



Abschnitt A
***zum Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-
Württemberg als Grundlage für die Weiter-
entwicklung der Krankenhausplanung***

Berlin, 13. Januar 2025



Impressum

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Friedrichstr. 149

10117 Berlin

[pd-g.de/](https://www.pd-g.de/)

Executive Summary

Zielsetzung

Mit dem vorliegenden Gutachten werden der Status Quo der Krankenhausversorgung mit vollstationären und teilstationären Leistungen in Baden-Württemberg analysiert (wobei der Fokus auf den vollstationären Leistungen liegt) und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgung abgeleitet. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen als Grundlage für einen neuen baden-württembergischen Krankenhausplan dienen. Der Bundesrat hat am 22. November 2024 das Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) gebilligt. Die Reform ist am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten^{1 2}. Daher werden die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Gutachtens bekannten Vorgaben des KHVVG mit beachtet. Es wird jedoch betont, dass die Erstellung dieses Gutachtens zu allergrößten Teilen vor dem 22.11.2024 erfolgt ist. Im Rahmen des Gutachtens werden keine Empfehlungen für den Aus- oder Umbau individueller Krankenhausstandorte formuliert. Das Ziel ist vielmehr, einen Überblick über die Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg zu geben sowie notwendige Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung gutachterlich darzustellen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methodik und Datengrundlage

Die Analysen basieren auf einem aus verschiedenen Datenquellen aufbereiteten Datensatz. Dazu wurden die Daten nach § 21 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) sowie die Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser genutzt. Basierend auf den Daten der Jahre 2019 bis 2023 wurden Analysen und Prognosen für die einzelnen Jahre bis zum Jahr 2035 abgeleitet. Bei der Erstellung der Prognosen wurden sowohl der demografische Wandel als auch die Potenziale einer verstärkten ambulanten Leistungserbringung berücksichtigt, um den zukünftigen Bedarf stationärer Kapazitäten abzuschätzen.

Die Analysen wurden entsprechend der Leistungsgruppensystematik strukturiert. Dazu wurden die in Nordrhein-Westfalen (NRW) definierten 64 Leistungsgruppen genutzt. Diese unterteilen sich in 60 Leistungsgruppen für die Somatik sowie vier Leistungsgruppen für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik. Da davon auszugehen ist, dass sich eine zukünftige Krankenhausplanung der Bundesländer an dieser Leistungsgruppensystematik orientiert, wurde für das vorliegende Gutachten die entsprechende Systematik für die Analysen im Bereich der Somatik verwendet.

Bei der vertiefenden Analyse der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wurde hingegen nicht auf die NRW-Systematik der Leistungsgruppen zurückgegriffen. Dies begründet sich damit, dass die Systematik zum einen keine Unterscheidung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Fällen vorsieht. Zum anderen war zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht davon auszugehen, dass im Rahmen der Krankenhausreform zukünftig separate Leistungsgruppen für die psychiatrischen und psychosomatischen Fälle definiert werden sollen. In Absprache mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg wurde daher eine separate Analysesystematik für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gewählt. Die Differenzierung der PEPP³-Fälle erfolgt daher

¹ Bundesministerium für Gesundheit, Krankenhausreform passiert den Bundesrat, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemittteilungen/krankenhausreform-passiert-den-bundesrat.html>, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

² Bundesministerium der Justiz, BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024, <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 09.01.2025.

³ Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

nicht auf Basis der NRW-Leistungsgruppen, sondern anhand der sogenannten Strukturkategorien. Das Entgeltsystem sieht insgesamt zehn Strukturkategorien vor, die sich in die drei Behandlungsbereiche Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik unterteilen lassen. Innerhalb dieser Bereiche können die Fälle stationär, teilstationär oder im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung versorgt werden. Die Fehler-PEPP und sonstigen PEPP bilden eine eigene Kategorie und sind nicht weiter unterteilbar.

Zusätzlich wurden Informationen anhand von Interviews mit ausgewählten Akteurinnen und Akteuren der gesundheitlichen Versorgung in Baden-Württemberg erhoben.

Ergebnisse

Die Analysen zur Versorgungssituation in Baden-Württemberg zeigen, dass die Erreichbarkeit von stationären Krankenhausleistungen insgesamt als gut bis sehr gut bewertet werden kann. Insbesondere an den eher gering besiedelten Landesgrenzen ergeben sich zum Teil höhere Fahrzeiten. Es konnte jedoch für ausgewählte Bereiche, wie die TraumaZentren und Stroke Units, gezeigt werden, dass sich die Erreichbarkeit in Grenzregionen durch die Einbeziehung entsprechender Versorger angrenzender Bundesländer in der Regel verbessert. Für eine umfassende länderübergreifende Analyse aller Leistungsgruppen sind jedoch weitere Daten notwendig, die beispielsweise im Rahmen einer länderübergreifenden Abstimmung in der Krankenhausplanung genutzt werden könnten (siehe Kapitel 5 Handlungsempfehlung).

Die Zahl der im Jahresdurchschnitt in baden-württembergischen Krankenhäusern aufgestellten Betten betrug im Jahr 2022 gemäß des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg 53.552 Betten mit 249 Krankenhäusern (ohne Bundeswehrkrankenhaus)⁴. Im Rahmen dieses Gutachtens wurden 232 Standorte mit vollstationärem Fallspektrum ausgewertet. Gemäß der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2022 befanden sich von diesen Standorten rund 52 % der Standorte in öffentlicher Trägerschaft, etwa ein Viertel (26 %) in privater Trägerschaft und rund 22 % in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Im Bundesvergleich wies Baden-Württemberg im Jahr 2022 die geringste Anzahl an vollstationären Fällen und aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner mit 478 Betten pro 100.000 Einwohner auf. Im Vergleich dazu stellte Thüringen 2022 die höchste Anzahl an Betten auf (715 Betten je 100.000 Einwohner). Der Bettenabbau in Baden-Württemberg betrug im Vergleich zu 2019 rund 4 %, was dem bundesweiten Durchschnitt entspricht. Bezüglich der vollstationären Fälle je 1.000 Einwohner lag Baden-Württemberg mit 166 Fällen um 35 Fälle unter dem Bundesdurchschnitt mit 201 Fällen je 1.000 Einwohnern. Im Vergleich hatte die Hansestadt Bremen im Jahr 2022 mit 249 stationären Fällen je 1.000 Einwohnern die größte Fallzahl unter allen Bundesländern.

Die Bettenauslastung in Baden-Württemberg lag im Jahr 2022 bei rund 70 % (in 2023 rund 71%) und lag damit leicht über dem Bundesdurchschnitt von 69 %.

Im Jahr 2023 wurden in Baden-Württemberg an 232 Standorten knapp 2 Millionen (genauer 1.946.412) vollstationäre Fälle behandelt. Im Vergleich zu 2019 sind die Fallzahlen bis 2023 um insgesamt 12 % gesunken. Der stärkste Rückgang war von 2019 auf 2020 zu verzeichnen (etwa 12 %), seit 2020 sind die Fallzahlen relativ stabil geblieben. Diese Entwicklung ist größtenteils auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Da die Fallzahlen von 2022 auf 2023 nur minimal gestiegen sind, kann derzeit nicht davon

⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Grundinformationen der Krankenhäuser, <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/LRt0205.jsp>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

ausgegangen werden, dass das Niveau der vollstationären Fälle aus dem Jahr 2019 zeitnah wieder erreicht wird. Diese Beobachtungen entsprechen weitgehend auch den Entwicklungen in anderen Bundesländern.

Da der verwendete § 21 KHEntgG-Datensatz nur Informationen zu den in baden-württembergischen Krankenhäusern behandelten Fällen enthält, konnten Patientinnen und Patienten, die zwar in Baden-Württemberg wohnen, aber in einem anderen Bundesland behandelt wurden, nur beschränkt betrachtet werden. Die mit Hilfe der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes durchgeführte Analyse der Ein- und Auspendler liefert jedoch erste Anhaltspunkte. Insgesamt wurden 2023 etwa 132.000 Einpendler und 97.000 Auspendler registriert, was zu einem positiven Pendlersaldo von rund 37 % führte. Wie erwartet, stammten die meisten Einpendler aus den angrenzenden Bundesländern Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen. Während in Rheinland-Pfalz und Hessen die Zahl der Einpendler deutlich höher war als die der Auspendler, zeigte sich in Bayern ein entgegengesetzter Trend. Rund 45.000 Personen aus Bayern suchten ein Krankenhaus in Baden-Württemberg auf, während etwa 57.000 Bewohnerinnen und Bewohner Baden-Württembergs zur stationären Versorgung nach Bayern pendelten. Insgesamt wurde entsprechend etwas mehr als die Hälfte aller Auspendler Baden-Württembergs in bayerischen Krankenhäusern versorgt. Dies ist angesichts der etwa 860 Kilometer langen gemeinsamen Grenze naheliegend.

Für die Prognose des zukünftigen Bedarfs an vollstationärer Versorgung bis zum Jahr 2035 in Baden-Württemberg wurde eine demografiebasierte Schätzung auf Grundlage der Krankenhaushäufigkeiten der Jahre 2019, 2022 und 2023 durchgeführt. Diese Zahlen wurden nach Leistungs-, Geschlechts- und Altersgruppen auf die Bevölkerungsprognosen der regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020 (obere Variante)⁵ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg angewendet. Der erwartete Fallwert pro Leistungsgruppe wurde um das Ambulantisierungspotenzial angepasst. Für 2023 wurden die Anteile der außerhalb Baden-Württembergs behandelten Patienten auf Basis der Daten von 2022 geschätzt. Der Anteil der Auspendler beträgt über alle Leistungsgruppen hinweg etwa 6 %. Dieser Wert wurde pauschal auf alle Gruppen angewendet, trotz möglicher Abweichungen je Leistungsgruppe. Für die Bestimmung der Ambulantisierungsfaktoren der einzelnen Leistungsgruppen wurde gemäß des „Gutachtens nach §115b Absatz 1a SGB V“⁶ des IGES-Instituts der ambulantisierbare Anteil der Fälle im Jahr 2023 berechnet und konservativ angenommen, dass dieser Anteil innerhalb von zehn Jahren bis 2033 vollständig realisiert werden kann. Für die Prognosejahre 2034 und 2035 wurde der ambulantisierbare Anteil der Fälle mit den Werten aus 2033 fortgeschrieben.

Die Analysen zur Prognose ergeben einen prognostizierten Gesamtfallzahlrückgang von bis zu rund 12 % bezogen auf den Behandlungsort im Vergleich zum Jahr 2023. Dabei wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass bis zum Jahr 2035 eine zunehmende Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen stattfinden wird. Die Varianz ergibt sich aus den in den Prognoseszenarien unterschiedlich angesetzten Krankenhaushäufigkeiten und dem Anteil der Fälle, die vom stationären in den ambulanten Bereich überführt werden können (Hebung des ambulanten Potenzials). Infolgedessen wird die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Baden-Württemberg weiter sinken. Auf Basis der im Gutachten dargestellten Entwicklung ergibt sich unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Prognoseszenarien ein Reduzierungspotenzial von

⁵ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022): Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante), Bevölkerungsvorausberechnung im Kreisvergleich bis 2040, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Kreisdaten.jsp>, zuletzt abgerufen am 11.11.2024.

⁶ IGES-Institut GmbH, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 30.09.2024.

etwa 1.900 bis knapp 8.800 vollstationären Krankenhausbetten gegenüber den aktuellen vollstationären aufgestellten 52.796 Betten im Jahr 2023 (siehe dazu Kapitel 4.4)

Es ist wichtig zu betonen, dass es sich hierbei voraussichtlich um den Abbau schon heute nicht genutzter Betten handelt, der zu keiner für die Patientinnen und Patienten spürbaren Verringerung an Kapazitäten führt (siehe dazu Kapitel 4.4 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen).

Im separaten Abschnitt B (nicht Bestandteil dieses Dokuments) finden sich detaillierte Analysen zu den folgenden ausgewählten Fokusthemen:

- Geburtshilfliche Versorgung inkl. Perinatalzentren
- Kinder- und Jugendmedizinische Versorgung
- Geriatrische Versorgung
- Herzinfarktversorgung
- Onkologische Versorgung
- Traumazentren
- Schlaganfallversorgung
- Intensivmedizinische Versorgung
- Rettungsdienstliche Versorgung
- Psychiatrische und Psychosomatische Versorgung

Darüber hinaus enthält Abschnitt B ein Stimmungsbild ausgewählter Stakeholder der gesundheitlichen Versorgung Baden-Württembergs

Dieses Dokument (Abschnitt A) fasst die wesentlichen Ergebnisse der in Abschnitt B aufgeführten Analysen in gekürzter Form zusammen.

Geburtshilfliche Versorgung inkl. Perinatalzentren

Die Versorgung im Bereich der Geburtshilfe ist insgesamt als sehr gut zu bewerten. Rund 95 % der Einwohnerinnen zwischen 15 und 49 Jahren können einen geburtshilflichen Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen. Allerdings sind in ländlichen Regionen häufig längere Anfahrtszeiten für Schwangere zu beobachten. Insbesondere in Teilen der Versorgungsregion⁷ A (z.B. Schwarzwald, Schramberg) waren Fahrzeiten zwischen 30 und 40 Minuten üblich. Weitere Schließungen von Standorten könnten die Versorgung gefährden. Eine genaue Beobachtung ist notwendig, um Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Das Land Baden-Württemberg fördert jedoch bereits seit 2019 die Bildung weiterer Gesundheitszentren mit dem Schwerpunkt Geburt.⁸

In einigen Perinatalzentren des Level 1 als höchste „Versorgungstufe“ wurden die G-BA Mindestmengen nicht erreicht. Eine Schließung dieser Zentren könnte zwar grundsätzlich die Fahrzeiten erhöhen, würde jedoch der Gewährleistung dieser elektiven Versorgung auf hohem Qualitätsniveau dienlich sein.

⁷ Die Versorgungsregionen werden im Abschnitt B des Gutachtens näher erläutert.

⁸ Land Baden-Württemberg (2020): Pressemitteilung, Land fördert weitere Gesundheitszentren mit Schwerpunkt Geburt, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-foerdert-weitere-gesundheitszentren-mit-schwerpunkt-geburt-1>, zuletzt abgerufen am 19.12.2024.

Kinder- und Jugendmedizinische Versorgung

Rund 83 % der Bevölkerung Baden-Württembergs konnten innerhalb von 30 Minuten einen pädiatrischen Versorger im Jahr 2023 erreichen, somit kann die Erreichbarkeit als grundsätzlich gut bewertet werden.

Vereinzelt gibt es Gebiete, in denen die Fahrzeiten über 60 Minuten betragen (Albstadt, Schramberg, Waldshut sowie zwischen Mosbach und der nördlichsten Spitze des Bundeslandes). Durch die Eröffnung der Pädiatrie am Zollernalb Klinikum in Balingen Mitte März 2024 wird die Erreichbarkeit in der Region rund um Balingen (nordwestlich von Albstadt) deutlich verbessert. Damit gibt es kaum noch Regionen mit über 60 Minuten Fahrzeit. Dennoch wurde im Rahmen der Experteninterviews vereinzelt eine potenzielle Unterversorgung in der stationären Versorgung der Kinder- und Jugendmedizin geäußert. Sofern die Krankenhausträger in den Regionen mit über 60 Minuten Fahrzeit kein durchgehendes pädiatrisches Angebot realisieren können, können ggf. vermehrt Kooperationen zwischen Erwachsenen- und Kinderkliniken etabliert und durch telemedizinische Konzepte unterstützt werden.

