznach mit einer Tagesklinik zur Versorgung in der Region beitragen. Geplant ist eine weitere Regionalisierung durch die Einrichtung einer Tagesklinik mit 20 Plätzen in Simmern in Trägerschaft der Rheinhessen-Fachklinik. Die Rheinhessen-Fachklinik sieht zudem die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung vor.

#### **5. Versorgungsregion (Süd)Pfalz**

Die Pflichtversorgung obliegt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Pfalzkrankenhauses mit integrierten tagesklinischen Plätzen sowie weiteren Tageskliniken in Kaiserslautern, Pirmasens und Speyer. Geplant ist eine Erweiterung der Bettenanzahl des Pfalzkrankenhauses um 7 Betten. Die Klinik plant die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung.

#### **6. Versorgungsregion Westerwald**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am DRK-Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg mit Tagesklinik in Altenkirchen. Geplant ist eine Erweiterung der Kapazitäten um 2 Betten und um 10 tagesklinische Plätze für die Eltern-Säuglings-/Kleinkind Behandlung.

#### **7. Versorgungsregion Mainz**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch die Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik der Rheinhessen-Fachklinik Mainz mit Tagesklinik. Der Chefarzt ist zugleich Inhaber des Lehrstuhls für Kinder- und Jugend-

psychiatrie- und -psychotherapie an der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Die Klinik plant die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung.

#### **8. Versorgungsregion Ludwigshafen:**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des St. Marien- und St. Annastifts Krankenhauses mit Tagesklinik in Ludwigshafen. Eine Aufstockung der Kapazitäten um 10 Betten und 10 tagesklinische Plätze ist vorgesehen. Zudem plant die Klinik die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung.

#### **9. Versorgungsregion Birkenfeld**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Tagesklinik am Klinikum Idar-Oberstein. Die Klinik plant die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung.

#### **10. Versorgungsregion Rhein-Lahn**

Die Pflichtversorgung erfolgt durch die Vitos Klinik Rheinhöhe Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Eltville am Rhein. Derzeit befindet sich die Einrichtung einer Tagesklinik in Nassau in der Umsetzung.

## 8.2. Betten Rheinland-Pfalz alle Fachrichtungen 2016 und Ziel 2025 (Planungshorizont 31.12.2025)

### Chirurgie

Fachrichtung: Chirurgie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	3.765	0
Bedarf Planungs- horizont	3.355	0
Differenz	- 410	0

In der Fachrichtung Chirurgie ist ein Bettenabbau von 410 Betten zu verzeichnen.

### Geriatric

Fachrichtung: Geriatric		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	833	0
Bedarf Planungs- horizont	1.314	0
Differenz	+ 481	0

In der Fachrichtung Geriatric ist ein starker Bettenaufbau von 481 Betten zu verzeichnen.

### Innere Medizin

Fachrichtung: Innere Medizin		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	7.329	214
Bedarf Planungs- horizont	7.294	262
Differenz	- 35	+ 48

Im vollstationären Bereich in der Fachrichtung Innere Medizin ist ein Bettenaufbau von von 35 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist ebenfalls ein Aufbau von 48 Tagesklinikplätzen erkennbar.

### Gynäkologie/Geburtshilfe

Fachrichtung: Gynäkologie/Geburtshilfe		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	1.585	0
Bedarf Planungs- horizont	1.251	0
Differenz	- 334	0

In der Fachrichtung Gynäkologie/Geburtshilfe ist ein Bettenabbau von 334 Betten zu verzeichnen.

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fachrichtung: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	530	0
Bedarf Planungshorizont	433	4
Differenz	- 97	+ 4

In der Fachrichtung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist ein Bettenabbau von 97 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist jedoch ein leichter Aufbau von 4 Tagesklinikplätzen erkennbar.

## Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Fachrichtung: Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	65	0
Bedarf Planungshorizont	61	0
Differenz	- 4	0

In der Fachrichtung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist ein leichter Bettenabbau von 4 Betten zu verzeichnen.

## Kinder- und Jugendmedizin

Fachrichtung: Kinder- und Jugendmedizin		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	815	16
Bedarf Planungshorizont	802	25
Differenz	-13	+ 9

Im vollstationären Bereich in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin ist ein leichter Bettenabbau von 13 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist jedoch ein leichter Aufbau von 9 Tagesklinikplätzen erkennbar.

## Neurochirurgie

Fachrichtung: Neurochirurgie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	225	0
Bedarf Planungshorizont	268	0
Differenz	+ 43	0

In der Fachrichtung Neurochirurgie ist ein Bettenaufbau von 43 Betten zu verzeichnen.

## Unfallchirurgie/Orthopädie

Fachrichtung: Unfallchirurgie/Orthopädie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	2.000	0
Bedarf Planungs- horizont	1.913	0
Differenz	- 87	0

In der Fachrichtung Unfallchirurgie/Orthopädie ist ein Bettenabbau von 87 Betten zu verzeichnen.

## Dermatologie

Fachrichtung: Dermatologie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	97	10
Bedarf Planungs- horizont	102	10
Differenz	+ 5	0

In der Fachrichtung Dermatologie ist ein leichter Bettenaufbau von 5 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist hingegen keine Veränderung der Tagesklinikplätze erkennbar.

## Urologie

Fachrichtung: Urologie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	804	0
Bedarf Planungs- horizont	754	0
Differenz	- 50	0

In der Fachrichtung Urologie ist ein Bettenabbau von 50 Betten zu verzeichnen.

## Kardiovaskularchirurgie

Fachrichtung: Kardiovaskularchirurgie		
	Plan- und Ver- tragsbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	233	0
Bedarf Planungshorizont	235	0
Differenz	+ 2	0

In der Fachrichtung Kardiovaskularchirurgie ist ein leichter Bettenaufbau von 2 Betten zu verzeichnen.

## Augenheilkunde

Fachrichtung: Augenheilkunde		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	178	0
Bedarf Planungs- horizont	177	0
Differenz	- 1	0

In der Fachrichtung Augenheilkunde ist ein leichter Bettenabbau von 1 Bett zu verzeichnen.

## Intensivmedizin/Anästhesie

Fachrichtung: Intensivmedizin/Anästhesie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	845	12
Bedarf Planungs- horizont	952	18
Differenz	+107	+6

In der Fachrichtung Intensivmedizin/Anästhesie ist ein Bettenaufbau von 107 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist ebenso ein Aufbau von 6 Tagesklinikplätzen erkennbar.

## Neurologie

Fachrichtung: Neurologie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	1.100	14
Bedarf Planungs- horizont	1.075	30
Differenz	-25	+16

In der Fachrichtung Neurologie ist ein Bettenabbau von 25 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist ebenfalls ein Aufbau von 16 Tagesklinikplätzen erkennbar.

## Interdisziplinäre Versorgung

Fachrichtung: Interdisziplinäre Versorgung		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	60	0
Bedarf Planungs- horizont	33	0
Differenz	-27	0

In der Fachrichtung Interdisziplinäre Versorgung ist ein Bettenabbau von 27 Betten zu verzeichnen.

## Konservative Orthopädie

Fachrichtung: Konservative Orthopädie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	364	0
Bedarf Planungs- horizont	413	0
Differenz	+49	0

In der Fachrichtung Konservative Orthopädie ist ein Bettenaufbau von 49 Betten zu verzeichnen.

## Plastische Chirurgie

Fachrichtung: Plastische Chirurgie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	74	0
Bedarf Planungs- horizont	44	0
Differenz	-30	0

In der Fachrichtung Plastische Chirurgie ist ein Bettenabbau von Betten zu verzeichnen.

## Radiologie/Nuklearmedizin

Fachrichtung: Radiologie/ Nuklearmedizin		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	39	0
Bedarf Planungs- horizont	38	0
Differenz	-1	0

In der Fachrichtung Radiologie/Nuklearmedizin ist ein leichter Bettenabbau von 1 Bett zu verzeichnen.

## Strahlentherapie

Fachrichtung: Strahlentherapie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	85	0
Bedarf Planungs- horizont	77	0
Differenz	-8	0

In der Fachrichtung Strahlentherapie ist ein leichter Bettenabbau von 8 Betten zu verzeichnen.

## Psychiatrie und Psychotherapie

Fachrichtung: Psychiatrie und Psychotherapie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	2.476	876
Bedarf Planungs- horizont	2.643	1.067
Differenz	+167	+191

Im vollstationären Bereich in der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie ist ein starker Bettenaufbau von 167 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist ebenfalls ein starker Aufbau von 191 Tagesklinikplätzen zu erkennen.

## Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachrichtung: Kinder- und Jugendpsychiatrie und		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	284	270
Bedarf Planungs- horizont	303	320
Differenz	+19	+50

In der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist ein leichter Bettenaufbau von 19 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist ebenfalls ein Aufbau von 50 Tagesklinikplätzen erkennbar.

## Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Fachrichtung: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Status quo	193	38
Bedarf Planungs- horizont	219	53
Differenz	+26	+15

Im vollstationären Bereich in der Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein Bettenaufbau von 26 Betten zu verzeichnen. Im tagesklinischen Bereich ist ebenfalls ein Aufbau von 15 Tagesklinikplätzen zu erkennen.

## 8.3. Gesamtbetten nach Versorgungsregionen

### Mittelrhein-Westerwald

Mittelrhein-Westerwald		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Betten 2016	7.650	456
Bedarf Planungs- horizont	7.191	568
Differenz	- 459	+ 112

### Rheinpfalz

Rheinpfalz		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Betten 2016	4.936	345
Bedarf Planungs- horizont	5.098	433
Differenz	+ 162	+ 88

### Trier

Trier		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Betten 2016	3.392	177
Bedarf Planungs- horizont	3.367	200
Differenz	- 25	+ 23

### Westpfalz

Westpfalz		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Betten 2016	2.514	56
Bedarf Planungs- horizont	2.495	80
Differenz	- 19	+ 24

### Rheinhessen-Nahe

Rheinhessen-Nahe		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Betten 2016	5.461	416
Bedarf Planungs- horizont	5.579	508
Differenz	+ 118	+ 92

## 8.4. Gesamtdarstellung Betten Rheinland-Pfalz gesamt 2016 und Ziel 2025

### Betten und Tagesklinikplätze Rheinland-Pfalz

Betten und Tagesklinikplätze Rheinland-Pfalz		
	Planbetten	Tagesklinik/ Plätze
Betten 2016	23.953	1.450
Bedarf Planungshorizont	23.730	1.789
Differenz	- 223	+ 339

Insgesamt werden voraussichtlich im vollstationären Bereich 223 Betten ab- und im tagesklinischen Bereich 339 Plätze aufgebaut.