Zu betonen ist, dass sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg fortwährend stark für eine bedarfsgerechte Kinder- und Jugendmedizin einsetzt (siehe dazu die Gemeinsame Erklärung des Fachsymposiums Kinder- und Jugendgesundheit vom 25. Juli 2023).⁹

Geriatrische Versorgung

Rund 93 % der Einwohnerinnen und Einwohner Baden-Württembergs konnten innerhalb von 30 Minuten einen geriatrischen Versorger im Jahr 2023 erreichen, somit kann die Erreichbarkeit als sehr gut bewertet werden. Fahrzeiten zwischen 40 und 60 Minuten betrafen vor allem Grenzregionen sowie einzelne Bereiche, insbesondere im Schwarzwald, im östlichen Teil des Landkreises Ravensburg und östlich von Bad Mergentheim. Jedoch konnte an den innerdeutschen Landesgrenzen zwischen Baden-Württemberg und Bayern die Erreichbarkeit durch die Berücksichtigung geriatrischer Standorte außerhalb Baden-Württembergs teilweise verbessert werden.

Angesichts der demografischen Entwicklung wird bezüglich der Versorgungsqualität empfohlen, jene Standorte mit einem Versorgungsanteil von weniger als 1% an den vollstationären Fällen entweder zu stärken oder zu konsolidieren, um damit die verbleibenden Standorte zu stärken.

Das Land Baden-Württemberg sollte prüfen, ob die formulierten Ziele in ihrem eigenen Geriatriekonzept von 2014 – unter anderem die Sicherstellung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen – im Lichte des KHVVG weiterhin gewährleistet sein werden.

Der geriatrische Versorgungsbedarf steigt aufgrund der demografischen Entwicklung. Die Anzahl geriatrischer Leistungserbringer ist in Baden-Württemberg hoch. Besonders in der Region Stuttgart befanden sich 2023 viele Standorte, die vergleichsweise geringe Fallzahlen verzeichneten. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine Konzentration auf weniger Standorte, um die Vorhaltung von multidisziplinärem Fachpersonal und die wirtschaftliche Tragfähigkeit auch zukünftig zu gewährleisten.

Herzinfarktversorgung

Im Jahr 2023 wurden in der Leistungsgruppe „8.2 – Interventionelle Kardiologie“ an 110 Standorten insgesamt 75.078 Fälle behandelt. 68 dieser Standorte behandelten einen relevanten Versorgungsanteil. Über

⁹ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Gemeinsame Erklärung des Fachsymposiums Kinder- und Jugendgesundheit vom 25. Juli 2023, https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/230725_Gemeinsame-Erklaerung_Fachsymposium-Kinder-Jugendgesundheit.pdf, zuletzt abgerufen am 19.12.2024.

60 % der Standorte behandelten mehr als 300 Fälle pro Jahr, wobei zehn Standorte über 2.000 Fälle versorgten und zusammen fast ein Drittel der Gesamtfallzahlen abdeckten. Etwa 92 % der Bevölkerung konnten den nächstgelegenen Versorger in unter 30 Minuten erreichen. In Grenzgebieten zu Bayern und Hessen traten längere Fahrzeiten auf. Da eine relativ große Anzahl an Standorten Leistungen in der Leistungsgruppe mit vergleichsweise niedrigen Fallzahlen erbringt, wird eine stärkere Zentralisierung auf Standorte mit einem relevanten Versorgungsanteil empfohlen.

Der akute Herzinfarkt zählt zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Eine Herzkatheteruntersuchung stellt die Wichtigste oftmals lebensrettende Maßnahme bei der Behandlung des akuten Herzinfarktes dar. Vor diesem Hintergrund wurde die Verfügbarkeit von Standorten mit Linksherzkathetermessplätzen (LHKM) anhand der Leistungsgruppe „8.2- Interventionelle Kardiologie“ untersucht. Zusätzlich wurde durch einen Abgleich mit den strukturierten Qualitätsberichten 2022 die Verfügbarkeit von LHKM validiert, um potenzielle Verbringungsleistungen und die 24/7-Verfügbarkeit zu identifizieren.

Die Erreichbarkeit von Versorgern mit einem 24/7-verfügbaren LHKM in unter 30 Minuten war im Jahr 2023 für 87 % der Bevölkerung gewährleistet. Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere an der nördlichen Grenze zu Bayern und Hessen sowie in Versorgungsregion A.

Grundsätzlich ist eine sorgfältige Steuerung der Primärversorgung notwendig, damit Verdachtsfälle in Krankenhäuser mit einem LHKM transportiert werden – auch wenn dies etwas längere Fahrzeiten bedeutet – um zeitintensive Verlegungen zu vermeiden. Dabei sollten die in Leitlinien vorgegebenen Zeitangaben eingehalten werden. Die aktuellen Leitlinien geben dafür eine maximale Zeitspanne von 120 Minuten zwischen der Diagnosestellung eines ST-Hebungsinfarktes (STEMI) und der Durchführung der Herzkatheteruntersuchung vor. Es wird jedoch stets die kürzest mögliche Zeit angestrebt.

Onkologische Versorgung

Im Jahr 2024 verfügte Baden-Württemberg über 26 krankenhauplanerisch ausgewiesene Zentren und 11 kooperierende Schwerpunktkrankenhäuser eines onkologischen Zentrums. Innerhalb von 60 Minuten erreichten mit 98 % nahezu alle Einwohnerinnen und Einwohner Baden-Württembergs einen onkologischen Versorger, der krankenhauplanerisch als onkologisches Zentrum oder als Schwerpunktkrankenhauseines onkologischen Zentrums ausgewiesen ist. Daher wird die Erreichbarkeit insbesondere in städtischen Gebieten als sehr gut eingestuft.

In dezentralen Regionen können längere Fahrzeiten zu spezialisierten Zentren erforderlich sein, dies betraf insbesondere die Versorgungsregion D an der nördlichen Grenze zu Bayern und Hessen. Auch in den Regionen rund um den Schwarzwald und rund um Waldshut an der Grenze zur Schweiz zeigten sich Gebiete, in denen Fahrzeiten von 60 Minuten und mehr zum nächstgelegenen onkologischen Versorger notwendig waren. In den Gebieten mit höheren Fahrzeiten ist allerdings tendenziell auch die Bevölkerungsdichte eher gering. Da Krebs keine akute Notfallkrankung ist, spielt die Erreichbarkeit jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Eine wohnortnahe Versorgung ist wünschenswert, jedoch hat die Behandlungsqualität oberste Priorität. Dies erfordert eine Konzentration der jeweiligen Zentren, insbesondere bei seltenen Krebserkrankungen.

TraumaZentren

In Baden-Württemberg existierten zum Stichtag 19.07.2024 insgesamt 63 nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zertifizierte TraumaZentren, die in zehn TraumaNetzwerke eingebunden sind. Darunter befinden sich 17 lokale, 32 regionale und 14 überregionale TraumaZentren. In weiten Teilen des Landes sind TraumaZentren innerhalb von 30 Minuten erreichbar: Rund 92 % der Bevölkerung Baden-

Württembergs können ein TraumaZentrum (lokal, regional oder überregional) innerhalb dieser Zeit erreichen. Berücksichtigt man zusätzlich TraumaZentren der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie in angrenzenden Bundesländern, verbessert sich die Fahrzeit in den Grenzgebieten weiter. Der von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie geforderte Zeitrahmen, der ein Eintreffen im für die Schwere der Verletzung geeigneten TraumaZentrum innerhalb von 30 Minuten nach der Erstversorgung am Unfallort vorsieht, kann somit fast flächendeckend in Baden-Württemberg eingehalten werden. Allerdings sind für verschiedene traumatologische Notfallgeschehen entsprechend des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung¹⁰ bzw. der Leitlinien der DGU¹¹ primär regionale oder überregionale TraumaZentren anzufahren bzw. anzufliegen, für die eine 30-minütige Erreichbarkeit nicht flächendeckend gegeben ist. In den Bereichen, in denen höhere Fahrzeiten notwendig sind sowie insbesondere bei der Erreichbarkeit von überregionalen TraumaZentren, spielt daher die Hubschrauberrettung eine besondere Rolle.

Schlaganfallversorgung

Die Erreichbarkeit von Schlaganfallzentren in Baden-Württemberg ist sehr gut, für 90 % der Einwohnerinnen und Einwohner Baden-Württembergs war im Jahr 2023 der nächstgelegene Standort mit Stroke Unit-Bezug in Baden-Württemberg in weniger als 30 Minuten erreichbar. In kleineren Gebieten, wie an der bayerischen Grenze sowie in den Regionen um den Ortenaukreis und in Teilen des Landkreises Reutlingen, können Fahrzeiten jedoch auch bei über 40 Minuten liegen, wobei angrenzende Stroke Units in Bayern und Hessen hier in der Regel zu einer Verbesserung der Erreichbarkeit beitragen. Um die Schlaganfallversorgung insbesondere in den abgelegenen Regionen in Baden-Württemberg weiter zu verbessern, wird vorgeschlagen, bestehende Gesundheitsleitsysteme und Patientensteuerung sowie den Ausbau telemedizinischer Strukturen weiter zu optimieren.

Das Optimierungspotenzial ist allerdings teilweise ausgereizt, da sich die Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg insgesamt auf einem sehr hohen Niveau befindet. So fand und findet fast die gesamte akute Schlaganfallversorgung an Standorten mit Stroke Unit Bezug statt. Das zeigt, dass die Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg, die eine dreigliedrige Struktur mit lokalen, regionalen und überregionalen Stroke Units vorsieht, grundsätzlich wirkt, denn nur 2,4 % der Schlaganfälle wurden nicht an Standorten mit Stroke Unit Bezug oder Standorten mit Schwerpunkt GFR/NNF behandelt. Zudem sind alle Stroke Units bis auf einen Standort in Baden-Württemberg durch die DSG oder ASBW zertifiziert, was die Voraussetzung dafür ist, krankenhausplanerisch als Stroke Unit ausgewiesen zu werden.

Intensivmedizinische Versorgung

Die flächendeckende intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen in Baden-Württemberg war im Betrachtungszeitraum grundsätzlich gewährleistet. Etwa 97 % der Bevölkerung konnten innerhalb von 40 Minuten eine Intensivstation erreichen, die die Voraussetzungen für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung erfüllt.

Die Erreichbarkeit der intensivmedizinischen Versorger für Kinder war im Vergleich zu Erwachsenen geringfügig schlechter. Etwa 89 % der Bevölkerung erreichten innerhalb von 40 Minuten eine pädiatrische Inten-

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3. erweiterte Auflage 2019, Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, https://www.auc-online.de/fileadmin/AUC/Dokumente/Zertifizierung/TraumaNetzwerk_DGU/dgu-weissbuch_schwerverletztenversorgung_2020_3_Auflage.pdf, zuletzt abgerufen am 11.11.2024.

¹¹ Deutsche Gesellschaft für Traumatologie (DGU) (2024): Zertifizierung TraumaNetzwerk DGU (<https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-und-sicherheit/schwerverletzte/traumanetzwerk-dgu>), zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

sivstation nach DIVI-Intensivregister und/ oder einen Standort, der eine intensivmedizinischen Komplexbehandlung für Kinder durchgeführt hat. Damit war die intensivmedizinische pädiatrische Versorgung dennoch gut abgedeckt.

Rettungsdienstliche Versorgung

Von der „Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg“ (SQR-BW) wurden für die Jahre 2019 und 2023 insgesamt 1.566.856 rettungsdienstliche Datensätze ausgewertet und die Ergebnisse den Gutachtenden zur Verfügung gestellt. 96 % der Datensätze sind mit Transportzeiten in Minuten hinterlegt. Ein Datensatz enthält mindestens einen Rettungstransport, einschließlich eines Notfallbildes von einem Einsatzort in Baden-Württemberg zu einer Zielklinik, die sich nicht zwingend in Baden-Württemberg befinden muss. Für das Outcome der Patientinnen und Patienten sind insbesondere bei Tracer-Diagnosen die Prähospitalzeit sowie die Einlieferung in eine adäquate Zielklinik die ausschlaggebenden Faktoren.

Die gewichtete, rettungsdienstliche Median-Transportzeit für alle dokumentierten Fälle mit Zeitangaben betrug im Jahr 2019 durchschnittlich 13,33 Minuten pro Transport und stieg im Jahr 2023 auf 13,95 Minuten. Dies entspricht einer Zunahme von 4,7 %.

Ohne Berücksichtigung der Notfallbilder „Sonstige Erkrankungen“, „mehrere Diagnosen“ und „kein Wert“ betragen die von SQR-BW dokumentierten Transportzeiten etwa 13,25 Minuten im Jahr 2019 und 13,92 Minuten im Jahr 2023, was einer Zunahme von 5 % entspricht.

Die rettungsdienstlichen Transporte waren über die sechs Versorgungsregionen hinweg ausreichend gleichmäßig verteilt. Im Durchschnitt gab es pro Versorgungsregion etwa 120.500 Transporte, mit einer Standardabweichung von rund 18.500 Transporten.

Im Jahr 2023 wurden knapp 97 % der Patientinnen und Patienten mit der Arbeitsdiagnose ST-Hebungsinfarkt in einen entsprechenden Standort mit Linksherzkathetermessplatz in Baden-Württemberg eingeliefert. Damit wurden im Vergleich zum Jahr 2019 fast 5 % mehr Herzinfarktpatientinnen und -patienten in geeignete Kliniken eingeliefert.

Psychiatrische und Psychosomatische Versorgung

Im Jahr 2023 wurden in Baden-Württemberg etwa 77.500 vollstationäre und 14.980 teilstationäre psychiatrische Fälle an 56 bzw. 74 Standorten versorgt. 98 % der Bevölkerung konnten einen vollstationären und 99 % einen teilstationären Versorger innerhalb von 40 Minuten erreichen. In ländlichen Regionen wie dem Schwarzwald traten längere Fahrzeiten auf.

In der Psychosomatik wurden rund 9.800 vollstationäre und 2.900 teilstationäre Fälle an 57 bzw. 42 Standorten behandelt. 96 % der Bevölkerung erreichten vollstationäre und 89 % teilstationäre Versorger in jeweils unter 40 Minuten, wobei in ländlichen Gebieten wie im Nordosten längere Fahrzeiten zu verzeichnen waren.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden etwa 7.000 vollstationäre und 3.000 teilstationäre Fälle an 22 bzw. 34 Standorten versorgt. 90 % der Bevölkerung konnten einen vollstationären und 95 % einen teilstationären Standort in jeweils unter 40 Minuten erreichen, während Fahrzeiten über 60 Minuten vor allem in ländlichen Regionen wie dem Schwarzwald vorkamen.