## 8.5. Strukturblätter auf Standortebene

### Marienhause Klinikum Kreis Ahrweiler, StO St. Josef-Krankenhaus, Adenau

Anschrift: Mühlenstraße 31–35, 53518 Adenau

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art d. Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	27			
Chirurgie	23			
Interdisziplinäre Versorgung: GYN, URO, GefäSSCH	5			
Geriatric			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>50</b>		<b>31</b>	<b>86</b>
Tagesklinik Geriatric				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Bad Neuenahr und in Adenau.

# DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg, StO Altenkirchen

Anschrift: Leutzbacher Weg 21, 57610 Altenkirchen

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art d. Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	53			
Chirurgie	23			
Unfallchirurgie / Orthopädie	23			
Urologie	6			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
Kinder- und Jugendpsychiatrie			22	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>106</b>		<b>28</b>	<b>134</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.	30			10 Plätze Mutter-Kind- Behandlung
Tagesklinik Innere Medizin	6			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>36</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# DRK Krankenhaus Alzey, Alzey

Anschrift: Kreuznacher Straße 7-9, 55232 Alzey

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art d. Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	76	5 Palliativ		
Chirurgie	20			
Unfallchirurgie / Orthopädie	24			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1			
Urologie	2			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Gynäkologie/Geburtshilfe	2			
Geriatric			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			8	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>128</b>		<b>33</b>	<b>161</b>
Tagesklinik Geriatric				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## Rheinhessen-Fachklinik, Alzey

Anschrift: Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Neurologie	100	12 Intensivbetten		SE (4) Frühreha
Erwachsenenpsychiatrie			292	PS, StÄB, Mutter-Kind-Beh. (6)
Kinder- und Jugendpsychiatrie			70	Alzey (40), Mainz (30), StÄB
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>100</b>		<b>362</b>	<b>462</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	80			Alzey (60), Bingen (20)
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.	60			Mainz (20), Worms (20), Simmern (20)
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>140</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Nachrichtlich Erwachsenenpsychiatrie: 20 Betten und 6 Plätze Adoleszentenstation, 10 Betten spezielles Behandlungsangebot für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Nachrichtlich KJPP: 10 Betten in Mainz zur Behandlung von Essstörungen.

### Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Ausweisung 10 weiterer neurol. Früh-Reha-Betten Phase B nach Schaffung der baulichen Voraussetzungen.

# Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach

Anschrift: Vulkanstraße 58, 56626 Andernach

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Neurologie	59	5 Intensivbetten		SE (8)
Erwachsenenpsychiatrie			298	PS, StÄB
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>59</b>		<b>298</b>	<b>357</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	105			And. (30), MY (20), KO (20), KO (20 Gerontopsychiatrie), COC (15)
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie	14			
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>119</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Erwachsenenpsychiatrie: Kapazitätsneutrale Verlagerung von 60 Betten von Andernach nach Koblenz geplant

Erwachsenenpsychiatrie: 10 Betten Spezielles Behandlungsangebot für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## St. Nikolaus-Stiftshospital, Andernach

Anschrift: Ernestusplatz 1, 56626 Andernach

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	121	8 Palliativ		PS
Chirurgie	26			
Unfallchirurgie / Orthopädie	50			
Urologie	10			
Gynäkologie/Geburtshilfe	23	11 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>230</b>		<b>14</b>	<b>244</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	10			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>10</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Klinikum Landau – Südliche Weinstraße, StO Annweiler am Trifels

Anschrift: Georg-Staab-Straße 3, 76855 Annweiler am Trifels

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	30	6 Palliativ		
Chirurgie	1			
Geriatric			42	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>31</b>		<b>42</b>	<b>73</b>
Tagesklinik Geriatric				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Annweiler, Bad Bergzabern und Landau.

# DRK Kamillus Klinik, Asbach

Anschrift: Hospitalstraße 6, 53567 Asbach

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	30			
Neurologie	108			SE (8)
Geriatrie			15	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>138</b>		<b>21</b>	<b>159</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Klinikum Landau – Südliche Weinstraße, StO Bad Bergzabern

Anschrift: Danziger Straße 25, 76887 Bad Bergzabern

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	52			
Chirurgie	15			
Unfallchirurgie / Orthopädie	30			
Konservative Orthopädie	55			
Urologie	5			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Intensivmedizin / Anästhesie			7	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>158</b>		<b>7</b>	<b>165</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Annweiler, Bad Bergzabern und Landau.

## Ev. Krankenhaus der Inneren Mission, Bad Dürkheim

Anschrift: Dr. Kaufmann-Str. 2, 67098 Bad Dürkheim

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	74	8 Palliativ, 3 Intensivbetten		
Chirurgie	20			
Unfallchirurgie / Orthopädie	44			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	5			
Geriatrie			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			10	
Psychosomatik			36	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>144</b>		<b>71</b>	<b>215</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)





# Paracelsus Klinik, Bad Ems

Anschrift: Taunusallee 7-11, 56130 Bad Ems

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: p

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	60			
Chirurgie	20			
Unfallchirurgie / Orthopädie	25			
Urologie	7			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	2			
Geriatrie			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>114</b>		<b>31</b>	<b>145</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)



# ACURA-Rheumazentrum, Bad Kreuznach

Anschrift: Kaiser-Wilhelm-Straße 9-11, 55543 Bad Kreuznach

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: p

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	82*			
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>82</b>			
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	8			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>8</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

\*Von den 82 Betten werden 20 Betten Kinderreumatologie erst nach Abschluss der Baumaßnahme umgesetzt.

# Diakonie-Krankenhaus Kreuznacher Diakonie, StO Bad Kreuznach

Anschrift: Ringstraße 58-60, 55543 Bad Kreuznach

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	101	4 Pall		SE (6)
Chirurgie	50			
Unfallchirurgie / Orthopädie	51			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1			
Urologie	17			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	7			
Gynäkologie/Geburtshilfe	42	17 GebH		
Plastische Chirurgie	17			
Kinder-und Jugendmedizin			45	Perinatalzentrum Level 1
Intensivmedizin / Anästhesie			20	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>286</b>		<b>65</b>	<b>351</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Bad Kreuznach und in Kirn.







# Krankenhaus St. Marienwörth, Bad Kreuznach

Anschrift: Mühlenstraße 39, 55543 Bad Kreuznach

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	135			SE (8)
Strahlentherapie	23	12 Palliativ		
Chirurgie	61			
Unfallchirurgie / Orthopädie	6			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	11			
Augenheilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	23			
Intensivmedizin / Anästhesie			15	
Psychosomatik			23	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>260</b>		<b>38</b>	<b>298</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)







# Marienhaus Klinikum Kreis Ahrweiler, StO Krankenhaus Maria Hilf, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Anschrift: Dahlienweg 3, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	110			SE (4) PS
Chirurgie	43			
Unfallchirurgie / Orthopädie	36			
Urologie	22			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	6 GebH		
Geriatric			58	Frühreha
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
Psychosomatik			23	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>235</b>		<b>72</b>	<b>307</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Bad Neuenahr und in Adenau.

# Marienhaus Klinikum, StO St. Josef-Krankenhaus, Bendorf

Anschrift: Entengasse 4-6, 56170 Bendorf

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Unfallchirurgie / Orthopädie	73			
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>73</b>			
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Bendorf, Neuwied und in Waldbreitbach.

# Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich, StO Cusanus Krankenhaus Bernkastel-Kues

Anschrift: Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	55	5 Palliativ		
Urologie	3			
Augenheilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	1			
Geriatric			34	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
Psychosomatik			20	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>60</b>		<b>60</b>	<b>120</b>
Tagesklinik Geriatric				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Bernkastel-Kues und in Wittlich.

# Heilig-Geist-Hospital, Bingen

Anschrift: Kapuzinerstraße 15-17, 55411 Bingen

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	61	3 Intensivbetten		
Chirurgie	40			
Urologie	5			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Gynäkologie/Geburtshilfe	3			
Intensivmedizin / Anästhesie		14 Weaningbetten	20	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>112</b>		<b>20</b>	<b>132</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# DRK Elisabeth Krankenhaus, Birkenfeld

Anschrift: Trierer Straße 16-20, 55765 Birkenfeld

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	46			
Chirurgie	35			
Konservative Orthopädie	40			
Interdisziplinäre Versorgung: MKG, HNO, GYN	8			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>129</b>		<b>6</b>	<b>135</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## Marienkrankenhaus Eifel, StO Bitburg

Anschrift: Krankenhausstraße 1, 54634 Bitburg

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	106	5 Intensivbetten		SE (4)
Chirurgie	40			
Neurochirurgie	10			
Unfallchirurgie / Orthopädie	45			
Urologie	22			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	7 GebH		
Geriatrie			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			12	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>244</b>		<b>37</b>	<b>281</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	20			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Geriatrie ab dem Jahr 2021 geplant.

### Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Bitburg und Gerolstein.

## Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, StO Hospital zum Hl. Geist, Boppard

Anschrift: Hospitalgasse 2, 56154 Boppard

Einrichtungstyp: Im Verbund Maximalversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	40			
Chirurgie	45			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
Psychosomatik			49	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>86</b>		<b>55</b>	<b>141</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Boppard, Koblenz (Betriebsstätten Kemperhof und Ev. Stift), Mayen und in Nastätten.