Baden-Württemberg wies im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Bundesvergleich eine hohe Bettendichte und Fallzahl je 100.000 Einwohner auf. Allerdings waren die vollstationären Angebote nicht gleichmäßig über das Land verteilt. Ergänzende teilstationäre Angebote trugen jedoch

dazu bei, dass die meisten Patientinnen und Patienten in weniger als 30 Minuten einen Versorger erreichen konnten, wodurch eine weitestgehend flächendeckende Versorgung sichergestellt wurde.

Einzelinterviews (Stimmungsbild ausgewählter Akteure)

Im Zeitraum von Juli bis August 2024 wurden 18 vertrauliche Interviews mit verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern von Krankenhäusern, Verbänden und Universitätskliniken geführt. Die Themen konzentrierten sich auf die medizinische Versorgung, sektorenübergreifende Versorgung, Notfallversorgung und die geplante Krankenhausreform. Die in den Interviews getätigten Aussagen spiegeln allein die Meinungen der befragten Personen wider.

Die Versorgung in Baden-Württemberg wurde von den Gesprächsparteien als grundsätzlich gut bis sehr gut bewertet.

Medizinische Versorgung: Die Interviewten lobten die hohe Qualität des Gesundheitssystems, sehen jedoch Verbesserungsbedarf in Bezug auf Effizienz und Nachhaltigkeit. Insbesondere wurde eine teilweise Überversorgung in städtischen Gebieten und die Unterversorgung in ländlichen Regionen konstatiert. Genannt wurden Herausforderungen wie der demografische Wandel, Fachkräftemangel und bürokratische Hürden. Es wird eine stärkere Zentralisierung und Konzentration einiger Leistungen vorgeschlagen, um Ressourcen effizienter zu nutzen.

Sektorenübergreifende Versorgung: Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor wurde als unzureichend beschrieben. Es wurde eine bessere Zusammenarbeit und Steuerung gefordert, um die Patientenströme zu optimieren und Notaufnahmen zu entlasten. Ideen wie die Einführung einer digitalen Patientenakte und der Ausbau der Telemedizin wurden als wichtige Maßnahmen genannt, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

Notfallversorgung: Die Notfallversorgung wurde als grundsätzlich gut bewertet, allerdings gibt es nach Einschätzung der interviewten Personen teilweise Probleme durch überfüllte Notaufnahmen und ineffiziente Strukturen. Gefordert wird eine bessere Triagierung und eine stärkere Nutzung von Telemedizin, um die Notfallversorgung zu entlasten. Auch der Ausbau der Luftrettung und eine bessere Patientensteuerung durch die Zusammenlegung der Notrufnummern wurden als mögliche Lösungen genannt.

Krankenhausreform: Die geplante Krankenhausreform wird überwiegend als Chance gesehen, um die Qualität und Struktur der Krankenhauslandschaft zu verbessern. Allerdings wurden die Leistungsgruppen als zu wenig detailliert beschrieben, und es wurden Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Reform in ländlichen Regionen geäußert. Vorhaltepauschalen und die Zukunft von geschlossenen Standorten wurden kritisch diskutiert.

Insgesamt sprechen sich die befragten Personen für eine stärkere Kontrolle der Leistungssteuerung durch das Ministerium aus, einschließlich eines entschlosseneren Vorgehens bei Krankenhausschließungen sowie einer präziseren Festlegung von Qualitätsstandards und Regelungen zu Mindestmengen. Die Bedeutung der Telemedizin wird als zentral für die künftige Versorgung eingeschätzt, während die Frage der Krankenhausfinanzierung kontrovers diskutiert wurde.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	1
Executive Summary	2
Inhaltsverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	13
Tabellenverzeichnis	15
Abkürzungsverzeichnis	16
1 Ausgangssituation	17
1.1 Ziele des Gutachtens	17
1.2 Aufbau des Gutachtens	18
1.2.1 Abschnitt A	18
1.2.2 Abschnitt B	18
1.3 Das Bundesland Baden-Württemberg	19
1.3.1 Geografie und Verwaltung	19
1.3.2 Bevölkerungsverteilung	21
1.3.3 Demografische Entwicklung	23
1.4 Status quo der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg	26
1.5 Trends und Herausforderungen der stationären Versorgung	27
1.6 Krankenhausreform des Bundes	32
2 Methodik: Datengrundlagen und Datenaufbereitung	35
3 Status quo der stationären Versorgung in Baden-Württemberg	41
3.1 Die Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg im Bundesvergleich	41
3.2 Versorgungskapazitäten und Fallaufkommen in Baden-Württemberg	44
3.2.1 Strukturen der stationären Versorgung in Baden-Württemberg	44
3.2.2 Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023	46
3.2.3 Analyse der vollstationären Fälle auf Basis der NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023	51
3.2.4 Entwicklung der teilstationären Fälle von 2019 bis 2023 in Baden-Württemberg	55
3.2.5 Patientenwanderung	57
4 Prognose	59
4.1 Prognose der vollstationären Fälle von in Baden-Württemberg wohnenden Patientinnen und Patienten bis 2035	60
4.2 Prognose der vollstationären Fälle von in Baden-Württemberg behandelten Patientinnen und Patienten bis 2035	64

4.3	Prognose der vollstationären Fallzahlen im Jahr 2035 für ausgewählte Landkreise mit geringer Bevölkerungsdichte für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg	67
4.4	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	70
5	Handlungsempfehlungen	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der Land- und Stadtkreise in Baden-Württemberg	20
Abbildung 2: Bevölkerungsdichte in Baden-Württemberg nach Land- und Stadtkreisen im Jahr 2022	22
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg in den Jahren 1970 bis 2035/	24
Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg in den Jahren 2023 bis 2035 nach Altersgruppen	25
Abbildung 5: Vollstationäre Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich	42
Abbildung 6: Durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich	42
Abbildung 7: Bettenauslastung in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich	43
Abbildung 8: Anzahl der Standorte nach Versorgungsregionen in Baden-Württemberg im Jahr 2024 nach Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V (Stand 09.08.2024)	45
Abbildung 9: Ausgewiesene Betten gemäß den strukturierten Qualitätsberichten je Krankenhausstandort nach Trägerschaft für das Jahr 2022	46
Abbildung 10: Entwicklung der vollstationären Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023	47
Abbildung 11: Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023	48
Abbildung 12: Entwicklung der vollstationären Fälle in Baden-Württemberg differenziert nach Aufnahmeanlass von 2019 bis 2023	49
Abbildung 13: Die durchschnittlichen Verweildauern der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg 2019 bis 2023	50
Abbildung 14: Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023	56
Abbildung 15: Anzahl der ein- und auspendelnden Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 für den vollstationären Bereich	58
Abbildung 16: Prognose für vollstationäre Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2035	63
Abbildung 17: Prognose der vollstationären Fälle und belegten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Baden-Württemberg bis 2035 ohne Ambulantisierung	65
Abbildung 18: Prognose der vollstationären Fälle und benötigten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Baden-Württemberg bis 2035 mit Ambulantisierung	66
Abbildung 19: Ausgewählte Landkreise in Baden-Württemberg mit weniger als 200 EW pro km ² im Jahr 2023	67
Abbildung 20: Prognose der vollstationären Fallzahlen im Jahr 2035 für ausgewählte Landkreise mit geringer Bevölkerungsdichte für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg ohne Ambulantisierung	68

Abbildung 21: Prognose der vollstationären Fallzahlen im Jahr 2035 für ausgewählte Landkreise mit geringer Bevölkerungsdichte für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg mit Ambulantisierung

69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 1	52
Tabelle 2:	Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 2	53
Tabelle 3:	Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 1	54
Tabelle 4:	Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 2	55
Tabelle 5:	Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023 nach Leistungsgruppen	57
Tabelle 6:	Prognose der prozentualen Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2023 und 2035 (Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Baden-Württemberg) nach NRW-Leistungsgruppen	61
Tabelle 7:	Prognose der nominalen Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2023 und 2035 (Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Baden-Württemberg) nach NRW-Leistungsgruppen	62

Abkürzungsverzeichnis

ASBW	Arbeitsgemeinschaft Schlaganfallstationen Baden-Württemberg
AUC	Akademie der Unfallchirurgie GmbH
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
DSG	Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
EW/km ²	Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
LHK	Linksherzkatheter
LHKM	Linksherzkathetermessplatz
LKHG	Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg
NRW	Nordrhein-Westfalen
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PLZ 5	fünfstellige Postleitzahl
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SQR BW	Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg
STEMI	ST-Elevation Myocardial Infarction

1 Ausgangssituation

1.1 Ziele des Gutachtens

Entsprechend der Vorgaben des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) sind die Bundesländer dazu verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen.¹² Die Krankenhausreform des Bundes wird jedoch tiefgreifende Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der einzelnen Bundesländer haben. Künftig soll ein Großteil der Betriebskosten der Kliniken durch Vorhaltepauschalen statt wie bisher durch Fallpauschalen finanziert werden. Durch die Planungsbehörden der Länder sollen den Kliniken Leistungsgruppen zugewiesen werden, anhand derer die Vorhaltevergütung erfolgen soll. Der geplante Transformationsfonds soll zusätzliche Mittel für bestimmte Versorgungsbereiche bereitstellen, um die Strukturreform der Kliniken finanziell abzusichern.¹³

In diesem Kontext hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH mit der Erstellung eines Gutachtens zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung beauftragt.

Im Gutachten wird der Ist-Zustand der Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen in Baden-Württemberg dargestellt, um daraus Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung abzuleiten. Es ist jedoch nicht beabsichtigt, Empfehlungen für den Aus-, Neu- oder Umbau einzelner Krankenhausstandorte abzugeben.

Das Gutachten wird erstmalig die Leistungsgruppensystematik auf die baden-württembergischen Krankenhauslandschaft anwenden und diese als Analysegrundlage nutzen. Da zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens keine abschließende Zuordnung der stationären Fälle zu Leistungsgruppen auf Bundesebene vorlag, wurde im Bereich der Somatik die nordrhein-westfälische Leistungsgruppensystematik verwendet¹⁴. Die NRW-Systematik definiert 64 Leistungsgruppen. Diese unterteilen sich in 30 Leistungsbereiche mit 60 untergeordneten Leistungsgruppen für die Somatik sowie zwei Leistungsbereiche mit insgesamt vier untergeordneten Leistungsgruppen für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik. Für die Analysen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wurde aufgrund der Ungenauigkeit dieser Leistungsgruppen eine separate Systematik gewählt. Diese sieht vor, die psychiatrische und psychosomatische Versorgung anhand der PEPP-Strukturkategorien zu differenzieren und zu analysieren.¹⁵ Auf Basis der Analysen wird abschließend anhand demografischer Entwicklungen und weiterer Trends der zukünftige Versorgungsbedarf in Baden-Württemberg prognostiziert.

¹² § 1 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 1 KHG.

¹³ Deutscher Bundestag (2024): Kontroverse Debatte über die geplante Krankenhausreform, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw26-de-krankenhausversorgung-1008316>, zuletzt abgerufen am 22.07.2024.

¹⁴ Übersichtstabelle der Leistungsgruppenelemente (Stand: 27.04.2022), https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppenelemente.pdf, zuletzt abgerufen am 28.08.2024

¹⁵ InEK (2024): Definitionshandbuch PEPP-Version 2024 Kompaktversion, <https://www.g-drg.de/media/files/pepp-entgeltsystem-2024/definitionshandbuch-pepp-version-2024-kompaktversion>, zuletzt abgerufen am 12.09.2024.

1.2 Aufbau des Gutachtens

Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg, das als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung dient, ist in zwei Teile gegliedert: Abschnitt A bietet eine Gesamtübersicht, während in Abschnitt B vor allem Fokusthemen der stationären Versorgung analysiert und grafisch aufbereitet dargestellt werden. Der Schwerpunkt in Abschnitt B liegt auf der Erreichbarkeit der Bevölkerung zum jeweils nächstgelegenen Versorger.

1.2.1 Abschnitt A

In Abschnitt A des Gutachtens wird zunächst die Ausgangssituation beschrieben. Dabei werden neben Geographie und Verwaltung auch die Bevölkerungsverteilung, die demografische Entwicklung sowie die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg thematisiert. Zudem werden allgemeine Trends und Herausforderungen des Gesundheitssektors beleuchtet. Diese einleitenden Abschnitte werden mit einer Darstellung der Krankenhausreform auf Bundesebene abgerundet.

Anschließend folgt das Kapitel zur Datengrundlage und -aufbereitung, das das methodische Vorgehen der Gutachtenden erläutert. Daraufhin wird die stationäre Versorgung in Baden-Württemberg untersucht. Ein Vergleich der Krankenhausversorgung auf Bundesebene sowie die Darstellung der stationären Versorgung in Baden-Württemberg auf verschiedenen Analyseebenen werden vorgenommen. Detaillierte Analysen einzelner Fokusthemen der stationären Versorgung, insbesondere zu Versorgungsanteilen und zur Erreichbarkeit des nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses, werden jedoch in Abschnitt B behandelt.

Nach der Darstellung des Status quo der stationären Versorgung liegt der Fokus im darauffolgenden Kapitel auf der Fallzahlprognose, die auf verschiedenen Modellen basiert.

Im abschließenden Kapitel werden die Handlungsempfehlungen der Gutachtenden zusammengefasst, wobei die Erkenntnisse der vorangegangenen Analysen berücksichtigt werden.

1.2.2 Abschnitt B

Die Darstellungsform der Abschnitte wurde mit Blick auf die unterschiedlichen thematischen Schwerpunkte entsprechend angepasst. Abschnitt B wird daher in Form eines Foliensatzes präsentiert, der überwiegend grafische Elemente enthält.

Der Foliensatz umfasst dabei folgende, mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg abgestimmte Fokusthemen:

- Geburtshilfliche Versorgung inkl. Perinatalzentren
- Kinder- und Jugendmedizinische Versorgung
- Geriatrische Versorgung
- Herzinfarktversorgung
- Onkologische Versorgung
- Traumazentren
- Schlaganfallversorgung
- Intensivmedizinische Versorgung
- Rettungsdienstliche Versorgung
- Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Darüber hinaus wurde ein Stimmungsbild basierend auf Interviews mit ausgewählten Stakeholdern der gesundheitlichen Versorgung Baden-Württembergs eingeholt.

Jedes Fokusthema ist in einem eigenen Kapitel dargestellt, das verschiedene Analysen und grafisch aufbereitete Darstellungen umfasst. Die Analysen basieren hauptsächlich auf Daten aus dem Jahr 2023 und berücksichtigen nur Fälle, bei denen der Behandlungsort im Betrachtungszeitraum in Baden-Württemberg lag. Davon ausgenommen sind die Auswertungen der rettungsdienstlichen Versorgung, hier wurden alle Einsätze von in Baden-Württemberg stationierten Rettungsmitteln berücksichtigt, unabhängig vom Einsatz- oder Behandlungsort. Kern der Untersuchungen sind dabei die Anzahl der an der Versorgung beteiligten Krankenhausstandorte, Versorgungsanteile in der jeweiligen Versorgungsregion sowie die Erreichbarkeit zum nächstmöglichen geeigneten Versorger. Jede Analyse endet mit einer Schlussfolgerung.