# Marienkrankenhaus Cochem

Anschrift: Avalonstraße 32, 56812 Cochem

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	40			
Chirurgie	40			
Urologie	14			
Gynäkologie/Geburtshilfe	3			
Geriatrie			40	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>97</b>		<b>46</b>	<b>143</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Krankenhaus Maria Hilf, Daun

Anschrift: Maria-Hilf-Straße 2, 54550 Daun

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	107	5 Palliativ, 18 Ger, 14 PS		SE (4)
Chirurgie	61			
Unfallchirurgie / Orthopädie	35			
Urologie	17			
Gynäkologie/Geburtshilfe	12	6 GebH*		
Intensivmedizin / Anästhesie			10	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>232</b>		<b>10</b>	<b>242</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Der Krankenhausträger hat das Ministerium mündlich darüber informiert, dass die Geburtenstation im Jahr 2019 geschlossen wird.

# Herz-Jesu-Krankenhaus, Dernbach

Anschrift: Südring 8, 56428 Dernbach

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	110	8 Palliativ, 25 Ger		SE (4)
Radiologie/Nuklearmedizin	3			
Chirurgie	48			
Unfallchirurgie / Orthopädie	30			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	7 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>211</b>		<b>14</b>	<b>225</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	80			20 Plätze Gerontopsychiatrie
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>80</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Evangelisches Krankenhaus Dierdorf/Selters, StO Dierdorf

Anschrift: Hachenburger Straße 16, 56269 Dierdorf

Einrichtungstyp: Im Verbund Grundversorger

Versorgungsstufe:

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich	Zielplanung 2025
	01.01.2019				
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten		A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)
Innere Medizin	10*				30
Chirurgie	52				52
Urologie	13				13
Gynäkologie/Geburtshilfe	4				4
Intensivmedizin / Anästhesie			6		6
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>79</b>		<b>6</b>	<b>85</b>	<b>105</b>
Tagesklinik Geriatrie					
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie					
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.					
Tagesklinik Innere Medizin					
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin					
Tagesklinik Neurologie					
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.					
Tagesklinik sonstige					
<b>Teilstationär zusammen</b>					

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

\*Stufenweise räumliche Umsetzung

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Dierdorf und in Selters.

## St. Vincenz Krankenhaus Diez

Anschrift: Adelheidstraße 2, 65582 Diez

Einrichtungstyp: Verbundkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	39			
Chirurgie	42			
Urologie	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	2			
Geriatrie			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>84</b>		<b>31</b>	<b>115</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Stadtklinik Frankenthal

Anschrift: Elsa-Brandström-Straße 1, 67227 Frankenthal

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	100	6 Palliativ		SE (8)
Chirurgie	67			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	6 GebH		
Geriatrie			24	
Intensivmedizin / Anästhesie		6 Weaningbetten	17	
Erwachsenenpsychiatrie			81	Mutter-Kind-Behandlung (6)
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>188</b>		<b>122</b>	<b>310</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	40			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>40</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## Asklepios Südpfalzlinik, StO Germersheim

Anschrift: Am Fronte Karl 2, 76726 Germersheim

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: p

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	58			PS
Chirurgie	41			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	5			
Gynäkologie/Geburtshilfe	24	12 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>128</b>		<b>6</b>	<b>134</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Kandel und Germersheim.

# Marienkrankenhaus Eifel, StO Gerolstein

Anschrift: Aloys-Schneider-Straße 37, 54568 Gerolstein

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	55			PS
Chirurgie	35			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
Erwachsenenpsychiatrie			76	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>90</b>		<b>82</b>	<b>172</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	20			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Bitburg und Gerolstein.

# Kreiskrankenhaus Grünstadt

Anschrift: Westring 55, 67269 Grünstadt

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	87	15 Ger		
Chirurgie	63			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	6			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	10 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			8	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>176</b>		<b>8</b>	<b>184</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg, StO Hachenburg

Anschrift: Alte Frankfurter Straße 12, 57627 Hachenburg

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	75			
Chirurgie	20			
Unfallchirurgie / Orthopädie	36			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	9 GebH		
Geriatric			20	
Intensivmedizin / Anästhesie			8	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>151</b>		<b>28</b>	<b>179</b>
Tagesklinik Geriatric				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## St. Josef-Krankenhaus, Hermeskeil

Anschrift: Koblenzer Straße 23, 54411 Hermeskeil

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	61			
Chirurgie	42			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	2			
Geriatric			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			7	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>106</b>		<b>32</b>	<b>138</b>
Tagesklinik Geriatric				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	40			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>40</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Klinikum Idar-Oberstein GmbH, Idar-Oberstein

Anschrift: Dr. Ottmar-Kohler-Straße 2, 55743 Idar-Oberstein

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	134	6 Palliativ, 12 Intensivbetten		
Neurologie	50			
Chirurgie	68			
Neurochirurgie	20			
Unfallchirurgie / Orthopädie	39			
Urologie	30			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	2			
Gynäkologie/Geburtshilfe	30	9 GebH		
Kinder- und Jugendmedizin		5 Intensivbetten	20	
Geriatrie			30	
Intensivmedizin / Anästhesie			24	
Erwachsenenpsychiatrie			60	PS, StÄB
Kinder- und Jugendpsychiatrie			20	StÄB
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>373</b>		<b>154</b>	<b>527</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	20			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.	15			
Tagesklinik Innere Medizin	4			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>39</b>			

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Krankenhaus Ingelheim der Universitätsmedizin Mainz

Anschrift: Turnerstraße 23, 55218 Ingelheim

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	68			
Chirurgie	50			
Urologie	5			
Gynäkologie/Geburtshilfe	5			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>128</b>		<b>6</b>	<b>134</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

In Abweichung von der Methodologie vorläufiger Bettenbestand i.d. des Kap. II.2.1. letzter Abs. des Krankenhausplans.

## Westpfalz-Klinikum, StO Kaiserslautern

Anschrift: Hellmut-Hartert-Straße 1, 67655 Kaiserslautern

Einrichtungstyp: Im Verbund Maximalversorger

Versorgungsstufe: Maximalversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	307	23 Intensivbetten, 12 Palliativ, 19 PS		KMT
Neurologie	89	10 Intensivbetten		SE (12)
Chirurgie	72	8 Intensivbetten		
Neurochirurgie	42	10 Intensivbetten		
Unfallchirurgie / Orthopädie	69			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1			
Urologie	51	1 Intensivbett		
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	49	1 Intensivbett		
Augenheilkunde	11			
Gynäkologie/Geburtshilfe	47	16 GebH, 2 Intensivbetten		
Herzchirurgie	50	17 Intensivbetten		
Kinder- und Jugendmedizin		19 Intensivbetten	76	Perinatalzentrum Level 1
Geriatric			50	
Intensivmedizin / Anästhesie			15	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>788</b>		<b>141</b>	<b>929</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	20			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin	4			
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.	10			
Tagesklinik sonstige	12			PS
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>46</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Kaiserslautern und in Kusel.

## Asklepios Südpfalzlinik, StO Kandel

Anschrift: Luitpoldstraße 14, 76870 Kandel

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: p

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	101	25 Ger		PS
Chirurgie	50			
Urologie	3			
Gynäkologie/Geburtshilfe	14			
Intensivmedizin / Anästhesie			10	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>168</b>		<b>10</b>	<b>178</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Kandel und Germersheim.



# DRK Krankenhaus Kirchen

Anschrift: Bahnhofstraße 24, 57548 Kirchen (Sieg)

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	74	6 Palliativ 6 Intensivbetten		
Neurologie	20			SE (4)
Chirurgie	51			
Unfallchirurgie / Orthopädie	10			
Urologie	12			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	36	14 GebH		
Kinder-und Jugendmedizin		7 Intensivbetten	30	
Geriatrie			35	
Intensivmedizin / Anästhesie			10	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>204</b>		<b>75</b>	<b>279</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Westpfalz-Klinikum, StO Kirchheimbolanden

Anschrift: Dannenfelser Straße 36, 67292 Kirchheimbolanden

Einrichtungstyp: Im Verbund Grundversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	40			
Chirurgie	30			
Unfallchirurgie / Orthopädie	36			
Gynäkologie/Geburtshilfe	21	6 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie		8 Weaningbetten 7 Intensivbetten	15	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>127</b>		<b>15</b>	<b>142</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Von den 40 ausgewiesenen Betten in der Inneren Medizin werden 30 Betten erst nach Abschluss der Baumaßnahme umgesetzt.

### Sonstige Bemerkungen (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Kirchheimbolanden und in Rockenhausen.

## Diakonie-Krankenhaus Kreuznacher Diakonie, StO Kirn

Anschrift: Jahnstraße 11, 55606 Kirn

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	32			
Chirurgie	7			
Unfallchirurgie / Orthopädie	43			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>82</b>		<b>6</b>	<b>88</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Bad Kreuznach und in Kirn.

# Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie, Klingenmünster

Anschrift: Weinstraße 100, 76829 Klingenmünster

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Neurologie	59	10 Intensivbetten		SE (4) i. Koop. m. Klinikum LD-SÜW
Erwachsenenpsychiatrie			418	PS, StÄB, Rockenhausen (74), Kaiserslautern (97 – hiervon 7 Betten Soteria)
Kinder- und Jugendpsychiatrie			67	StÄB
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>59</b>		<b>485</b>	<b>544</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	167			Landau (22), Speyer (20), Wörth (20), Klingenmünster (5), Gerontopsychiatrie Südpfalz (20), Kaiserslautern (20), Rockenhausen (15), Kusel (30), Eisenberg (15)
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.	65			KL (20), Pirmasens (20), Speyer (20), Klingenmünster (5)
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>232</b>			

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, StO Ev. Stift u. Kemperhof, Koblenz

Anschrift: Koblenzer Straße 115-155, 56073 Koblenz

Einrichtungstyp: Im Verbund Maximalversorger

Versorgungsstufe: Maximalversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	245	10 Palliativ, 25 Intensivbetten		
Radiologie/Nuklearmedizin	5			
Strahlentherapie	3			
Chirurgie	109			
Neurochirurgie	40			
Unfallchirurgie / Orthopädie	116			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	6			
Urologie	43			
Augenheilkunde	9			
Gynäkologie/Geburtshilfe	51	20 GebH		
Plastische Chirurgie	17			
Kinder- und Jugendmedizin		12 Intensivbetten	89	Perinatalzentrum Level 1
Geriatrie			40	
Intensivmedizin / Anästhesie			39	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>644</b>		<b>168</b>	<b>812</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	29			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.	12			
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>41</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Boppard, Koblenz (Betriebsstätten Kemperhof und Ev. Stift), Mayen und in Nastätten.

# Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur, StO Koblenz

Anschrift: Kardinal-Krementsz-Straße, 56073 Koblenz

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	162	6 Intensivbetten		
Neurologie	67			SE (14)
Chirurgie	34			TCH (24)
Unfallchirurgie / Orthopädie	105			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	56			
Gynäkologie/Geburtshilfe	42	19 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			18	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>466</b>		<b>18</b>	<b>484</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie	4			
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige	4			Tinnitus
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>8</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Koblenz (mit 2 Betriebsstätten) und in Montabaur.



## Klinik Lahnhöhe, Lahnstein (auch Vertragskrankenhaus)

Anschrift: Am Kurpark 1, 56112 Lahnstein

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Art der Trägerschaft: p

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Konservative Orthopädie	106			
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>106</b>			
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# St. Elisabeth Krankenhaus, Lahnstein

Anschrift: Ostallee 3, 56112 Lahnstein

Einrichtungstyp: Verbundkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	59			
Chirurgie	20			
Unfallchirurgie / Orthopädie	12			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Gynäkologie/Geburtshilfe	2			
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
Erwachsenenpsychiatrie			60	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>96</b>		<b>66</b>	<b>162</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	20			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Klinikum Landau – Südliche Weinstraße, StO Städtisches Krankenhaus Landau

Anschrift: Bodelschwinghstr. 11, 76829 Landau i. d. Pf.

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	118			SE (4)
Chirurgie	30			
Unfallchirurgie / Orthopädie	33			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4			
Gynäkologie/Geburtshilfe	1			
Intensivmedizin / Anästhesie			13	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>187</b>		<b>13</b>	<b>200</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Annweiler, Bad Bergzabern und Landau.

## Vinzentius-Krankenhaus, Landau

Anschrift: Cornichonstraße 4, 76829 Landau

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich	Bestand ab dem Jahr 2021
	01.01.2019				
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten		A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)
Innere Medizin	103				106
Chirurgie	34				34
Unfallchirurgie / Orthopädie	66				54
Urologie	30				34
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	7				3
Gynäkologie/Geburtshilfe	40	16 GebH			31
Kinder- und Jugendmedizin		7 Intensivbetten	24		29
Intensivmedizin / Anästhesie			16		16
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>280</b>		<b>40</b>	<b>320</b>	<b>307</b>
Tagesklinik Geriatrie					
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie					
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.					
Tagesklinik Innere Medizin					
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin					
Tagesklinik Neurologie					
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.					
Tagesklinik sonstige					
<b>Teilstationär zusammen</b>					

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

In Abweichung von der Methodologie vorläufiger Bettenbestand i.d. des Kap. II.2.1. letzter Abs. des Krankenhausplans.

# Nardini-Klinikum, StO St. Johannis Landstuhl

Anschrift: Nardinistraße 30, 66849 Landstuhl

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	90	6 Palliativ		
Chirurgie	49			
Unfallchirurgie / Orthopädie	61			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	6			
Gynäkologie/Geburtshilfe	35	9 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			10	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>241</b>		<b>10</b>	<b>251</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	8			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>8</b>			

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Landstuhl und in Zweibrücken.



# Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH, Ludwigshafen

Anschrift: Bremserstraße 79, 67063 Ludwigshafen a. Rh.

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Maximalversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	359	30 Ger*		KMT
Haut- u. Geschlechtskrankh.	53			
Radiologie/Nuklearmedizin	8			
Strahlentherapie	15			
Neurologie	91	22 Intensivbetten		SE (14), Frühreha (8)
Chirurgie	144	26 Intensivbetten		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	17			
Urologie	70	6 Intensivbetten		
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	60			
Augenheilkunde	36			
Gynäkologie/Geburtshilfe	31	8 GebH		
Herzchirurgie	55			
Intensivmedizin / Anästhesie			37	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>939</b>		<b>37</b>	<b>976</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	21			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>21</b>			

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

30 Betten Geriatrie in Kooperation/unter Leitung St. Marien- und St. Anastift, Kooperation Herzmedizin/NeuroCH mit Mannheim



## St. Marien- und St. Anna Stift Ludwigshafen

Anschrift: Salzburgerstraße 15, 67067 Ludwigshafen

Einrichtungstyp: 2 Standorte

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	95	9 Palliativ		
Chirurgie	35			
Unfallchirurgie / Orthopädie	80			Alterstraumatologie
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Augenheilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	45	24 GebH		
Kinder- und Jugendmedizin		16 Intensivbetten	65	Perinatalzentrum Level 1, PS
Geriatrie			66	
Intensivmedizin / Anästhesie			20	
Kinder- und Jugendpsychiatrie			30	StÄB
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>259</b>		<b>181</b>	<b>440</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.	30			
Tagesklinik Innere Medizin	6			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin	2			
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.	6			
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>44</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standortzusammenlegung geplant



# Katholisches Klinikum, Mainz

Anschrift: An der Goldgrube 11, 55131 Mainz

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	236	8 Palliativ		
Chirurgie	104			TCH (11)
Unfallchirurgie / Orthopädie	77			
Urologie	3			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	9			
Augenheilkunde	2			
Gynäkologie/Geburtshilfe	66	29 GebH		
Plastische Chirurgie	4			
Geriatrie			71	SE (10)
Intensivmedizin / Anästhesie			25	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>501</b>		<b>96</b>	<b>597</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)



# Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

Anschrift: Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Maximalversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	391	8 Palliativ		KMT
Haut- u. Geschlechtskrankh.	50			
Radiologie/Nuklearmedizin	8			
Strahlentherapie	24			
Neurologie	69			SE (12)
Chirurgie	104			
Neurochirurgie	71			
Unfallchirurgie / Orthopädie	87			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	27			
Urologie	75			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	70			
Augenheilkunde	83			
Gynäkologie/Geburtshilfe	78	28 GebH		
Herzchirurgie	93			
Kinder- und Jugendmedizin			135	Perinatalzentrum Level 1
Geriatrie			80	
Intensivmedizin / Anästhesie			44	
Erwachsenenpsychiatrie			148	StÄB
Psychosomatik			38	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>1.230</b>		<b>445</b>	<b>1.675</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	16			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	15			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin	6			
Tagesklinik Neurologie	3			
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige	51			PS (41), Dermatologie (10)
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>91</b>			

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

In Mainz soll ein stationäres, bettenführendes Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet werden. Der Träger der Rheinischen Fachklinik in Alzey und das Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität werden hierbei kooperieren.

KommSt als eigenständige Fachrichtung innerhalb der HFA HNO.

## Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, StO St. Elisabeth, Mayen

Anschrift: Siegfriedstraße 20, 56727 Mayen

Einrichtungstyp: Im Verbund Maximalversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	100	8 Palliativ		
Chirurgie	25			
Unfallchirurgie / Orthopädie	33			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1			
Urologie	6			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Gynäkologie/Geburtshilfe	50	8 GebH		
Kinder-und Jugendmedizin			12	
Geriatrie			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>218</b>		<b>51</b>	<b>269</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Boppard, Koblenz (Betriebsstätten Kemperhof und Ev. Stift), Mayen und in Nastätten.



# Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur, StO Montabaur

Anschrift: Koblenzer Straße 11-13, 56410 Koblenz

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	88			
Chirurgie	26			
Unfallchirurgie / Orthopädie	36			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2			
Urologie	24			
Intensivmedizin / Anästhesie			7	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>176</b>		<b>7</b>	<b>183</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	7			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>7</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Koblenz (mit 2 Betriebsstätten) und in Montabaur.





## Marienhaus Klinikum Hetzelstift Neustadt

Anschrift: Stiftstraße 10, 67434 Neustadt an der Weinstraße

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	127			SE (4)
Chirurgie	64			
Unfallchirurgie / Orthopädie	50			
Urologie	32			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	24	8 GebH		
Geriatric			40	
Intensivmedizin / Anästhesie		8 Palliativ	24	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>298</b>		<b>64</b>	<b>362</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# DRK Krankenhaus Neuwied

Anschrift: Marktstraße 104, 56564 Neuwied

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	166			
Chirurgie	78			
Neurochirurgie	31			
Unfallchirurgie / Orthopädie	7			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Augenheilkunde	4			
Intensivmedizin / Anästhesie			20	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>289</b>		<b>20</b>	<b>309</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Boppard, Koblenz (Betriebsstätten Kemperhof und Ev. Stift), Mayen und in Nastätten.



# Marienhaus Klinikum, StO St. Elisabeth-Krankenhaus, Neuwied

Anschrift: Friedrich-Ebert-Straße 59, 56564 Neuwied

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	118	10 Palliativ		PS SE(4)
Chirurgie	70			
Unfallchirurgie / Orthopädie	40			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2			
Urologie	25			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4			
Gynäkologie/Geburtshilfe	74	24 GebH		
Kinder- und Jugendmedizin		20 Intensivbetten	67	Perinatalzentrum Level 1
Intensivmedizin / Anästhesie			22	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>333</b>		<b>89</b>	<b>422</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	7			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin	9			
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>16</b>			

## Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Bendorf, Neuwied und in Waldbreitbach.