1.3 Das Bundesland Baden-Württemberg

1.3.1 Geografie und Verwaltung

Baden-Württemberg liegt im Südwesten Deutschlands und ist sowohl flächenmäßig als auch nach der Bevölkerungszahl das drittgrößte Bundesland¹⁶ nach Bayern bzw. Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Auf einer Fläche von 35.673 Quadratkilometern leben etwa 11,3 Millionen Menschen.¹⁷

In Baden-Württemberg gibt es seit der Kreisreform von 1973 insgesamt 35 Landkreise. Davor waren es 63 Landkreise gewesen. Die Landkreise repräsentieren mehr als 80 Prozent der Wohnbevölkerung, der Rest lebt in Stadtkreisen.¹⁸ Baden-Württemberg zählt heute 1.101 Gemeinden, davon 9 Stadtkreise.¹⁹ Die Landeshauptstadt und gleichzeitig größte Stadt ist Stuttgart mit rund 633.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW).²⁰ Weitere große Städte sind Mannheim, Karlsruhe und Freiburg (siehe Abbildung 1).

Neben den urbanen Zentren gibt es in Baden-Württemberg einen starken ländlichen Raum, der sich über etwa 70 % der Landesfläche erstreckt.²¹

¹⁶ Baden-Württemberg.de (2024): Geografie, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/land-und-leute/geografie>, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

¹⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2023): <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

¹⁸ Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (2024): Landkreise in Baden-Württemberg, <https://www.kommunalwahl-bw.de/landkreise#c88463>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

¹⁹ Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (2024): Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg, <https://www.kommunalwahl-bw.de/staedte-und-gemeinden>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

²⁰ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022): <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=KR111>, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

²¹ Baden-Württemberg.de (2024): Starker Ländlicher Raum, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/bw-gestalten/nachhaltiges-baden-wuerttemberg/laendlicher-raum>, zuletzt abgerufen am 30.08.2024.



Abbildung 1: Übersicht der Land- und Stadtkreise in Baden-Württemberg²²

Das Bundesland grenzt innerhalb Deutschlands an die Bundesländer Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz sowie im Ausland an Frankreich, Österreich und die Schweiz.

Baden-Württemberg ist durch eine vielfältige Topografie gekennzeichnet. Das Land umfasst sowohl Mittelgebirge wie den Schwarzwald und die Schwäbische Alb sowie flachere Regionen wie das Oberrheintal.

²² Eigene Darstellung.

Rund 15 % der Bodenfläche ist Siedlungs- und Verkehrsfläche, ca. 45 % der Fläche wird landwirtschaftlich genutzt und ca. 38 % der Fläche ist von Wald bedeckt (2% sonstige Bodenflächen)²³. Dabei bestehen auf Ebene der Land- und Stadtkreise teilweise erhebliche Unterschiede. In den Landkreisen Freudenstadt und Calw sind beispielsweise über 60 % der Bodenfläche mit Wald bedeckt, im Stadtkreis Heilbronn sind es hingegen nur rund 14 %.²⁴

Baden-Württemberg gliedert sich in die vier Regierungsbezirke Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg und Tübingen. Die Regierungsbezirke stehen als Mittelbehörden zwischen den Landesministerien und der unteren Verwaltungsebene mit Landrats- und Bürgermeisterämtern. Sie sind auch für die Koordination von gesundheitsrelevanten Aufgaben zuständig.²⁵

Die 154 Abgeordneten des Landtags in Baden-Württemberg werden alle fünf Jahre von den Bürgerinnen und Bürgern gewählt. Der Landtag ist die Interessenvertretung der Bürgerinnen und Bürger und gibt als Legislative die Landesgesetzgebung vor. Er verfügt zudem über den Landeshaushalt und wählt den Ministerpräsidenten.²⁶ Die Verwaltung in Baden-Württemberg ist dreistufig gegliedert: Die Landesministerien sind das höchste Verwaltungsgremium. Darunter befinden sich die Regierungspräsidien der vier Regierungsbezirke, welche die Vertretung der Landesregierung auf Bezirksebene sind.²⁷ Auf der untersten Verwaltungsebene stehen die Kommunen. Die vielfältige Topografie stellt besondere Herausforderungen für die flächendeckende medizinische Versorgung dar.

1.3.2 Bevölkerungverteilung

In Baden-Württemberg lebten im Jahr 2022 rund 11,3 Millionen Menschen.²⁸ Damit ist Baden-Württemberg nach Nordrhein-Westfalen (17,89 Millionen) und Bayern (13,03 Millionen) eines der bevölkerungsreichsten Bundesländer in Deutschland.²⁹ Durchschnittlich wohnen 316 EW/km² (Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer), wodurch Baden-Württemberg über dem Bundesdurchschnitt von 236 EW/km² liegt.³⁰ Im bundesweiten Vergleich liegt Baden-Württemberg auf Platz sechs der am dichtest besiedelten Länder in Deutschland.

²³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, <http://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2022222>, zuletzt abgerufen am 01.10.2024.

²⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022): <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GebietFlaeche/015152xx.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 30.08.2024.

²⁵ Baden-Württemberg.de (2024): Von der Gemeinde bis zum Ministerium, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/von-der-gemeinde-bis-zum-ministerium#:~:text=Baden-W%C3%BCrttemberg%20gliedert%20sich%20in%20vier%20Regierungsbezirke>, zuletzt abgerufen am 24.09.2024.

²⁶ Baden-Württemberg.de (2024): Der Landtag, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/verfassungsorgane/landtag>, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

²⁷ Baden-Württemberg.de (2024): Von der Gemeinde bis zum Ministerium, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/von-der-gemeinde-bis-zum-ministerium>, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

²⁸ Statistische Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerung, Gebiet und Bevölkerungsdichte 2022, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/01515020.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

²⁹ Ebenda.

³⁰ Statistisches Bundesamt (2023): Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2022, https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FLaender-Regionen%2FRegionales%2FGemeindeverzeichnis%2FAdministrativ%2F04-kreise.xlsx%3F_bblob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK, zuletzt abgerufen am 23.07.2024.

Innerhalb von Baden-Württemberg ist die Bevölkerungsverteilung sehr heterogen, wie Abbildung 2 zeigt. Insbesondere in den Stadtkreisen ist die Bevölkerungsdichte deutlich höher als in den nördlichen und süd-östlichen Landkreisen. Die höchste Bevölkerungsdichte hat Stuttgart mit 3.052 EW/km², gefolgt von Mannheim (2.177 EW/km²) und Karlsruhe (1.780 EW/km²).³¹ Die Landkreise Main-Tauber-Kreis (103 EW/km²), Sigmaringen (111 EW/km²) sowie der Neckar-Odenwald-Kreis (129 EW/km²) weisen die geringste Bevölkerungsdichte im Bundesland auf.

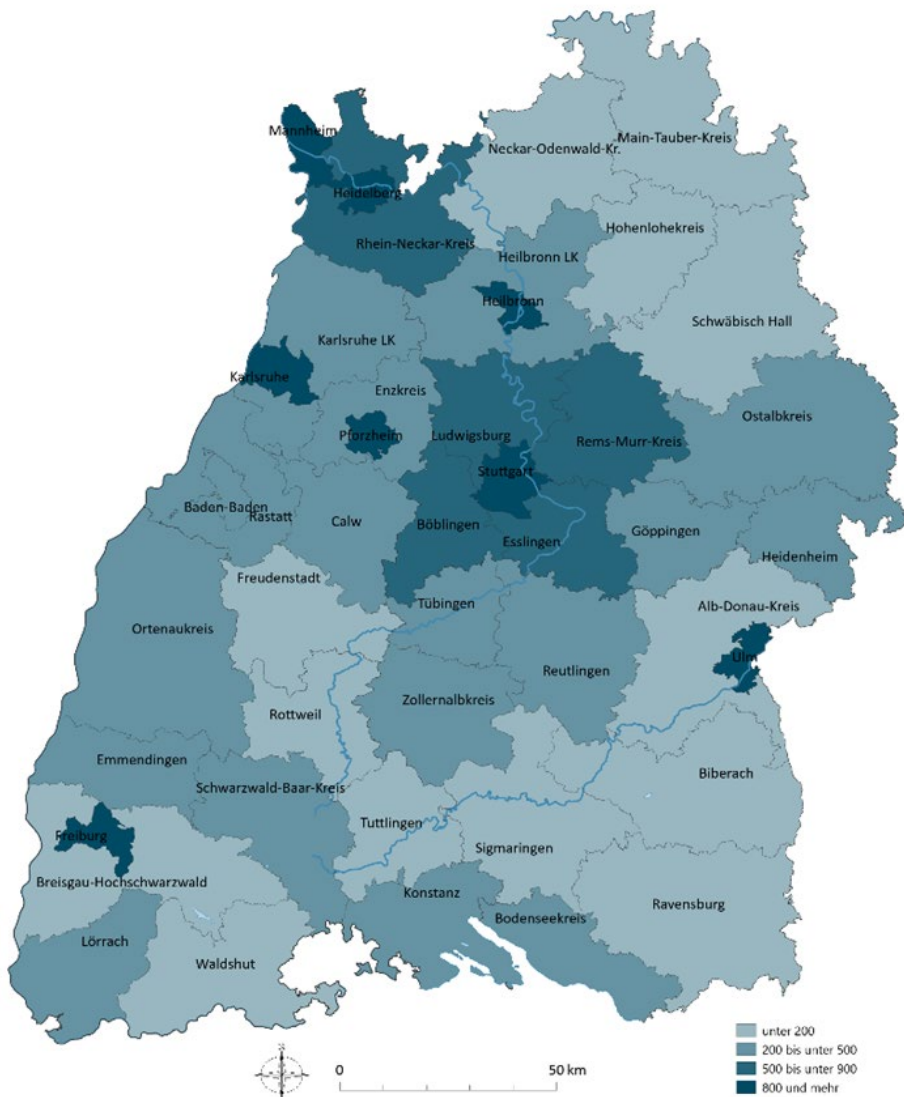


Abbildung 2: Bevölkerungsdichte in Baden-Württemberg nach Land- und Stadtkreisen im Jahr 2022³²

³¹ Ebenda.

³² Eigene Darstellung auf Grundlage des Statistisches Bundesamtes (2023): Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2022, https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FLaender-Regionen%2FRegionales%2FGemeindeverzeichnis%2FAdministrativ%2F04-kreise.xlsx%3F_blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK, zuletzt abgerufen am 05.09.2024.

Im Jahr 2022 lebten rund 5,6 Millionen Frauen und ca. 5,5 Millionen Männer in Baden-Württemberg.³³ Bis 2035 wird ein Bevölkerungszuwachs auf 11,34 Millionen Menschen prognostiziert, dies entspräche gegenüber dem Jahr 2017 einem Plus von 3,1 %³⁴

Die unterschiedlichen Bevölkerungsdichten im Land haben auch einen Einfluss auf die dortige Gesundheitsversorgung. Insbesondere in ländlichen Gebieten muss daher oft ein Kompromiss zwischen Erreichbarkeit, Finanzierbarkeit und Qualität gefunden werden.³⁵ Zur Ansicht einer detaillierten Karte der Bevölkerungsdichte wird auf Abschnitt B des Gutachtens verwiesen.

1.3.3 Demografische Entwicklung

Anders als in anderen Bundesländern in Deutschland verzeichnet Baden-Württemberg einen Anstieg der Bevölkerungszahlen von 7,7 Millionen EW im Jahr 1960 auf rund 11,3 Mio. EW im Jahr 2023 (+47%).³⁶ Insbesondere nach der Wiedervereinigung Deutschlands ist eine stärkere Dynamik beim Bevölkerungszuwachs zu beobachten. In den letzten 50 Jahren ist die Einwohnerzahl Baden-Württembergs um 2,1 Millionen Menschen (rund 19%) gestiegen. Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich auch in den nächsten Jahren fortsetzen, wenngleich der Anstieg in Zukunft nicht mehr so stark ausgeprägt sein wird. Laut Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württembergs (Basisjahr 2020) werden im Jahr 2035 voraussichtlich 11,34 Millionen Menschen im Bundesland leben, was einem minimalen, prozentualen Anstieg von 0,075 % im Vergleich zu 2023 entspricht.³⁷

³³ Zensus 2022, Regionaltabelle Demografie. Hinweis: Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg prognostiziert für 2023 ca. 5,7 Mio. Frauen und 5,6 Mio. Männer auf Basis des Zensus 2011. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FLaender-Regionen%2FRegionales%2FGemeindeverzeichnis%2FAdministrativ%2F04-kreise.xlsx%3F_blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK, zuletzt abgerufen am 23.07.2024.

³⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019): Bis 2035 Bevölkerungszuwachs in allen Kreisen Baden-Württembergs, Pressemitteilung 145/2019, <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2019145>, zuletzt abgerufen am 23.07.2024.

³⁵ Bundeszentrale für politische Bildung (2021): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/>, zuletzt abgerufen am 23.07.2024.

³⁶ Statista (2024): Einwohnerzahl in Baden-Württemberg von 1960 bis 2023, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154878/umfrage/entwicklung-der-bevoelkerung-von-baden-wuerttemberg-seit-1961/>, zuletzt abgerufen am 24.07.2024.

³⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022), Bevölkerungsvorausberechnung im Kreisvergleich, <https://www.statistik-bw.de/Bevoelk-Gebiet/Vorausrechnung/Kreisdaten.jsp>, zuletzt abgerufen am 24.07.2024. Ergänzend sei erwähnt, dass der Sondereffekt des Zuzugs aus der Ukraine in der Prognose nicht berücksichtigt wurde und auch derzeit nicht weiter berücksichtigt wird, da nicht absehbar ist, ob eine Rückkehr der Geflüchteten erfolgt.