## Städtisches Krankenhaus, Pirmasens

Anschrift: Pettenkoferstraße 22, 66955 Pirmasens

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	152			SE (4)
Chirurgie	39			
Unfallchirurgie / Orthopädie	33			
Urologie	16			
Gynäkologie/Geburtshilfe	24	10 GebH		
Plastische Chirurgie	6			
Kinder- und Jugendmedizin		4 Intensivbetten	25	
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
Erwachsenenpsychiatrie			90	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>270</b>		<b>129</b>	<b>399</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	20			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# St. Joseph-Krankenhaus, Prüm

Anschrift: Kalvarienberg 4, 54595 Prüm

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	55	5 Palliativ		
Chirurgie	44	4 Intensivbetten		
Augenheilkunde	2			
Gynäkologie/Geburtshilfe	6			
Geriatrie			25	
Intensivmedizin / Anästhesie			6	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>107</b>		<b>31</b>	<b>138</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## VK Linz-Remagen, StO Krankenhaus Maria Stern Remagen

Anschrift: Am Anger 1, 53424 Remagen

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	61			
Chirurgie	28			
Unfallchirurgie / Orthopädie	32			
Gynäkologie/Geburtshilfe	1			
Intensivmedizin / Anästhesie		7 Palliativ	20	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>122</b>		<b>20</b>	<b>142</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Linz und Remagen.



## St. Elisabeth-Krankenhaus, Rodalben

Anschrift: Kirchbergstraße 14, 66976 Rodalben

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	67	6 Palliativ		
Chirurgie	15			
Unfallchirurgie / Orthopädie	30			
Konservative Orthopädie	35			
Augenheilkunde	1			
Intensivmedizin / Anästhesie			7	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>148</b>		<b>7</b>	<b>155</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Kreiskrankenhaus St. Franziskus, Saarburg

Anschrift: Graf-Siegfried-Straße 115, 54439 Saarburg

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art der Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	53			
Chirurgie	59			
Urologie	5			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Augenheilkunde	2			
Gynäkologie/Geburtshilfe	1			
Geriatrie			30	
Intensivmedizin / Anästhesie			10	
Erwachsenenpsychiatrie			60	PS
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>121</b>		<b>100</b>	<b>221</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	20			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)



# Evangelisches Krankenhaus Dierdorf/Selters, StO Selters

Anschrift: Waldstraße 5, 56242 Selters

Einrichtungstyp: Im Verbund Grundversorger

Versorgungsstufe:

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich	Zielplanung 2025
	01.01.2019				
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten		A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)
Innere Medizin	57*				37
Neurologie	40			SE (4)	40
Intensivmedizin / Anästhesie			6		6
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>97</b>		<b>6</b>	<b>103</b>	<b>83</b>
Tagesklinik Geriatrie					
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie					
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.					
Tagesklinik Innere Medizin					
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin					
Tagesklinik Neurologie					
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.					
Tagesklinik sonstige					
<b>Teilstationär zusammen</b>					

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

\*Stufenweise räumliche Umsetzung

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)  
Standorte in Dierdorf und in Selters.

# Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie, Simmern

Anschrift: Holzbacher Straße 1, 55469 Simmern

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	85			
Chirurgie	47			
Urologie	6			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Augenheilkunde	2			
Gynäkologie/Geburtshilfe	20	6 GebH		
Intensivmedizin / Anästhesie			8	
Erwachsenenpsychiatrie			58	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>163</b>		<b>66</b>	<b>229</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	17			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>17</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Anschrift: Hildegardstraße 26, 67346 Speyer

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	146	6 Palliativ		SE (4)
Chirurgie	129			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	69	33 GebH		
Kinder- und Jugendmedizin		18 Intensivbetten	60	Perinatalzentrum Level 1
Geriatrie			55	
Intensivmedizin / Anästhesie			24	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>345</b>		<b>139</b>	<b>484</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin	30			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin	2			
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>32</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## St. Vincentius-Krankenhaus, Speyer

Anschrift: Holzstraße 4a, 67346 Speyer

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	64			
Chirurgie	32			
Unfallchirurgie / Orthopädie	71			
Konservative Orthopädie	25			
Urologie	43			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Augenheilkunde	1			
Intensivmedizin / Anästhesie		8 Weaningbetten	17	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>239</b>		<b>17</b>	<b>256</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Es wird die Bildung eines Verbundkrankenhauses mit dem Krankenhaus Zum Guten Hirten Ludwigshafen angeregt.



# Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier

Anschrift: Nordallee 1, 54292 Trier

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	254	8 Intensivbetten		
Neurologie	99	3 Intensivbetten		SE (12) Frühreha (20)
Chirurgie	65	6 Intensivbetten		
Neurochirurgie	54	12 Intensivbetten		
Unfallchirurgie / Orthopädie	60			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1			
Urologie	50			
Augenheilkunde	30			
Herzchirurgie	37	9 Intensivbetten		TCH
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>650</b>		<b>14</b>	<b>664</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie	5			
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige	15			Teilstationäre Dialyse
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>20</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

## Mutterhaus der Borromäerinnen

Anschrift: Feldstraße 16, 54290 Trier

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Maximalversorgung

Art der Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	245	9 Intensivbetten, 20 PS, 6 Palliativ		
Radiologie/Nuklearmedizin	5			
Strahlentherapie	24			
Chirurgie	171			
Unfallchirurgie / Orthopädie	57			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	77			
Augenheilkunde	2			
Gynäkologie/Geburtshilfe	91	36 GebH		
Kinder- und Jugendmedizin		16 Intensivbetten	64	Perinatalzentrum Level 1
Geriatric			65	
Intensivmedizin / Anästhesie			57	
Erwachsenenpsychiatrie			100	
Kinder- und Jugendpsychiatrie			40	StÄB
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>672</b>		<b>326</b>	<b>998</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	32			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.	20			
Tagesklinik Innere Medizin	11			
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin	2			
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>65</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

Ausweis der Psychosomatik als eigenständige Fachabteilung zum 01.01.2020

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)





## Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich, StO St. Elisabeth-Krankenhaus Wittlich

Anschrift: Koblenzer Straße 91, 54516 Wittlich

Einrichtungstyp: Im Verbund Regelversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art d. Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	89			
Neurologie	43			
Chirurgie	121	4 Intensivbetten		
Unfallchirurgie / Orthopädie	11			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1			
Gynäkologie/Geburtshilfe	24	17 GebH		
Kinder-und Jugendmedizin		2 Intensivbetten	20	
Geriatrie			15	
Intensivmedizin / Anästhesie			14	
Erwachsenenpsychiatrie			75	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>289</b>		<b>124</b>	<b>413</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie	15			
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>15</b>			

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)



# Klinikum Worms gGmbH

Anschrift: Gabriel-von-Seidl-Straße 81, 67550 Worms

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Schwerpunktversorgung

Art d. Trägerschaft: ö

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	252	6 Palliativ		SE (6)
Radiologie/Nuklearmedizin	1			
Chirurgie	71			
Unfallchirurgie / Orthopädie	98			
Urologie	61			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3			
Gynäkologie/Geburtshilfe	65	24 GebH		
Kinder- und Jugendmedizin		22 Intensivbetten	65	Perinatalzentrum Level 1
Geriatric			42	
Intensivmedizin / Anästhesie			38	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>551</b>		<b>145</b>	<b>696</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Klinikum Mittelmosel / St.-Josef-Krankenhaus, Zell

Anschrift: Barlstraße 42, 56856 Zell-Barl (Mosel)

Einrichtungstyp: Einzelkrankenhaus

Versorgungsstufe: Grundversorgung

Art d. Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	86	Palliativ 6 25 Ger		SE (6)
Neurologie	30			SE (4) Frühreha (7)
Chirurgie	33			
Interdisziplinäre Versorgung: ORTH, AH, URO, GYN, HNO, Kinderheilkunde	10			
Intensivmedizin / Anästhesie			7	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>159</b>		<b>7</b>	<b>166</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)**  
**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

# Nardini-Klinikum, StO St. Elisabeth Zweibrücken

Anschrift: Kaiserstraße 14, 66482 Zweibrücken

Einrichtungstyp: Im Verbund Schwerpunktversorger

Versorgungsstufe: Regelversorgung

Art d. Trägerschaft: fg

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Innere Medizin	173			SE (4)
Chirurgie	88			
Urologie	15			
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	8			
Intensivmedizin / Anästhesie			13	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>284</b>		<b>13</b>	<b>297</b>
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.	6			
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>	<b>6</b>			

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Standorte in Landstuhl und in Zweibrücken.

In Abweichung von der Methodologie vorläufiger Bettenbestand i.d. des Kap. II.2.1. letzter Abs. des Krankenhausplans.

## 8.6. Rolle der Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V

Wie unter II.1.1.2. aufgeführt, dürfen die Krankenkassen gemäß § 108 SGB V nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Hierbei sind neben den Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken (Nr. 2 und 1 § 108 SGB V) auch Krankenhäuser zugelassen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Der Vertrag bedarf der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde (§ 109 Abs.3 SGB V).

Wie den folgenden Auflistungen zu den Vertragsbetten zu entnehmen ist, entsprechen die Mehrzahl der Vertragskrankenhäuser Fachkrankenhäusern, deren Leistungsspektrum dann weiter, also etwa „nur“ indikationsbezogen eingrenzend,

festgelegt sein kann. Im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald besteht jedoch zum Zeitpunkt der Planerstellung auch ein umfassender Vertrag, der Betten für mehrere Fachabteilungen auf dem Niveau eines Allgemeinkrankenhauses der Regelversorgung umfasst.

Die genaue Ausgestaltung des Versorgungsauftrages bei Vertragskrankenhäusern ist bei der Krankenhausplanung somit zu berücksichtigen. Im Folgenden werden die Vertragskrankenhäuser mit den einzelnen Aufgabenbereichen für jede Klinik angegeben.



# Capio Mosel-Eifel Klinik, Bad Bertrich

Anschrift: Kurfürstenstraße 40, 56864 Bad Bertrich

Einrichtungstyp: Fachkrankenhaus, Vertragskrankenhaus

Versorgungsgebiet: Mittelrhein-Westerwald

Art d. Trägerschaft: p

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Träger: Capio Deutsche Klinik GmbH

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Chirurgie	99			
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>99</b>			
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen** (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V



## Venen-Clinic für Venen- und Enddarmkrankungen, Bad Neuenahr

Anschrift: Hochstraße 23, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Einrichtungstyp: Fachkrankenhaus, Vertragskrankenhaus

Versorgungsgebiet: Mittelrhein-Westerwald

Art d. Trägerschaft: p

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Träger: phlebo-med GmbH

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Chirurgie	42			
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>42</b>			
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen** (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V



# Bandscheiben Klinik, Gensingen

Anschrift: Alzeyer Str. 23, 55457 Gensingen

Einrichtungstyp: Fachkrankenhaus, Vertragskrankenhaus

Versorgungsgebiet: Rheinhessen-Nahe

Art d. Trägerschaft: p

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Träger: Gesellschaft für Mikroneurochirurgie mbH

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
Neurochirurgie	15			
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>15</b>			
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen** (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V

# Lutrina Klinik, Kaiserslautern

Anschrift: Karl-Marx-Straße 33, 67655 Kaiserslautern

Einrichtungstyp: Fachkrankenhaus, Vertragskrankenhaus

Versorgungsgebiet: Westpfalz

Art d. Trägerschaft: p

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Träger: Lutrina Klinik GbR

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich
	01.01.2019			
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten	
	32			
Chirurgie				
Urologie				
Augenheilkunde				
<b>Vollstationär zusammen</b>		<b>32</b>		
Tagesklinik Geriatrie				
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie				
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.				
Tagesklinik Innere Medizin				
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin				
Tagesklinik Neurologie				
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.				
Tagesklinik sonstige				
<b>Teilstationär zusammen</b>				

**Festlegungen** (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V

# Bundeswehrzentral Krankenhaus (BwZKrHs), Koblenz

Anschrift: Rübenacher Str. 170, 56072 Koblenz

Einrichtungstyp: Fachkrankenhaus, Vertragskrankenhaus

Versorgungsgebiet: Mittelrhein-Westerwald

Art d. Trägerschaft: p

Versorgungsstufe: Fachkrankenhaus

Träger: Bundesministerium der Verteidigung

Fachrichtung/ Fachspezifischer Versorgungsauftrag	Bettenkategorie Bestand am			Nachrichtlich	
	01.01.2019				
	A (Betten mit nachrichtlicher Ausweisung)	B Leistungsbereiche mit Festlegung der Davon-Betten von A oder C	C Abteilungen mit Festlegung der Betten		
Innere Medizin	246				
Haut- u. Geschlechtskrankh.					
Neurologie					
Chirurgie					
Neurochirurgie					
Unfallchirurgie / Orthopädie					
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie					
Urologie					
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde					
Augenheilkunde					
Herzchirurgie					
Intensivmedizin / Anästhesie				7	
Erwachsenenpsychiatrie				3	
<b>Vollstationär zusammen</b>	<b>246</b>		<b>10</b>	<b>256</b>	
Tagesklinik Geriatrie					
Tagesklinik Erwachsenenpsychiatrie					
Tagesklinik Ki- u. Ju.psych.					
Tagesklinik Innere Medizin					
Tagesklinik Kinder- und Jugendmedizin					
Tagesklinik Neurologie					
Tagesklinik Intensivmed./Anästh.					
Tagesklinik sonstige					
<b>Teilstationär zusammen</b>					

### Festlegungen (bedarfsplanerische Ausweisung)

**Sonstige Bemerkungen** (geplante, beantragte Änderungen, die noch nicht konkret planerisch umgesetzt sind)

Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V







# ANHÄNGE

## 1. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abs.	Absatz
AGPD	Ausschuss des Landes Rheinland-Pfalz für Gesundheit, Pflege und Demografie
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsforschung und Forschung im Gesundheitswesen
CH	Chirurgie
CPU	Chest Pain Units, Einheiten, die auf die Behandlungen mit dem Leitsymptom Brustschmerz spezialisiert sind.
CT	Computertomograph(ie)
d.h.	das heißt
DKG	1. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, 2. Deutsche Krankenhausesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
e.V.	eingetragener Verein
etc.	et cetera, lateinisch für „und weiteres“
FPG	Fallpauschalengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
ICD	Internationale(s) Klassifikation(system) der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IM	Innere Medizin
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

i.V.m.	in Verbindung mit
IQTiG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LKG	Landeskrankenhausgesetz (Rheinland-Pfalz)
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
MNR	Magnetresonanztomografie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
o.a.	oben aufgeführt
OPS	Operationen und Prozedurenschlüssel
pAVK	periphere Gefäßerkrankungen
Plan QI	planungsrelevante Qualitätsindikatoren
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
P-Fächer	Zusammenfassung für die Gebiete Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
S/s.	siehe Seite/Kapitel
RehaZ	Rehabilitationseinrichtung/-zentrum
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
s.o.	siehe oben
SV	Spitzenverband
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TAVI	Verfahren zum Katheteregestützten Aortenklappenersatz
TEE	transösophageale (Herz-)Echokardiografie
TK	Tagesklinik
WBO	Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte (der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz)

## 2. Katalog der Auflagen, Aufgaben und Kriterien für Zentren gem. II. 5.2.2.

### 2.1. Auflagen für die Onkologische Zentren

#### Onkologische Zentren (CCC)

Als oberste Versorgungsstufe gelten Comprehensive Cancer Center (CCC; auch Onkologisches Spitzenzentrum und anderweitig genannt). In Deutschland sind hier 12 Universitätskliniken vernetzt. In Rheinland-Pfalz ist die Uniklinik Mainz beteiligt, an der nordwestlichen Landesgrenze ist die Uniklinik in Bonn, jenseits der östlichen Rheingrenze die Universitätskliniken Frankfurt und Heidelberg zu nennen. Mit Blick auf die Erreichbarkeit kann die Versorgung im Land diesbezüglich als gut bewertet werden.

Auf der nächsten Ebene legt Rheinland-Pfalz den Bedarf an CC-Zentren fest, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

#### Onkologische Zentren (CC)

Onkologische Zentren (CC) erfüllen die nachfolgenden Mindestanforderungen:

- Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. für ein Onkologisches Zentrum (hilfsweise Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) und mindestens 3 zertifizierte Organkrebszentren/Module mit aktuellem Stand.
- Zertifikat der Deutschen Krebshilfe für ein Comprehensive Cancer Center (Stand: 7. Ausschreibung).
- Das Zentrum muss sicherstellen, dass gemäß § 5 Landeskrebsregistergesetz (LKRGG) die vollständige Übermittlung aller Daten gemäß ADT/GEKID-Basisdatensatz und ihn ergänzender Module in der jeweils aktuellsten im Bundesanzei-

ger veröffentlichten Fassung und unter Einhaltung der in § 5 Abs. 2 LKRGG definierten Frist von 4 Wochen an das Krebsregister Rheinland-Pfalz erfolgt. Die Überprüfung erfolgt spätestens ab den ersten beiden Quartalen des Jahres 2019.

Onkologische Zentren (CC) übernehmen mindestens die ersten 5 der folgenden Aufgaben (teilweise bereits verpflichtende Vorgaben der Zertifikate), Punkt 6. und 7. können im Einzelfall gefordert werden:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von Tumorboards, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern, Beratung von Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar ist.
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), für Mitarbeiter anderer Krankenhäuser sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen. Beratung und/oder Unterstützung der Netzwerkpartner in Fragen des Qualitätsmanagements, bei der Teilnahme an Studien und der Öffentlichkeitsarbeit.
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
4. Strukturierter Einsatz von Personal mit besonderen Qualifikationserfordernissen in Schnitt-

stellenbereichen der stationären Versorgung für Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen (z.B. Psychoonkologie).

5. Zusammen mit anderen Aufgaben: Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse, Überörtliche Öffentlichkeits-/ und –Präventionskampagnen.
6. Umsetzung von Qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus).
7. Erbringung tumorspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind. Zentralisierung hochspezifischer und kostenaufwändiger Spezialdiagnostik in der Onkologie innerhalb des Netzwerkes.

## 2.2. Auflagen für Herzmedizinische Zentren

**Die folgenden Voraussetzungen sind grundsätzlich zu erfüllen:**

- Es sind zum Zeitpunkt des Antrages Kooperationsverträge mit mindestens 5 anderen Plankrankenhäusern, davon mindestens 3 aus einem anderen Unternehmensverbund, vorzulegen. Alternativ kann bei erstmaliger Beantragung geprüft werden, ob Absichtserklärungen (Letters of Intent) eine ausreichende Aussicht auf Umsetzung begründen.
- Konkrete Benennung der Managementaufgaben des Zentrums mit Aufgaben, Pflichten, Rechten der Kooperationspartner
- Konkrete Benennung des verantwortlichen Leiters und der jeweiligen Kontaktperson sowie des Versorgungsgebietes,
- Die Gestaltung der Netzwerkarbeit erfolgt unter dem Einsatz moderner Technik und auf digitalem Kommunikations- und Ausstattungsniveau.

**Die folgenden besonderen Aufgaben sind (innerhalb von 2 Jahren nach Initiierung des Zentrums) verpflichtend zu erfüllen:**

1. Management eines Netzwerkes von Plankrankenhäusern und anderen medizinischen Leistungserbringern (insbesondere Rehabilitationseinrichtungen) mit dem Ziel des Wissenstransfers und der Qualitätssicherung. Dabei sind im Rahmen der Managementaufgabe mindestens einmal im Jahr Ergebniskonferenzen mit allen Kooperationspartnern, mit dem Fokus auf die Qualitätssicherung, durchzuführen.
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene und unentgeltliche sowie sponsoringfreie Fort- und Weiterbildungsangebote
3. Unterstützung anderer Plankrankenhäuser bei der Etablierung standardisierter Prozesse im Sinne eines Qualitätsmanagements z.B. durch die Durchführung fachspezifischer Kolloquien, soweit dies nicht über G-BA Richtlinien o.a. sozialrechtliche Vorgaben vorgegeben ist
4. Programme und Begleitung bei Veranstaltungen, die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung für Herzerkrankungen stärken (primär, sekundär und tertiärprophylaktische Angebote).