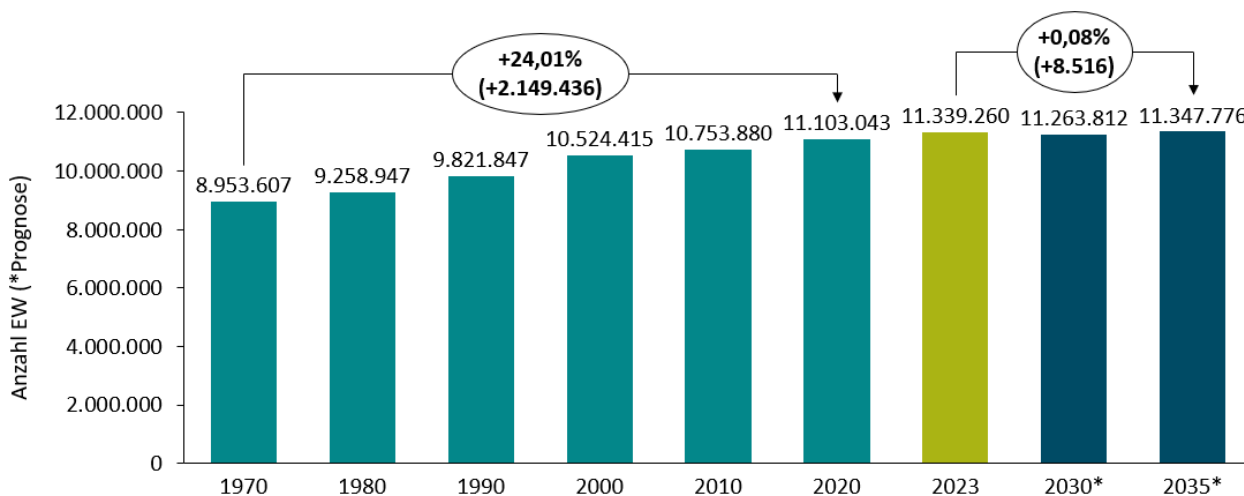


Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg in den Jahren 1970 bis 2035^{36/37}

Für die meisten Landkreise und Städte wird bis zum Jahr 2030 ein Zuwachs der Bevölkerung zwischen 1 % - 2 % prognostiziert. Während der stärkste Zuwachs innerhalb dieser Zeit für den Stadtkreis Heilbronn prognostiziert wird (+ 3,2 %), wird voraussichtlich in den Stadtkreisen Baden-Baden (-0,1 %) sowie Karlsruhe (-0,1 %) ein Rückgang der Bevölkerungszahlen bis 2030 erfolgen.³⁷

Einen großen Einfluss auf die zunehmende Bevölkerungsentwicklung hat die Geburtenrate, welche in Baden-Württemberg im Vergleich zum Jahr 2000 (1,32 Kinder pro Frau) auf 1,48 Kinder pro Frau im Jahr 2020 gestiegen ist. 2020 wurden demnach 108.024 Kinder lebendgeboren. Seit 2020 ist die Geburtenrate jedoch wieder gesunken und lag im Jahr 2023 bei 1,31 Kinder je Frau.³⁸ Dieser Trend ist auch bundesweit zu beobachten. Während im Jahr 2020 in Deutschland 1,53 Geburten je Frau erfolgten, waren es 2023 nur noch 1,35 Geburten je Frau.³⁹ Insgesamt liegt die Geburtenrate in Baden-Württemberg seit 1970 weiterhin deutlich unter dem Niveau von 2,1 Kindern je Frau, was für eine Bestandserhaltung der Bevölkerung notwendig wäre.⁴⁰

Auch die Altersstruktur Baden-Württembergs wird sich infolge der niedrigen Geburtenrate und einer steigenden Lebenserwartung verändern. Während das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Baden-Württemberg im Jahr 1995 noch bei 39,3 Jahren lag⁴¹, lag es 2022 bereits bei 43,8 Jahren (Bundesdurchschnitt 44,6 Jahre).⁴²

³⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2024): Durchschnittliche Kinderzahl je Frau, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/GS-Kinderzahl.jsp>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

³⁹ Destatis (2024): Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtensziffer.html>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

⁴⁰ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). Lebendgeborene und Gestorbene 1975-2017 nach Geschlecht. Geburtenstatistik und Sterbefallstatistik. Zitiert nach: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020): Pressemitteilung 157/2020, Baden-Württemberg: So viele Geburten wie noch nie seit 1998, <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2020157>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

⁴¹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2024): Durchschnittsalter und Altersgruppen nach Geschlecht, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/01035100.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

⁴² Statista (2024): Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1093993/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

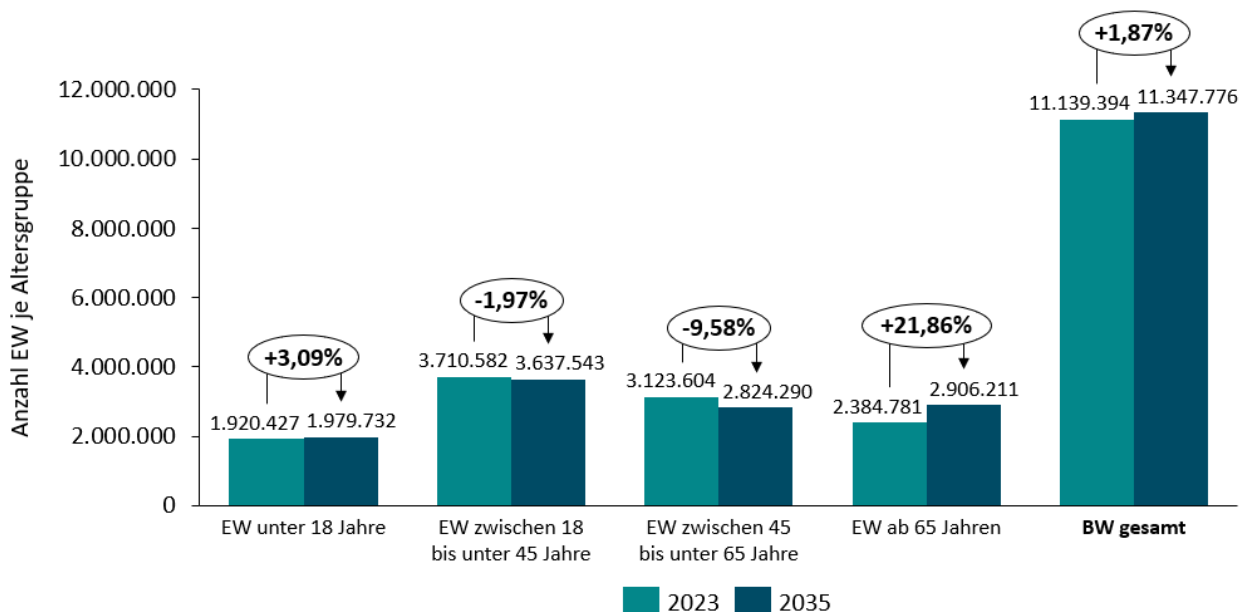


Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg in den Jahren 2023 bis 2035 nach Altersgruppen⁴³

Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass die in Abbildung 4 verwendeten Werte auf Basis der Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020; obere Variante (StaLa)⁴⁴, beruhen. Hier weicht das Jahr 2023 zum Wert gemäß Basis Zensus 2011 (StaLa) um knapp 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab. Nur mit den Werten der Basis 2020 ist die Prognose nach Altersgruppen kongruent darstellbar.

Abbildung 4 zeigt eine Verschiebung der prozentualen Anteile von den Altersgruppen zwischen 18 bis unter 65 Jahre zu der Altersgruppe der Menschen ab 65 Jahren in Baden-Württemberg. Für die Bevölkerung in der Altersgruppe der 45 bis unter 65-Jährigen wird von 2023 bis 2035 ein Rückgang um 9,6 % prognostiziert. Auch die Anzahl der Personen zwischen 18 bis unter 45 Jahren wird prognostisch ebenfalls leicht zurückgehen (rund - 2 %). Demgegenüber steigt die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner in der Altersgruppe ab 65 Jahren um knapp 22 % und damit auch deren Anteil an der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs von rund 21 % im Jahr 2023 auf knapp 26 % im Jahr 2035.

Ergebnis dieser demografischen Entwicklung ist auch ein steigender Altenquotient in Baden-Württemberg. Der Altenquotient bildet ab, wie viele Menschen im Rentenalter, die zum Beispiel 65 Jahre und älter sind, 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (zum Beispiel von 20 bis unter 65 Jahren) gegenüberstehen.⁴⁵

⁴³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022): Bevölkerungsvorausberechnung im Kreisvergleich nach Altersgruppen, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/KreisAltersgruppen.jsp>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

⁴⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020): Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppen, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015021.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁴⁵ Statistisches Bundesamt (2024): Altenquotient, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Glossar/altenquotient.html?view=getColorboxEntry>, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

Während im Jahr 2023 in Baden-Württemberg rund 36 Personen über 65 Jahren 100 Personen im Erwerbsalter gegenüberstanden, wird sich dies im Jahr 2035 voraussichtlich auf rund 47 Personen erhöhen.⁴⁶

1.4 Status quo der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg

Insbesondere aus dem verfassungsrechtlich verankerten Sozialstaatsprinzip ergibt sich, dass es Aufgabe der Länder ist, eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen für alle Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen. Der Sicherstellungsauftrag liegt in Baden-Württemberg bei den Stadt- und Landkreisen (siehe § 3 LKHG). Diese sind dazu verpflichtet, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Dazu stellen sie insbesondere Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf.⁴⁷ Die in die Krankenhauspläne aufgenommenen sogenannten Plankrankenhäuser gelten als zugelassene Krankenhäuser. Sie haben die Pflicht, gesetzlich Versicherte zu behandeln und sind berechtigt, ihre Leistungen mit den Krankenkassen abzurechnen.⁴⁸ Neben den Plankrankenhäusern haben auch Hochschulkliniken und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag einen Anspruch auf Vergütung von Behandlungskosten.⁴⁹

Die Bundesländer sind weitestgehend frei in ihrer Planungspraxis, die sich auch dementsprechend heterogen gestaltet. So unterscheiden sich je nach Bundesland die für die Planung zuständigen Gremien, die Planungsverfahren, der Planungsgegenstand nach Planungstiefe und -breite, sowie die Verwendung von Qualitätskriterien und angestrebten Mindestauslastungsquoten. Üblicherweise geben die Krankenhauspläne Auskunft über die Standorte, vorzuhaltende Fachgebiete und Ausbildungsstätten. Teilweise enthalten sie auch Informationen über Versorgungsstufen und Trägerschaft der Krankenhäuser. Falls Bettenkapazitäten ausgewiesen sind, werden diese einem Krankenhaus insgesamt oder differenziert nach Fachabteilung zugeordnet.⁵⁰

Die größten Unterschiede ergeben sich bei der Wahl der Planungstiefe. Darunter wird die Detailliertheit der Vorgaben verstanden, die die Länder den Plankrankenhäusern in Bezug auf ihr Leistungsangebot machen. Dabei steht es ihnen grundsätzlich frei, ob sie lediglich auf Ebene der Fachgebiete planen und damit eine sogenannte Rahmenplanung vornehmen, oder auch die Vorgabe von Subdisziplinen und die Ausweisung von Schwerpunkten regeln, was als Detailplanung bezeichnet wird.⁵¹

Das Land Baden-Württemberg hat sich bei seiner Krankenhausplanung gemäß § 6 Absatz 1 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) auf eine Rahmenplanung festgelegt. Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus umfassen dabei „die Fachgebiete und die Gesamtzahl der Planbetten. Daneben kann auch die Zahl der Planbetten je Fachgebiet, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit

⁴⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2023): Bevölkerungsvorausberechnung mit Jugend-, Alten- und Gesamtquotient, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/98015200.tab?R=LA>, 2023 sind Ist-Werte, zuletzt abgerufen am 02.09.2024.

⁴⁷ § 6 Abs. 1 i.V.m. § 1 Abs. 1 KHG

⁴⁸ § 108 SGB V Nr. 2

⁴⁹ § 108 SGB V Nr. 1 und 2

⁵⁰ Malzahn, J.; Wehner, C. und Fahlenbrach, C. (2011): Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung; erschienen in: Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin, KomPart, S. 35–72

⁵¹ Stoy, V. (2016): Krankenhäuser; erschienen in: Föderale Vielfalt im unitarischen Sozialstaat. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 119–144

mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden.“⁵² In wenigen Fachplanungsgebieten sowie bei den teilstationären Versorgungsangeboten wird abteilungsbezogen und mit konkreter Betten- bzw. Platzzahl geplant.

Die Krankenhausträger in Baden-Württemberg können somit in eigener Verantwortung die festgelegten Planbetten auf die verschiedenen Fachabteilungen verteilen.⁵³ Nur wenige Fachgebiete wie etwa die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung oder die Herzchirurgie werden detailliert geplant und ausgewiesen.⁵⁴

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhauseusschuss erstellt und von der Landesregierung beschlossen.⁵⁵ Der zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens gültige Krankenhausplan wurde im Jahr 2010 verabschiedet und löste damit den seit dem Jahr 2000 geltenden ab.⁵⁶ Mit Einzelfallentscheidungen nach § 7 Abs. 1 LKHG kann der Krankenhausplan allerdings laufend durch Bescheid des örtlich zuständigen Regierungspräsidiums angepasst und bei Bedarf insgesamt fortgeschrieben werden. Dies kam in den letzten Jahren des Öfteren zur Anwendung.

Im Juli 2024 wurde das Landeskrankengesetz in Baden-Württemberg vor dem Hintergrund der geplanten Entwicklung einer neuen Krankenhauplanung zuletzt geändert. Mit der Änderung wurde die Rechtsgrundlage für eine etwaige zukünftige Anpassung der Planungssystematik des Landeskrankenhauplans geschaffen. Fortan ist die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg gemäß § 6 Abs. 1a LKHG auch auf Grundlage von Leistungsgruppen und Planfallzahlen sowie unter Festlegung konkreter Versorgungsregionen zulässig. Die Rechtsgrundlage für die derzeitige Planungssystematik, die insbesondere auf Basis von Fachabteilungen und Planbetten erfolgt, bleibt daneben bestehen.⁵⁷

1.5 Trends und Herausforderungen der stationären Versorgung

Die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg steht vor bedeutenden Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel, den Fachkräftemangel und den medizinisch-technischen Fortschritt geprägt sind. Um eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig effiziente stationäre Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen, müssen die bestehenden Strukturen angepasst und innovative Lösungen entwickelt werden. Dieser Abschnitt beleuchtet in Kürze zentrale Themen, darunter der Fachkräftemangel, die sektorenübergreifende Versorgung, die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie die Konzentration von Leistungen bei den Behandlungsangeboten.

⁵² § 6 Abs. 1 LKHG

⁵³ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (o. D.): <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung>, zuletzt abgerufen am 26.09.2024.

⁵⁴ Ebenda.

⁵⁵ § 4 Abs. 2 und 3 LKHG

⁵⁶ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (o. D.): <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung>, zuletzt abgerufen am 26.09.2024.

⁵⁷ Drucksache 17 / 6934 (2024).

Fachkräftemangel

Die Fachkräftesituation im Gesundheitswesen ist angespannt. Pflegefachkräfte, Medizinische Fachangestellte (MFA) und Ärztinnen und Ärzte, die drei größten Berufsgruppen, gelten als Engpassberufe. Trotz steigender Beschäftigtenzahlen deckt das Angebot den wachsenden Bedarf nicht, insbesondere durch Teilzeitarbeit und unzureichend ausgelastete Ausbildungskapazitäten.⁵⁸ Der Fachkräftemangel zählt daher mit zu den drängendsten Problemen der stationären Versorgung in Deutschland und auch in Baden-Württemberg. Der demografische Wandel trägt dazu bei, dass viele erfahrene Fachkräfte in den Ruhestand gehen, während gleichzeitig zu wenige Nachwuchskräfte mit entsprechenden Arbeitszeitanteilen oder entsprechenden Facharztqualifikationen nachrücken. Dies führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung der verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, was langfristig die Qualität der Patientenversorgung gefährden kann. Verschiedene Studien⁵⁹ belegen, dass eine höhere Personalbesetzung, vor allem im Pflegebereich, zu besseren Behandlungsergebnissen führt, wie etwa kürzeren Verweildauern und geringeren Sterblichkeitsraten.