## Weitere strukturelle und themenbezogene Anforderungen

Das koordinierende Zentrum hat einen unmittelbaren und räumlichen Zugriff auf die Fachkompetenzen bis zur Maximalversorgung des Themenfeldes. Hierzu wird eine Aufbaufrist bis zur vollumfänglichen Umsetzung von 3 Jahren eingeräumt. Spätestens dann verfügt das Herzmedizinische Netzwerkzentrum 24/7 über folgende Fachkompetenzen:

- Kardiologie (mit insbesondere auch Kompetenzen für Gefäß-, Klappen- und Rhythmusinterventionen),
- Herzchirurgie,
- Gefäßchirurgie,
- interventionelle Radiologie,
- Expertisen in der Implantation und Nachsorge mit 24/7 Rufbereitschaft für Patientinnen und Patienten und Zuweiser) von Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen, hierbei vorgehalten wird (24/7) auch eine mobile Einheit im Sinne eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten, die einer arteriovenösen extrakorporalen Membranoxygenierung (AV-ECMO) bedürfen (Heart failure Unit).

## Organisatorische Leistungen

- Führung (mindestens aber Teilnahme an einem) eines Herzinfarkt- und ggf. später/perspektivisch Heart failure Registers,
- interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Plankrankenhäuser, soweit sie über die Leitlinienempfehlungen und G-BA Richtlinien hinausgehen und nicht Konsilleistungen betreffen,
- Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von SOP für spezifische Versorgungsprozesse.

## Mindestmengen

Mindestens 800 herzchirurgische Eingriffe gem. DGTHG hiervon mindestens 50 Fälle TAVI (kathetergestützter Aortenklappersatz).

## Zertifizierungen

### Muss:

Chest Pain Unit (CPU) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (e.V.) (oder zukünftig ggf. gleichwertig).

### Soll:

Im Laufe der Planungsperiode können als weitere Zertifizierungen eingefordert werden:

- überregionales Heart Failure Unit (HFU)-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie– Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie,
- TAVI-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. sowie
- Kompetenz in der Psychokardiologie.

Gesondert ausgewiesen werden regionale Schwerpunkte „Herzinfarktversorgung“ (vgl. II.2.2.6.), sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

- (24/7 PCI Bereitschaft) mit Nachweis der Dienstpläne gegenüber der Planungsbehörde,
- Chest Pain Unit (CPU) gem. DGK,
- Bildung oder integraler Bestandteil eines Herzinfarktnetzwerkes mit einer ergänzenden Qualitätssicherungsmaßnahme, z.B. MIR-RLP.

## 2.3. Auflagen für Neurovaskuläre Zentren

### Neurovaskuläre Zentren erfüllen die nachfolgenden Mindestanforderungen:

- Neurologische Klinik (Stroke-Unit, „zertifizierte überregionale Stroke-Unit“, mit eigenständiger neurologischer Intensivstation,
- Gefäßambulanz/Gerinnungsambulanz mit hämostaseologischer Kompetenz,
- Neuroradiologie (Klinik, Abteilung/Sektion vor Ort mit Schnittbilddiagnostik (CT, MRT, 24/7), sämtliche angiographische Diagnostik (24/7), kathetergestützte Interventionen (24/7), teleradiologische Konsultationsmöglichkeiten,
- Gelebte verbindliche Kooperation mit einer Neurochirurgie (24/7 verfügbar mit Spektrum siehe oben),
- Kardiologie; mit/ohne Angiologie; TEE- und TTE-Labor (24/7); Herzkatheterlabor (24/7),
- Gefäßchirurgie (Revaskularisationen an der extrakraniellen Karotis, elektiv und als Notfall (24/7).

### Sowie die folgenden weiteren infrastrukturellen Voraussetzungen:

- Organisiertes Rehabilitations- und Nachsorgekonzept, telemedizinische Versorgungsstruktur (Temes),
- Studienzentrum für klinische Studien im Netzwerk, Wissenschaftliche Infrastruktur zum Thema neurovaskulärer Krankheiten,

wünschenswert auch:

- Spezielle ophthalmologisch-vaskuläre Kompetenz,
- Strahlenchirurgie im Netzwerk.

### Innerhalb des Netzwerks werden insbesondere folgende Aufgaben übernommen:

- Koordination des überregionalen neurovaskulären Netzwerks mit eigener Geschäftsordnung, QM und QS,
- Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische Versorgungsprozesse in der Schlaganfallbehandlung (incl. Schnittstellenmanagement Rettungsdienste),
- interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser (wenn diese zwischen den Krankenhäusern schriftlich vereinbart sind und diese nicht bereits als Konsiliarleistung oder im Rahmen der verschiedenen Komplexbehandlungen des akuten Schlaganfalles abrechenbar ist),
- regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert), sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten dienen.

## 3. Erläuterungen und Hinweise

### 3.1. Hill-Burton-Formel

Die Formel errechnet die Auslastung der (aufsummierten) Planbetten, indem die Bettenbelegungstage per annum im Zähler mit den Bettenkapazitätstagen des Jahres ins Verhältnis gesetzt wurden:

$$\frac{\text{Fallzahl} \times \text{Verweildauer (in Tagen)}}{365 \text{ (Tage)} \times \text{Planbettenzahl}}$$

**Beispiel:** 10.000 (behandelte Fälle) multipliziert mit der durchschnittlichen Verweildauer von 5 Tagen ergibt 50.000 Bettenbelegungstage. Wenn für diese 50.000 „Übernachtungen“ an den 365 Tagen des Jahres 200 Betten zur Verfügung stehen, also (rechnerisch  $365 \times 20 =$ ) eine Kapazität von 73.000 Übernachtungstagen, dann waren diese 200 Betten in diesem Jahr zu etwa 68,5% ( $50.000/73000$ ) ausgelastet. Oder anders: 31,5% der Betten waren rechnerisch nicht belegt.

Eine Vollauslastung kann im Krankenhaus mit (bis auf wenige Ausnahmen) nicht planbarer, bzw. schwankender Inanspruchnahme gefordert werden. Dies korrigiert der angestrebte (Soll)nutzungsgrad. Wenn die vorhandenen Betten an 85% der Kalendertage belegt sein sollen lautete die Berechnung für den Bettenbedarf (nach Umstellung der Formel in eine Gleichung)

$$\frac{\text{Fallzahl} \times \text{Verweildauer (in Tagen)}}{365 \text{ (Tage)} \times 85 \%} = \text{Planbettenzahl}$$

**Für obiges Beispiel also:**

$$\frac{10.000 \times 5 \text{ Tage}}{365 \text{ (Tage)} \times 0,85} = 161$$

### 3.2. 4-Felder-Matrix

Die 4-Felder Matrix, auch BCG-Matrix genannt, ist nach der Unternehmensberatungsgesellschaft „Boston-Consulting-Group (BCG)“ benannt, von welcher sie 1970 entwickelt wurde. Ursprünglich diente die Matrix der Ableitung von Handlungsstrategien durch Darstellung von Produkten oder Produktgruppen, die innerhalb ihres Lebenszyklus eine unterschiedliche Wertigkeit für das Unternehmen haben. Die im Kern entstehenden 4 Handlungsfelder werden zwischenzeitlich jedoch auch für vielfache weitere Themenfelder genutzt, um die strategischen Handlungsbedarfe für die Entscheider zu visualisieren.

Dies wurde im Rahmen des vorliegenden Plans für eine Standortanalyse und davon abzuleitenden Handlungsstrategien bei der Versorgung von Durchblutungsstörungen am Herzen genutzt: Die durch Abweichungsanalysen errechneten Parameter Mortalität (Sterbeziffer) und Morbidität (Hospitalisierungsrate) ergeben somit bei jeweiliger

Unter- oder Überschreitung des Erwartungswertes eine Standortbestimmung, die den landeseigenen Standort innerhalb der folgenden 4 Handlungsfelder visualisiert:

**Oberer Quadrant links:** Die Morbidität/Hospitalisierungsrate ist X-Prozent unter dem Schätzwert, die Sterbeziffer jedoch darüber: → hier sollte analysiert werden, wie die stationäre und nachstationäre Versorgung der (Herz-)Erkrankten verbessert werden kann (I=Interventionsbedarf).

**Oberer Quadrant rechts:** Hohe Morbidität und (risikoadjustierte) Mortalität → Präventions (P)- und Interventionsmaßnahmen (I) erforderlich

**Unterer Quadrant links:** bestes Ranking

**Unterer Quadrant rechts:** gute Interventionsqualität bei erhöhtem Erkrankungsanteil der Bevölkerung: Konzentration auf Präventionsmaßnahmen (P)

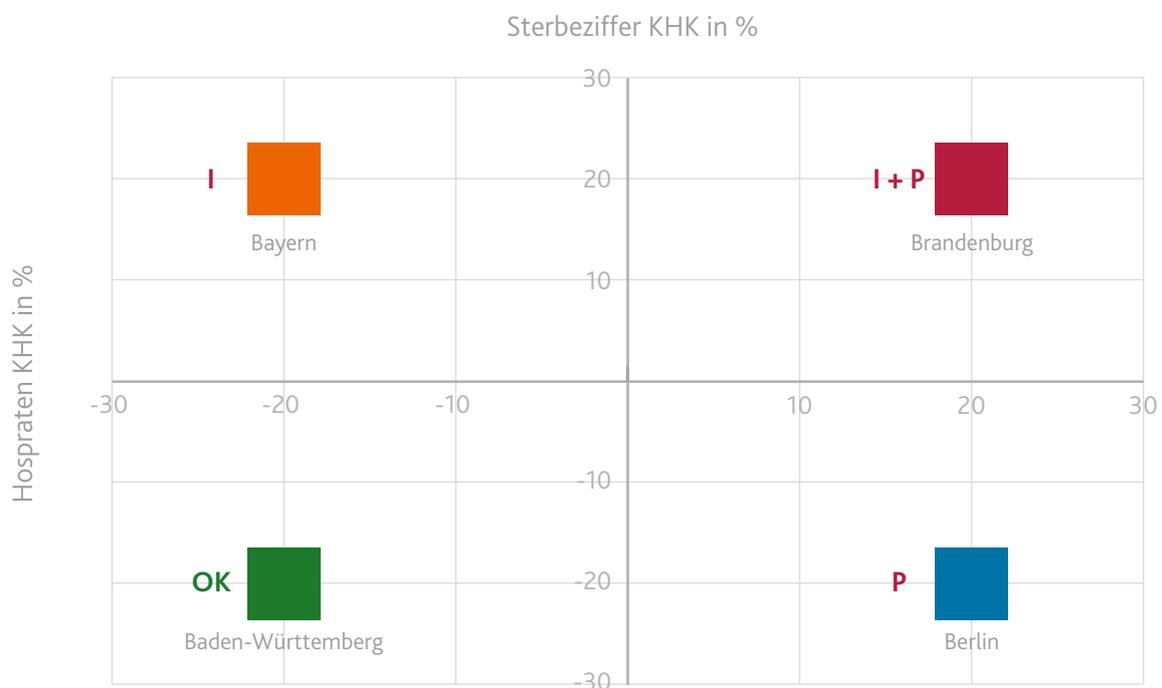


Abbildung 8: Beispiel 4-Felder-Matrix

Entscheidungs-Bewertungsmatrix: Die X-Achse repräsentiert die Morbidität gemessen an der Abweichung von der Erwartungsgröße, die Y-Achse die Sterbeziffer

### 3.3. NAMSE (Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen)

Das NAMSE versteht sich als ein Koordinierungs- und Kommunikationsgremium mit dem Ziel, eine bessere Patientenversorgung für Menschen mit Seltenen Erkrankungen zu befördern. Dazu bündelt es bestehende Initiativen und vernetzt Forschung, die spezialisierten Behandlungskompetenzen und die betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Behandlungsoptionen und Forschungsergebnisse werden fortlaufend aktualisiert und Behandlern wie Betroffenen zur Verfügung gestellt.

Das Bündnis hat darüber hinaus umfassende Kataloge erstellt, in denen die Merkmale sowie Vorgaben zu Kernkriterien und Qualitätszielen festgelegt sind. Unterschieden wird die mögliche Anerkennung als sog. Referenzzentren „Seltene Erkrankungen“ sowie eines Fachzentrums für zu definierende besondere Krankheitsentitäten.

Anforderungskatalog an **Typ A Zentren**  
(Referenzzentren für Seltene Erkrankungen):

1. Einordnung und Struktur des Zentrums
2. Diagnostik und Behandlung
3. Lehre
4. Krankheits- und patientenorientierte Forschung

Anforderungskatalog an **Typ B Zentren**  
(Fachzentren für Krankheit/Krankheitsgruppe x):

1. Zentrumsstruktur
2. Diagnostik und Behandlung
3. Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit
4. Krankheits- und patientenorientierte Forschung
5. Informations- und Wissensmanagement

Anlage 1 zum Erhebungsbogen

Anlage 2 zum Erhebungsbogen

Die einzelnen Items zu den jeweiligen Voraussetzungen werden bei Bedarf fortlaufend

[www.namse.de/images/stories/Dokumente/anforderungskatalog\\_a\\_zentren\\_2\\_0.pdf](http://www.namse.de/images/stories/Dokumente/anforderungskatalog_a_zentren_2_0.pdf)



Die Ausweisung erfolgt weiterhin auf einem Strukturblatt, welches grundsätzlich auf Standortebene erstellt wird. Die erste Spalte weist die fachgebietspezifischen stationären und tagesklinischen Versorgungsaufträge aus. Die mittleren Spalten enthalten die zukünftigen, prognostizierten Kapazitäten an Betten und Plätzen. Die rechte Spalte benachrichtigt über spezielle Kompetenzen und Leistungsbereiche und informiert über organisatorisch zwar am Standort geführten Betten und Plätze, die aber physisch anderweitig aufgestellt sind.

Wie unter II.4.1. beschreiben, will auch das Land Rheinland-Pfalz hierbei die Regelungstiefe in der Strukturplanung zurücknehmen. In einem ersten Schritt soll die bettengenaue Ausweisung von Fachabteilungen im Rahmen des aktuell nach dem Landeskrankenhausgesetz (LKG) rechtlich Möglichen angepasst werden. Indem dort noch eine Ausweisung von Planbetten auf Abteilungsebene festgeschrieben ist, werden unter Anwendung von § 10 Abs. 2 LKG die bedarfsgerecht ermittelten Betten nachrichtlich zwar noch abteilungsspezifisch benannt, aus der Summation ergibt sich daraus aber ein Gesamtbettenkontingent der Kategorie A, innerhalb dessen der Krankenhausträger die zukünftige Aufteilung im eigenen bzw. bedarfsgerechten Ermessen vornehmen kann.

Hiervon ausgenommen sind Planbetten, die mit Blick auf besondere Raumbedarfe für die Investitionsförderung oder/und aufgrund versorgungsplanerischer Erwägungen weiterhin bettengenaue festgelegt werden. Diese können dann die Gesamtkapazität einer Fachabteilung bilden, womit die gesamte Fachabteilung – wie bisher – bettengenaue ausgewiesen ist (Betten der Kategorie C) oder, es handelt sich um Festlegungen für anteilige (Davon-) Betten (Kategorie B) der Fachabteilungen. Hierunter (Kategorie B) können somit etwa Intensivbetten fallen, die organisatorisch der Kinder- und Jugendmedizin (typischerweise bei Perinatalzentren) zugeordnet sind, also einer Fachabteilung, welche grundsätzlich weiterhin bettengenaue beplant wird (Kategorie C). Bei geriatrischen Betten, welche ebenfalls weiterhin bettengenaue ausgewiesen werden, kann es sich um Davon-Betten (Kategorie B) der Abteilung Innere Medizin handeln, deren Bettenzahl im Planbettenkontingent A zukünftig nicht mehr festgelegt wird. Sie können aber auch einer Hauptfachabteilung Geriatrie zugehören, die somit als Gesamtabteilung weiterhin bettengenaue ausgewiesen wird, hierin aber wiederum als anteilige Spezialversorgung über Palliativbetten verfügen kann, die dann als Davon-Betten (Kategorie B) zusätzlich gesondert aufgeführt sind.

### 3.5. Tabellen und Abbildungen

Nr.	Inhalt	Seite
Tabelle 1	Planerstellung im zeitlichen Ablauf	13–14
Abbildung 1	Versorgungsgebiete und Standortmarkierungen	17
Tabelle 2	Interdisziplinäre Betten	20
Tabelle 3	Verweildauerabhängige, festgelegte Sollnutzungsgrade	26
Abbildung 2	Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum	28
Abbildung 3	Konzeptbeispiel für ein Lokales Gesundheitszentrum Typ B (klinikgestützt, sektorenübergreifend)	29
Abbildung 4	Multiprofessionelles Herzteam	31
Abbildung 5	Matrix für einen als Zentrum zu definierenden themenbezogenen Organisationsverbund mit Kooperationspartnern (Mitgliedern)	39
Tabelle 4	Herzkrankheiten	42
Tabelle 5	Mortalität der Herzkrankheiten	43
Tabelle 6	Gegenüberstellung von Hospitalisierungsraten und Sterbeziffern, eigene Berechnungen	44
Abbildung 6	Regressionsanalyse; eigene Berechnungen	45
Tabelle 7	Abweichungsanalyse; eigene Berechnungen	46
Abbildung 7	Visuelle Darstellung (auf Basis eigener Berechnungen) der Handlungsmatrix zur KHK in einer Vierfelder-Matrix	47
Tabelle 8	Standorte mit Geburtshilfen (Stand Oktober 2018) und Entbindungen 2016	53
Tabelle 9	Geriatricbetten – Gesamtdarstellung Rheinland-Pfalz	58–59
Tabelle 9.1.	Geriatricbetten – Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald	60
Tabelle 9.2.	Geriatricbetten – Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe	61
Tabelle 9.3.	Geriatricbetten – Versorgungsgebiet Rheinpfalz	62
Tabelle 9.4.	Geriatricbetten – Versorgungsgebiet Trier	63
Tabelle 9.5.	Geriatricbetten – Versorgungsgebiet Westpfalz	64
Abbildung 8	Beispiel 4-Felder-Matrix	224
Abbildung 9	Beispielstrukturblatt	226

### 3.6. Literaturverzeichnis

**APK (Aktion Psychisch Kranke e.V.) (Hrsg.):** Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, 2017.

**Busse, Röther et al., „Interdisziplinäres neurovaskuläres Netzwerk“,** in: Der Nervenarzt 2013 Volume 84, Issue 10, pp 1228–1232.

**Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):** Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2017. DRV-Schriften Band 22.

**Dixius A, Stevens A, Möhler E:** A Pilot Evaluation Study of an Intercultural Treatment Program for Stabilization and Arousal Modulation for Intensely Stressed Children and Adolescents and Minor Refugees, Called START (Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment). ARC Journal of Psychiatry 2017; 2(2): 7–14.

**Donabedian, A.:** „Evaluating the quality of medical care“; in: Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203).

**Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H:** Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018; 3(3).

**Knieps F, Pfaff H (Hrsg.):** BKK Gesundheitsreport 2016. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2016.

**PATIENT FIRST!** Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung unter der Reihe „Wiso-Diskurs“, Herausgabe März 2017, als PDF-Dokument abrufbar unter:  
<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>

**Robert Koch-Institut (Hrsg.):** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin 2015.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR):** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018; Kurzfassung als PDF-Dokument abrufbar unter:  
[https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_Kurzfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_Kurzfassung.pdf)





Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAFIE

Bauhofstraße 9

55116 Mainz

[www.msagd.rlp.de](http://www.msagd.rlp.de)