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, hat die Landesregierung von Baden-Württemberg 2023 ein Förderprogramm in Höhe von einer Millionen Euro aufgelegt. Ziel des Programms ist es, innovative Projekte in der Pflege und Behindertenhilfe zu unterstützen, die helfen sollen, Fachkräfte zu gewinnen und langfristig im Beruf zu halten. Zudem werden verstärkte Bemühungen unternommen, die verschiedenen Akteure im Bereich der Fachkräftegewinnung und des Gesundheitswesens besser zu vernetzen. So soll ein umfassender Austausch zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Ausbildungsstätten und politischen Entscheidungsträgern gefördert werden, um gemeinsam nachhaltige Lösungen zu entwickeln.

Medizinisch-technischer Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt bietet erhebliche Chancen, die stationäre Versorgung zu verbessern und einige der bestehenden Herausforderungen zu bewältigen. Neue Technologien wie Künstliche Intelligenz, Telemedizin und andere digitale Anwendungen ermöglichen präzisere Diagnosen und effizientere Arbeitsabläufe, was besonders in Regionen mit Fachkräftemangel eine Entlastung sein kann. Der Fortschritt der Medizintechnik und die Entwicklung neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden, darunter insbesondere auch die personalisierte Medizin haben das Potenzial, die Versorgungsqualität entscheidend zu verbessern.

Um die Digitalisierung der stationären Versorgung voranzutreiben, sind die technische und semantische Interoperabilität der eingesetzten Systeme, eine stabile und sichere technische Infrastruktur, eine konsequente Abkehr vom Silodenken bei Datengewinnung, -speicherung und -nutzung, sektorenübergreifende Kommunikation sowie die schnelle Translation von erfolgreicher Forschung in die Regelversorgung notwendig. Die Bedeutung von Telemedizin und Telekonsilen wird durch die zunehmende Zentralisierung im Zuge der Neuordnung der Krankenhauslandschaft zunehmen und bietet Chancen für die Überwindung von potenziellen Versorgungsdefiziten. Mit der Plattform MEDI:CUS (Medizindaten-Infrastruktur: cloudbasiert,

⁵⁸ Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Gutachten: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 25.04.2024, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁵⁹ IGES (2027): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus - Internationale Empirie und Status quo in Deutschland https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf, zuletzt abgerufen am 10.10.2024.

universell, sicher), die in Baden-Württemberg aktuell entwickelt wird, kann die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – von Universitätskliniken und Krankenhäusern sowie perspektivisch auch für andere Leistungserbringer über die gesamte Versorgungskette hinweg – vereinfacht und so die datengestützte Gesundheitsversorgung der Zukunft weiter vorangetrieben werden. Neben technischen Basisdiensten, wie zum Beispiel der Verwaltung der Benutzerdaten oder Maßnahmen zur Cybersicherheit, soll MEDI:CUS auch spezifische Fachdienste anbieten.⁶⁰

In Baden-Württemberg, das als einer der Vorreiter bei der Implementierung digitaler Gesundheitslösungen gilt, besteht die Möglichkeit, durch gezielte Investitionen und Förderprogramme diesen Fortschritt weiter voranzutreiben. Bestehende Formate wie die Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege Baden-Württemberg⁶¹ sowie das Forum Gesundheitsstandort⁶² sollten fortgesetzt und weiterentwickelt werden. Neue Technologien wie die Telemedizin werden nicht nur als Ergänzung zur stationären Versorgung dienen, sondern bieten auch Chancen für eine bessere flächendeckende Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen.

Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

Der medizinische Fortschritt hat dazu geführt, dass immer mehr Eingriffe, die früher stationär durchgeführt wurden, heute ambulant möglich sind. Ambulante Operationen sind für die Patienten oft schonender und führen zu kürzeren Krankenhausaufenthalten, was wiederum Kosten spart. Im Jahr 2023 wurden rund 2,1 Millionen ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe in Deutschland durchgeführt⁶³. Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich die Anzahl mehr als verdreifacht, wenngleich sich dieses Wachstum in den letzten Jahren deutlich abgeschwächt hat.⁶⁴ Trotz des deutlichen Anstiegs ambulanter Eingriffe in den letzten Jahren liegt Deutschland im internationalen Vergleich hinter anderen Ländern zurück.^{65/66} Dies zeigt, dass in Deutschland eine kontinuierliche Steigerung der Ambulantisierung stattfindet, aber das Potenzial noch nicht voll ausgeschöpft ist. Jedoch muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass es keine einheitlichen Definitionen zu stationärsersetzenden ambulanten Eingriffen, Behandlungen und Operationen gibt.⁶⁷

⁶⁰ Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen Baden-Württemberg, Baden-Württemberg baut Cloudplattform MEDI:CUS für Gesundheitsdaten auf, 06.02.2024, <https://im.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilung/pid/baden-wuerttemberg-baut-cloudplattform-medicus-fuer-gesundheitsdaten-auf>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁶¹ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Chancen der Digitalisierung für Medizin und Pflege nutzen, <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/digitalisierung-in-medizin-und-pflege>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁶² BIOPRO Baden-Württemberg GmbH, Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg, <https://www.forum-gesundheitsstandort-bw.de/ueber-das-forum/ueber-das-forum-gsbw>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁶³ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁶⁴ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, mehrere Jahrgänge.

⁶⁵ OECD (2021): Health at a Glance 2021. OECD Indicators, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1684322114&id=id&accname=guest&checksum=4DF915565E297469F1F642EC422F354E>, zuletzt abgerufen am: 08.10.2024.

⁶⁶ OECD (2021): State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2021, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e4c56532-en.pdf?expires=1684321052&id=id&accname=guest&checksum=C2F50CFB578C7037244583D08FFAC2B3>, zuletzt abgerufen am: 08.10.2024.

⁶⁷ IGES (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V Annex Modul 1: Internationaler Vergleich, https://www.kbv.de/media/sp/IGES_AOP_Gutachten_Annex_Modul_1_032022.pdf, zuletzt abgerufen am 08.10.2024.

In einem Gutachten des IGES-Instituts wird hervorgehoben, dass insbesondere durch die Einführung der Hybrid-DRG⁶⁸ im Jahr 2024 die Ambulantisierung weiter gefördert werden könnte. Diese Vergütungssystematik ermöglicht es, bestimmte Eingriffe sowohl ambulant als auch stationär bei gleicher Vergütung durchzuführen, was einen Anreiz für Krankenhäuser schafft, vermehrt ambulante Leistungen anzubieten. Um jedoch das volle Potenzial der Ambulantisierung auch in Baden-Württemberg zu nutzen, müssen die ambulanten Kapazitäten in den Kliniken weiter ausgebaut werden. Dazu gehört auch die Schaffung spezialisierter ambulanter Operationssäle, die es ermöglichen, Eingriffe in einem entsprechend angepassten Rahmen durchzuführen.

Konzentration von Leistungen auf Standorte

Ein weiterer Trend in der stationären Versorgung ist die Konzentration bestimmter Behandlungsangebote auf spezialisierte Standorte. Studien belegen, dass die Qualität der Versorgung steigt, wenn bestimmte Leistungen an wenigen spezialisierten Standorten häufiger durchgeführt werden. Diese sogenannte "Volume-Outcome-Relation" bedeutet, dass größere Fallzahlen in spezialisierten Zentren zu besseren Behandlungsergebnissen führen, insbesondere bei komplexen Eingriffen sowie auch bei komplexen Krankheitsfällen. Die geplante Krankenhausreform in Baden-Württemberg wird vermutlich diesen Trend verstärken, indem bestimmte Leistungsgruppen gezielt geeigneten Kliniken zugewiesen werden.

Dabei muss jedoch ein Gleichgewicht zwischen Spezialisierung und Erreichbarkeit gefunden werden. Während viele Patientinnen und Patienten bereit sind, für planbare Eingriffe längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen, ist dies bei zeitkritischen Notfällen oder in sensiblen Bereichen wie der Geburtshilfe schwieriger zu realisieren. In der Krankenhausplanung Baden-Württembergs muss daher sorgfältig abgewogen werden, wie die notwendige Spezialisierung umgesetzt werden kann, ohne dabei die flächendeckende Versorgung zu gefährden.

Sektorenübergreifende Versorgung

Eine der größten Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen ist die Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Diese strikte Sektorentrennung führt oft zu ineffizienten Prozessen und Versorgungslücken, die die Behandlungskontinuität gefährden. In Baden-Württemberg wird bereits verstärkt darauf hingearbeitet, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu entwickeln und zu etablieren, um eine nahtlose und kontinuierliche Betreuung sicherzustellen. Im Modellprojekt "Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg (2016 – 2018)" wurden Ansätze erprobt und Empfehlungen erarbeitet. Seither hat Baden-Württemberg rund 30 Projekte von Kommunen gefördert, die die Sektorenübergreifende Versorgung in der Fläche erprobt haben, und setzt sich auf Bundesebene dafür ein, Sektorenübergreifende Ansätze in der Regelversorgung zu verankern.⁶⁹

Ein zentraler Ansatz in der sektorenübergreifenden Versorgung ist die bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen. Der Abschlussbericht aus 2018 des Modellprojekts „Sektorenübergreifende

⁶⁸ Diagnosis Related Groups (DRG)

⁶⁹ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Modellprojekt zur Sektorenübergreifenden Versorgung in Baden-Württemberg, <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/medizinische-versorgung/sektoreneuebergreifende-versorgung>, zuletzt abgerufen am 03.01.2025.

Versorgung in Baden-Württemberg⁷⁰ hebt hervor, dass eine stärkere Kooperation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Versorgungsakteuren notwendig ist, um eine bedarfsgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten angesichts der wachsenden Herausforderungen auch in Zukunft zu gewährleisten. Dies schließt eine intensive Zusammenarbeit bei der Übermittlung von Patientendaten und Behandlungsplänen sowie gemeinsame Entscheidungsprozesse bei der Weiterbehandlung ein.

Das Positionspapier "Gesund in BW"⁷¹ betont die Bedeutung digitaler Lösungen wie der elektronischen Patientenakte, um den Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu verbessern. Dadurch können Doppeluntersuchungen vermieden und die Qualität der Versorgung gesteigert werden. Digitale Technologien wie Telemedizin oder der Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen werden als wesentliche Hebel gesehen, um die sektorenübergreifende Versorgung effizienter zu gestalten und die Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen zu verbessern.

Darüber hinaus fördert das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg gezielt Pilotprojekte, die innovative Modelle zur sektorenübergreifenden Versorgung erproben. Ziel dieser Projekte ist es, praxistaugliche Lösungen zu entwickeln, die auch auf andere Regionen übertragbar sind und eine systematische Verbesserung der Versorgung ermöglichen⁷². Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Sektoren ist vor allem für chronisch kranke Menschen sowie für ältere Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung, da hier oft multiple und koordinierte Behandlungsansätze erforderlich sind. Um solche Versorgungskonzepte nicht nur als Modellprojekte, sondern längerfristig gewährleisten zu können, bedarf es aber bundesgesetzlicher Regelungen, die flächendeckend sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen. Die mit dem KHVVG geschaffenen neuen Regelungen reichen aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg hierfür leider noch nicht aus.

Fazit

Die stationäre Versorgung in Baden-Württemberg steht vor wesentlichen Herausforderungen, die durch den Fachkräftemangel, den medizinisch-technischen Fortschritt, die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, die Konzentration von Leistungen auf Standorte und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe geprägt sind. Um eine qualitativ hochwertige und zukunftssichere Versorgung zu gewährleisten, sind umfangreiche Reformen und Investitionen notwendig. Um die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig zu gestalten, muss der Fokus auf der effizienten Verteilung des vorhandenen Fachpersonals, der effizienteren Nutzung technologischer Innovationen sowie der besseren Vernetzung der Versorgungssektoren liegen.

⁷⁰ Ebenda. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/SueV_BW_02_Abschlussbericht_Gesamt.pdf, zuletzt abgerufen am 03.01.2025.

⁷¹ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration

Baden-Württemberg, Informationen zur Primärversorgung, https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Factsheet_Primaerversorgung_Gesund-in-BW.pdf, zuletzt abgerufen am 03.01.2025.

⁷² Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/sektorenebergreifende-versorgung>, zuletzt abgerufen am 10.10.2024.

1.6 Krankenhausreform des Bundes

Die Krankenhausreform des Bundes in Deutschland ist ein tiefgreifendes Reformvorhaben, das die Krankenhauslandschaft nachhaltig verändern soll.⁷³ Wesentliches Element ist das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausverbesserungsgesetz – KHVVG),⁷⁴ das im Mai 2024 vom Bundeskabinett beschlossen und anschließend im Bundestag und Bundesrat behandelt wurde. Es wurde abschließend vom Bundesrat am 22.11.2024 gebilligt und ist am 12.12.2024 in Kraft getreten.⁷⁵

Hauptziele der Reform sind eine Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung, die Entbürokratisierung und die Verbesserung des Ressourceneinsatzes sowie die Entlastung des Krankenhauspersonals.⁷⁶ Während diese Ziele der Reform weitgehend unstrittig sind, wurde die konkrete Umsetzung durch das KHVVG umso stärker diskutiert. Teilweise haben die 16 Bundesländer geäußert kritische Stellungnahmen zum Entwurf des KHVVG verfasst und dem Bundesminister für Gesundheit übersandt.^{77 78 79}

Die Reform stützt sich dabei im Wesentlichen auf

- die Einführung von Leistungsgruppen, um eine detailliertere Steuerung von Patientinnen und Patienten in geeignete Krankenhäuser zu erzielen,
- die ergänzende Einführung von Qualitätskriterien zur Erbringung von Leistungsgruppen,
- die Einführung einer bedingt fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung,
- die später folgende Einführung von Mindestfallzahlen, um die Vorhaltevergütung für bestimmte Leistungsgruppen zu erhalten.

1. Neuausrichtung der Finanzierung und Qualitätsfokus

Das Fallpauschalensystem (DRG), das bisher die Vergütung von Krankenhäusern maßgeblich bestimmt, steht in der Kritik. Es werden ökonomische Fehlanreize befürchtet, weil die Vergütung direkt von der Zahl der behandelten Fälle abhängt. Dies könnte zu Überbehandlungen führen, wenn die Wirtschaftlichkeit und nicht die Notwendigkeit und Qualität einer Versorgung zu sehr im Vordergrund steht. Die Reform strebt

⁷³ Bundesgesundheitsministerium. „Krankenhausreform.“: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform#:~:text=15.05.2024%20%2D%20Bundeskabinett%20beschlie%C3%9Ft%20Krankenhausreform,Entwurf%20vom%20Bundeskabinett%20beschlossen%20wurde>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁷⁴ BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024.

⁷⁵ Bundesministerium der Justiz, BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024, <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 09.01.2025.

⁷⁶ Bundesgesundheitsministerium. „Krankenhausreform“ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html>, zuletzt abgerufen am 02.01.2025.

⁷⁷ Ärzteblatt. „Krankenhausreform: Länder fordern gemeinsam grundlegende Änderungen“: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151087/Krankenhausreform-Laender-fordern-gemeinsam-grundlegende-Aenderungen>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁷⁸ Stellungnahme der Länder zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, https://www.gmkonline.de/documents/stellungnahme-der-laender-zum-referentenentwurf-fuer-ein-krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz-khvvg_1714469083.pdf, zuletzt abgerufen am 09.01.2025

⁷⁹ Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausverbesserungsgesetz - KHVVG)", BR-Drs. 235/24 (Beschluss)

eine Neujustierung des Vergütungssystems an, bei der die Qualität der Behandlung eine größere Rolle spielen soll. Laut des Bundesgesundheitsministeriums soll diese qualitätsorientierte Finanzierung Anreize für eine patientenfreundlichere und bedarfsorientierte Versorgung schaffen.⁸⁰

Allerdings gibt es erhebliche Kritik unter anderem von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die befürchtet, dass viele Kliniken durch die Reform unterfinanziert werden.⁸¹ Insbesondere kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten durch die veränderten Finanzierungsmechanismen wirtschaftlich unter Druck geraten.⁸² Einerseits wird die Konzentration von komplexen Leistungen an spezialisierten Krankenhäusern von vielen Akteuren begrüßt, andererseits ist mangels fehlender Analysen unklar, was dies wirtschaftlich für viele Krankenhäuser bedeutet und wie die Erreichbarkeiten sich insbesondere in ländlichen Regionen konkret verändern. Da die Vorhaltevergütung lediglich eine stufenfixe Anpassung an geänderte Leistungszahlen darstellt, wird eben gerade nicht die benötigte Infrastruktur unabhängig von Leistung vergütet.⁸³

2. Länderbeteiligung und regionale Versorgungssicherung

Eine der größten Herausforderungen der Reform liegt in der föderalen Struktur Deutschlands, bei der die Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionsfinanzierung in der Verantwortung der Länder liegt. Der Bund ist für die Rahmenvorgaben der Krankenhausvergütung zuständig. Die Bundesländer kritisieren unter anderem, dass der Bund mit der Reform ihre regionalen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt, und mit wesentlichen Regelungen im KHVVG zu weit in die Krankenhausplanungshoheit der Länder eingreift. Die Länder kritisierten, dass das KHVVG nicht genug auf die besonderen Herausforderungen ländlicher Regionen eingeht, wo Krankenhäuser oft die einzige umfassende medizinische Versorgung bieten. Die Länder forderten daher die Möglichkeit, dauerhaft Ausnahmen bei der Zulassung von bestimmten medizinischen Angeboten zu erlauben.⁸⁴ Diese Kritik spiegelte sich auch in der kontroversen Debatte am 22.11.2024 im Bundesrat wider.

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist sehr heterogen und unterscheidet sich zwischen den westdeutschen und ostdeutschen Ländern sowie eher dicht und eher dünn besiedelten Regionen. Die Gutachtenden schließen sich der grundlegenden Einschätzung der meisten Versorgungsforschungsexperten an, dass es in Deutschland insgesamt zu viele Krankenhäuser gibt, insbesondere zu viele kleine Einrichtungen. Wichtig ist daher die richtige Steuerung bei der Krankenhausplanung, die eine ineffiziente Überversorgung beseitigt ohne in eine nicht vermittelbare Unterversorgung abzurutschen. Die häufig beabsichtigte Orientierung auf Bundesebene an prozentualen Werten beispielsweise bei der Ermittlung der künftigen Mindestvorhaltezahlen⁸⁵ kann diesen regionalen Unterschieden und Anforderungen nur bedingt gerecht werden.

⁸⁰ Deutscher Bundestag. „Kontroverse Debatte über die geplante Krankenhausreform.“ <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw26-de-krankenhausversorgung-1008316>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁸¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft. „Nicht besser erklären, sondern besser regieren: Drei Punkte zur Rettung der Krankenhausreform.“ <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/nicht-besser-erklaren-sondern-besser-regieren-drei-punkte-zur-rettung-der-krankenhausreform/>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁸² Ärzteblatt. „Krankenhausreform: Länder fordern gemeinsam grundlegende Änderungen.“: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151087/Krankenhausreform-Laender-fordern-gemeinsam-grundlegende-Aenderungen>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁸³ Marburger Bund. „Krankenhausreform ist reformbedürftig.“ <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/krankenhausreform-ist-reformbeduerftig>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁸⁴ Ärzteblatt. „Bund geht bei der Krankenhausreform kaum auf die Länder zu.“ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154354/Bund-geht-bei-der-Krankenhausreform-kaum-auf-die-Laender-zu>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

⁸⁵ Vgl. §135f Abs. 2 SGB V.

Fazit

Eine grundlegende Krankenhausreform in Deutschland ist dringend erforderlich. Viele Elemente des jetzt verabschiedeten KHVVG, wie etwa die Einführung von Leistungsgruppen zur Bündelung medizinischer Leistungen in dafür ausgestatteten Krankenhäusern, stoßen in der Fachwelt auf breite Zustimmung. Andere Aspekte der Reform sind jedoch noch schwer abzuschätzen. Während einerseits die Konzentration komplexer Leistungen an spezialisierten Krankenhäusern von nahezu allen Akteuren begrüßt wird, ist andererseits mangels fehlender Analysen unklar, was dies wirtschaftlich für viele Krankenhäuser bedeutet und wie sich personelle Mindestanforderungen auf die Versorgungspraxis auswirken. Im Ergebnis kann daher nicht eingeschätzt werden, welchen konkreten Einfluss die Veränderungen auf die Erreichbarkeiten insbesondere in ländlichen Regionen haben. Insbesondere kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten durch die veränderten Finanzierungsmechanismen wirtschaftlich unter Druck geraten. Da die Vorhaltevergütung lediglich eine stufenfixe Anpassung an geänderte Leistungszahlen darstellt, reicht diese nicht aus, um die benötigte Infrastruktur unabhängig von der Leistung dauerhaft angemessen zu vergüten.⁸⁶

Die Gutachtenden schließen sich der grundlegenden Einschätzung der meisten Versorgungsforschungsexpertinnen und -experten an, dass es in Deutschland insgesamt zu viele Krankenhäuser gibt, insbesondere zu viele kleine Einrichtungen. Eine Konzentration komplexer medizinischer Behandlungen an weniger Standorten ist unabdingbar. Wichtig ist dabei eine richtige Steuerung in der Krankenhausplanung, die ineffiziente Überkapazitäten in der Krankenhauslandschaft reduziert, ohne eine Unterversorgung zu riskieren. Eine aktive Krankenhausplanung muss daher gezielt steuernd eingreifen.

⁸⁶ Marburger Bund (2024): Krankenhausreform ist reformbedürftig, <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/krankhausreform-ist-reformbeduerftig>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

2 Methodik: Datengrundlagen und Datenaufbereitung

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurden verschiedenste Datenquellen genutzt und aufbereitet. Die Erläuterungen zu den Datenquellen werden hauptsächlich in Abschnitt B je Kapitel behandelt und werden nachstehend nochmals verkürzt erläutert.⁸⁷

§ 21- KHEntgG-Daten von 2019 bis 2023 aller Plankrankenhäuser aus Baden-Württemberg

Nach § 21 KHEntgG sind deutsche Krankenhäuser verpflichtet, jährlich Daten an das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln. Der Hauptzweck dieser Übermittlung ist die Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems sowie des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

Nach § 21 Absatz 2 KHEntgG umfasst der übermittelte Datensatz sowohl strukturelle Informationen über das Krankenhaus als auch Leistungsdaten zu den einzelnen Behandlungsfällen. Die von den Krankenhäusern in Baden-Württemberg übermittelten Daten wurden vor der Weitergabe an die Gutachter anonymisiert und anschließend ausgewertet.⁸⁸

Die Analysen des vorliegenden Gutachtens, die auf dem gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG übermittelten Datensatz (§ 21 KHEntgG-Datensatz) beruhen, enthalten folglich alle Fälle, die an baden-württembergischen Krankenhäusern – unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten – behandelt wurden. Im Rahmen des Gutachtens wurden die § 21 KHEntgG-Daten der Jahre 2019 bis 2023 verwendet.

Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2022

Seit 2013 müssen alle gemäß § 108 SGB V⁸⁹ zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortebene erstellen und veröffentlichen. Dies stellt eine wesentliche Veränderung zu den vorherigen Vorgaben dar. Bis 2013 mussten die Berichte nur alle zwei Jahre und ohne ein einheitliches Format angefertigt werden. Die Gestaltung, der Umfang und das Datenformat der seitdem erforderlichen strukturierten Qualitätsberichte sind in § 136b SGB V festgelegt und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss standardisiert. Ziel dieser Qualitätsberichte ist es, die Leistungsfähigkeit und Qualitätsstandards der Krankenhäuser transparent zu machen.

Die Qualitätsberichte gliedern sich in drei Teile:

1. Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
2. Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen
3. Teil C über die Qualitätssicherung

Im Rahmen des Gutachtens wurden die Qualitätsberichte des Jahres 2022 verwendet.⁹⁰

⁸⁷ Es werden nur die wesentlichsten Datenquellen sowie die zur Anwendung gekommenen Methoden in diesem Kapitel erläutert.

⁸⁸ Für die Analyse und Datenaufbereitung wurde trinovis VISION durch die Gutachtenden verwendet.

⁸⁹ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

⁹⁰ Die Qualitätsberichte werden stets im darauffolgenden Jahr erstellt, so dass die Qualitätsberichte für das Jahr 2023 erst bis zum 31. Januar 2025 vorliegen müssen und daher zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens noch nicht vorlagen.

Bevölkerungs- und Fallzahlprognose

Für die Fallzahlprognose wurde die "Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante)⁹¹ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg als Grundlage herangezogen. Die Bevölkerungsvorausberechnung basiert auf der zum 31.12.2020 fortgeschriebenen Bevölkerungszahl nach Altersjahren und Geschlecht. Die Bevölkerungsvorausberechnung wurde bis zum Jahr 2035 verwendet.

Für die Prognose des zukünftigen Bedarfs an vollstationärer Versorgung, basierend auf den NRW-Leistungsgruppen,⁹² wurde eine demografiebasierte Schätzung für Baden-Württemberg vorgenommen. Diese nutzt die Krankenhaushäufigkeiten der Jahre 2019, 2022 und 2023 (Basisjahre), differenziert nach Leistungs-, Geschlechts- und Altersgruppen, und wendet diese auf die Bevölkerungszahlen aus der "Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das jeweilige Prognosejahr an. Daraus resultiert ein jeweiliger Erwartungswert für die Anzahl der Fälle nach Leistungsgruppen und Prognosejahren.

Um die vollstationären Fallzahlen der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg für die Jahre 2019, 2022 und 2023 zu analysieren, wurden zunächst die entsprechenden Daten gemäß § 21 KHEntgG herangezogen und mit den Gesamtfallzahlen aus der Krankenhausstatistik für Baden-Württemberg⁹³ verglichen. Auf dieser Basis wurden für jedes Jahr Faktoren aufgrund der Ein- und Auspendleranteile ermittelt, mit denen die Fallzahlen gemäß § 21 KHEntgG-Daten multipliziert werden mussten, um mit den Fallzahlen aus der Krankenhausstatistik übereinzustimmen. Da die Daten der Krankenhausstatistik zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung für das Jahr 2023 noch nicht vorlagen, wurde der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnort Baden-Württemberg und Behandlungsort außerhalb von Baden-Württemberg analog dem Anteil aus 2022 angesetzt.

Aus den ermittelten Faktoren ergibt sich, dass der Auspendleranteil über alle Leistungsgruppen hinweg rechnerisch bei etwa 6 % lag. Für die Prognose wird dieser Anteil pauschal auf alle Leistungsgruppen übertragen, was mit Unschärfen verbunden ist, da der Auspendleranteil damit bei einigen Leistungsgruppen über- und bei anderen unterschätzt wird. Die 6 % wurden pauschal angesetzt, weil nicht ermittelt werden kann, welche Leistungsgruppe eine Patientin oder ein Patient mit Wohnort in Baden-Württemberg in einem anderen Bundesland in Anspruch genommen hat.

In einem weiteren Schritt wurden die so berechneten Fallzahlen den Einwohnerzahlen je Jahr, Altersgruppe und Geschlecht in Baden-Württemberg auf Ebene der Landkreise gegenübergestellt. Auf dieser Grundlage wurden Krankenhaushäufigkeiten berechnet, die die Erkrankungshäufigkeiten je Leistungsgruppe im Kontext des jeweiligen Alters-Clusters und Geschlechts abbilden. Die ermittelten Krankenhaushäufigkeiten für das Jahr 2019, 2022 und 2023 wurden dann in einem Folgeschritt auf die Bevölkerungsprognosedaten der "Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg für das jeweilige Betrachtungsjahr angewendet, um damit die Fallzahlerwartungswerte zu bestimmen.

⁹¹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022): Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante), Bevölkerungsvorausberechnung im Kreisvergleich bis 2040, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Kreisdaten.jsp>, zuletzt abgerufen am 11.11.2024.

⁹² Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 30.09.2024.

⁹³ Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Statistische Berichte, A IV Gesundheitswesen, <https://www.statistik-bw.de/Suche-und-Bestellung/statBerPage.xhtml?thema=A4>, zuletzt abgerufen am 03.01.2025.

Dieser prognostizierte Erwartungswert wurde um das mögliche Ambulantisierungspotenzial korrigiert, so dass für jedes Jahr eine aggregierte Schätzung des zukünftigen Fallaufkommens für das Bundesland sowie – bei Bedarf – differenzierte Schätzungen für einzelne Land- und Stadtkreise möglich sind. Während die Prognosewerte für die einzelnen Leistungsgruppen auf Ebene des Wohnortes die unterschiedlich prognostizierten demographischen Entwicklungen der Land- bzw. Stadtkreise berücksichtigt, ausgehend von der "Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante), wird auf Ebene des Behandlungsortes pauschal die durchschnittliche prozentuale Veränderung der jeweiligen Leistungsgruppe zwischen 2023 und dem jeweiligen Prognosejahr auf Ebene des Bundeslandes berücksichtigt.

Abhängig von der regionalen Aggregationsebene (Land- bzw. Stadtkreis oder Bundesland) ist mit Unschärfen im Vergleich zu den tatsächlich beobachteten Fallzahlen auf der Ebene der Leistungsgruppen zu rechnen, wobei die Unschärfe auf höheren Aggregationsebenen abnimmt.

Für die Bestimmung der Ambulantisierungsfaktoren der einzelnen Leistungsgruppen wurde gemäß des „Gutachtens nach §115b Absatz 1a SGB V“⁹⁴ des IGES-Instituts der ambulantisierbare Anteil der Fälle im Jahr 2023 berechnet und konservativ angenommen, dass dieser Anteil innerhalb von zehn Jahren bis 2033 vollständig realisiert werden kann.⁹⁵

Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg

Der Landesausschuss für den Rettungsdienst hat 2011 die Einrichtung der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR BW) beschlossen. Die SQR BW ist mit der Entwicklung und Umsetzung der Qualitätssicherung im Rettungsdienst von Baden-Württemberg beauftragt und beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg als interdisziplinär besetzte, fachlich unabhängige und eigenständige Organisationseinheit angesiedelt.⁹⁶

Für die Darstellung der Notfallversorgung in Baden-Württemberg wurden die erforderlichen Daten aus den Leitstellen (Leitstellendatensatz), den Rettungstransportwagen (RTW) sowie den notärztlich besetzten Rettungsmitteln (MIND) für die Jahre 2019 und 2023 ausgewertet. Der SQR BW hat sämtliche rettungsdienstlichen Transporte in Baden-Württemberg für diese Zeiträume aufbereitet und den Gutachtenden zur Verfügung gestellt. Dabei wurden alle Rettungsmittel aus Baden-Württemberg berücksichtigt, unabhängig davon, ob der Einsatzort oder die Zielklinik außerhalb des Bundeslandes lag.

Der Datensatz, der den Gutachtenden von SQR BW zur Verfügung gestellt wurde, umfasst umfangreiche Informationen zu den rettungsdienstlichen Transporten, darunter sogenannte Tracer-Diagnosen sowie weitere Diagnosen, die primär nicht als Tracer-Diagnosen klassifiziert sind. Diese Diagnosen werden von den Einsatzkräften nach Abschluss eines Einsatzes gestellt und sind von besonderer Relevanz für die präklinische und klinische Notfallversorgung. Für eine übersichtliche Darstellung werden Diagnosen, die einem identischen Organgebiet zugeordnet werden können, in den nachfolgenden Analysen zu Diagnosegruppen zusammengefasst.

⁹⁴ IGES-Institut (2022): Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objis27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 21.09.2024.

⁹⁵ Für komplexere beziehungsweise stark operativ geprägte Leistungsgruppen wurde vereinzelt der sich rechnerisch ergebende Ambulantisierungsfaktor durch die Gutachtenden auf 0,00 % gesetzt, da die spezifischen Fallkonstellationen eine Ambulantisierung als nicht wahrscheinlich erscheinen ließen.

⁹⁶ SQR-BW: Wir über uns, <https://www.sqrbw.de/sqr-bw/wir-ueber-uns>, zuletzt abgerufen am 28.08.2024.

Für den Rettungsdienst besonders bedeutsam sind folgende zeitkritische Tracer-Diagnosen: Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand, ST-Hebungsinfarkt (STEMI), Schwerverletzte/Polytrauma, Schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall und Sepsis⁹⁷. Die Definition dieser Tracer-Diagnosen erfolgt unter anderem im Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung.⁹⁸ Da in den analysierten Folien sowohl Diagnosegruppen, Verletzungen als auch Tracer-Diagnosen gemeinsam aufgelistet werden, werden diese der Einfachheit halber zusammenfassend als Notfallbilder bezeichnet.

Des Weiteren enthält der Datensatz Angaben der Transportzeiten in Minuten, Einsatzgemeinden in Baden-Württemberg, angefahrene Standorte, Altersgruppen, Geschlecht, die Alarmierungszeitpunkte, das transportierende Rettungsmittel (Notarzt-, Rettungswagen und Rettungstransporthubschrauber) sowie eine etwaige Notarztbeteiligung an den Einsätzen.

Insgesamt wurden von SQR BW für die Jahre 2019 und 2023 1.566.856 rettungsdienstliche Datensätze ausgewertet und die Ergebnisse zur abschließenden Aufbereitung den Gutachtenden zur Verfügung gestellt. 96 % der Datensätze sind mit Transportzeiten in Minuten hinterlegt.

Liste aller Traumazentren in Baden-Württemberg

Zur Analyse der Fahrzeiten im Rahmen der Traumaversorgung hat PD von der Akademie der Unfallchirurgie GmbH (AUC) am 17.07.2024⁹⁹ einen aktuellen Auszug aus der TraumaNetzwerk-Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) erhalten. Darin sind alle Kliniken in Deutschland enthalten, die gemäß des Verfahrens TraumaNetzwerk DGU ein bescheinigtes TraumaZentrum sind. Alle dort aufgeführten Kliniken sind mit postalischer Adresse und deren jeweiliger Einstufung (lokal, regional, überregional) angegeben.

Die TraumaZentren müssen alle 3 Jahre ein Reaudit durchführen, um den Status als TraumaZentrum zu erhalten. Das heißt, dass die Bescheinigungen eine Laufzeit von 3 Jahren haben und dann nach erfolgreichem Reaudit eine neue Bescheinigung mit weiterer Gültigkeit von 3 Jahren erhalten.

Nach Aussage der AUC kann es im laufenden Prozess vorkommen, dass ein Zentrum zwar bereits ein Reaudit hatte, aber über die Verlängerung noch nicht abschließend durch das Zertifizierungsunternehmen entschieden wurde. Daher besteht die Möglichkeit, dass die Laufzeit der Bescheinigung abgelaufen ist, aber eine neue Bescheinigung noch nicht ausgestellt wurde. Dies kann dazu führen, dass Kliniken im offiziellen Traumaportal der DGU¹⁰⁰ nicht als TraumaZentrum aufgeführt sind, obwohl diese nachweislich (bspw. auf deren Website) ein TraumaZentrum sind. Der an PD übermittelte Auszug führt auch jene Zentren auf, bei denen es aktuell im Prozess zu etwaigen Verzögerungen in der Auditierung einer Klinik gekommen ist und diese daher (aktuell) nicht im Traumaportal der DGU aufgeführt sind. Die AUC hat bei Übersendung des Auszuges darauf hingewiesen, dass die Klinikliste stets nur den Ist-Stand abbildet.

⁹⁷ Diez-Wittstock, M. et al. (2022): Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis, Springer, Berlin, ISBN: 978-3-662-63460-8.

⁹⁸ Fischer et al (2016): Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik, vom 07.07.2016, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0>, zuletzt abgerufen am 29.11.2024.

⁹⁹ Es hat eine Aktualisierung der Abfrage am 29.10.2024 gegeben. Hier hat sich gezeigt, dass ein TraumaZentrum erst nach dem Stichtag zertifiziert wurde. Dieses TraumaZentrum wurde daher nicht in die Erreichbarkeitsanalyse mit einbezogen, jedoch nachrichtlich in den Erreichbarkeitskarten ausgewiesen.

¹⁰⁰ TraumaNetzwerk DGU, <https://map.traumaportal-dgu.de/>, zuletzt abgerufen am 24.07.2024.

Ermittlung der Fahrzeiten (PKW-Fahrzeitminuten)

Für die Bestimmung der Fahrzeiten der Bevölkerung zu den Krankenhausstandorten¹⁰¹ wurde die Berechnung nicht basierend auf der fünfstelligen Postleitzahl (PLZ 5), sondern basierend auf einer granulareren Raumeinheit, die im Rahmen dieses Gutachtens als PLZ 8 bezeichnet wird, durchgeführt. Die PLZ 8-Gebiete haben eine vergleichbare Anzahl an Haushalten und orientieren sich sowohl an den Gebietsgrenzen der Gemeinden als auch an den Postleitzahlgebieten (PLZ 5). Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte je PLZ 8-Bereich liegt unter 1.000 EW, im Gegensatz zu den PLZ 5-Bereichen, die durchschnittlich fast 10.000 EW umfassen.

Deutschland würde in einer Analyse auf der Ebene der PLZ 5 in etwa 8.170 Raumsegmente unterteilt, während auf der Ebene der PLZ 8 mit rund 84.000 Segmenten eine deutlich feinere geografische Differenzierung erfolgt. Ziel dieser detaillierteren Segmentierung ist es, eine ausgewogenere Verteilung der Bevölkerung zu erreichen, wobei sowohl administrative als auch postalische Grenzen berücksichtigt werden. Zudem sind die PLZ 8-Bereiche aufgrund ihrer kleineren Flächen auch genauer für präzisere Fahrzeitberechnungen.

In ländlichen Regionen, in denen Raumsegmente auch unbewohnte Gebiete umfassen können, ist es relevant, die Fahrzeitberechnungen von einem zentral gelegenen, dicht besiedelten Punkt aus zu starten. Daher wurden die am dichtesten besiedelten Orte innerhalb einer Postleitzahl (PLZ 8) als Ausgangspunkt gewählt, um die Fahrzeit zu berechnen, die für den Großteil der Bevölkerung in diesem Bereich relevant ist. Fehlt eine eindeutige Konzentration der Besiedlung, wurde der geografische Mittelpunkt als Ausgangspunkt herangezogen. Die Fahrzeiten von diesen definierten Punkten zu den Krankenhäusern wurden durch ein „Offline-Berechnungsverfahren“¹⁰² ermittelt, das unabhängig von der aktuellen Verkehrssituation durchgeführt wurde. Die resultierenden Fahrzeiten stellen die durchschnittliche Fahrzeit dar, die mit einem Pkw auf der schnellsten Route (ohne Sonder- und Wegerechte) zurückgelegt werden kann.

In diesem Gutachten liegt hinsichtlich der Erreichbarkeiten der Schwerpunkt auf den Fahrzeiten zu Krankenhausstandorten innerhalb von Baden-Württemberg. Obwohl es in Grenzgebieten für einige Einwohnerinnen und Einwohner schneller sein kann, Krankenhäuser im angrenzenden Bundesland zu erreichen, wurden solche Standorte aufgrund der verfügbaren Daten nur in Ausnahmefällen in die Erreichbarkeitsanalysen einbezogen.

Definition von Versorgern mit medizinischen Leistungen im Gutachten

Im vorliegenden Gutachten werden Krankenhausstandorte, die mindestens 1 % der betrachteten Fälle in dem jeweiligen Leistungsbereich beziehungsweise in der jeweiligen Leistungsgruppe in der jeweiligen Versorgungsregion in Baden-Württemberg erbringen, als Versorger bezeichnet.

Bei der Bewertung der Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten außerhalb von Baden-Württemberg können nur die öffentlichen Qualitätsberichte aus dem Jahr 2022 herangezogen werden. Die darin enthaltenen

¹⁰¹ Gemäß der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG ist ein Krankenhausstandort ein Krankenhaus selbst oder Teil eines Krankenhauses mit mindestens einer fachlichen Organisationseinheit. An diesem Standort findet die unmittelbare medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten statt. Die Versorgung kann vor- und nachstationär, voll- und teilstationär sowie ambulant erbracht werden. Ein Standort ist dabei ein räumlich eindeutig beschreibbarer Ort, der über eine Geokoordinate beschrieben wird.

¹⁰² Ein Offline-Berechnungsverfahren bei Verkehrsdaten ist eine Methode, bei der die Datenanalyse oder -verarbeitung im Voraus und unabhängig von Echtzeitverkehrsdaten erfolgt. Berechnungsverfahren erfolgt durch PTV Logistics GmbH, PTV Digital Data Streets Release R2023_V2.0, https://www.ptvlogistics.com/de/strverz_plus_db.pdf?inline, zuletzt abgerufen am 07.01.2025. Die Datenbeschreibung stammt vom 05.12.2023. Der Anbieter PTV nutzt dabei als Grundlage Navigationsdatenbestände von HERE (ehemals NAVTEQ bzw. NOKIA).

Daten sind jedoch nicht nach Leistungsgruppen geclustert, weshalb bei der Verwendung dieser Daten mit Unschärfen zu rechnen ist.

Interviews mit den Stakeholdern des baden-württembergischen Gesundheitswesens

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen, die allgemeinen Entwicklungen sowie die Notwendigkeit, die Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren in der medizinischen Betreuung zu durchbrechen, fanden im Zuge der Erstellung des Gutachtens 18 semistrukturierte Einzelgespräche mit relevanten Akteurinnen und Akteuren aus dem baden-württembergischen Gesundheitswesens statt. Das Hauptziel dieser Interviews war es, ein Stimmungsbild der Stakeholder des baden-württembergischen Gesundheitswesens zu Verbesserungsmöglichkeiten einzuholen und Wege zur Gewährleistung einer flächendeckenden und zukunftsorientierten medizinischen Versorgung aufzuzeigen.

Zu den Stakeholdern zählten neben Vertreterinnen und Vertretern von Plankrankenhäusern auch Universitätskliniken sowie diverse Gesellschaften, Krankenkassen und Verbände.

Den an den Interviews teilnehmenden Vertreterinnen und Vertretern wurde vorab ein standardisierter Interviewleitfaden übermittelt. Der Leitfaden umfasste Fragen zu vier Bereichen: der Medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg, der sektorenübergreifenden Versorgung, der Notfallversorgung sowie Einschätzungen zur laufenden Krankenhausreform.

Die Interviews wurden von Mitte Juli bis Ende August 2024 per Videokonferenz durchgeführt. Die Einzelinterviews dauerten dabei in aller Regel rund 60 bis 90 Minuten.

Zwischen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg und der PD wurde vereinbart, dass alle getätigten Aussagen in den Einzelinterviews vertraulich zu behandeln sind. Alle Aussagen der Teilnehmenden sind nur PD bekannt und werden gegenüber Dritten nicht veröffentlicht. Daher werden im Rahmen des Gutachtens nur die wichtigsten Ergebnisse in generischer Form dargestellt, die keine Rückschlüsse auf die Interviewpartnerinnen und -partner zulassen.

3 Status quo der stationären Versorgung in Baden-Württemberg

3.1 Die Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg im Bundesvergleich

Das vorliegende Kapitel setzt die Situation der stationären Versorgung in Baden-Württemberg in den Vergleich mit den weiteren Bundesländern Deutschlands. Der Vergleich ermöglicht eine bessere Einordnung der Gegebenheiten in Baden-Württemberg. Die Betrachtung beschränkt sich auf die vollstationären Fälle je 1.000 EW, die durchschnittlich aufgestellten Betten je 100.000 EW sowie die Bettenauslastung in Prozent. Die Betrachtung erfolgt bezogen auf die Jahre 2019 und 2022¹⁰³. Die verwendete Datengrundlage sind die öffentlich zugänglichen Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes.^{104/105}

Die Abbildung 5 zeigt die vollstationären Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich. Baden-Württemberg weist im Vergleich zu allen anderen Bundesländern die geringste Anzahl an vollstationären Fällen auf. Im Jahr 2022 belief sich die Anzahl der vollstationären Fälle in Baden-Württemberg auf 166 je 1.000 EW und lag damit deutlich unter dem Durchschnitt Deutschlands von 201 Fällen je 1.000 EW.

Im Vergleich zur Hansestadt Bremen, die mit 249 Fällen je 1.000 EW die höchste Anzahl vollstationärer Fälle aufweist, wurden im fallärmsten Bundesland Baden-Württemberg 85 Fälle weniger gemeldet. Die Anzahl der vollstationären Fälle je 100.000 EW ist unter den Bundesländern jedoch insgesamt heterogen.

Im Zeitraum von 2019 bis 2022 ist im bundesweiten Durchschnitt ein Rückgang der vollstationären Fälle um etwa 14 % zu verzeichnen. Baden-Württemberg entspricht mit ebenfalls rund 14 % diesem Durchschnitt (siehe Abbildung 5). Auch alle anderen Bundesländer zeigen eine rückläufige Anzahl vollstationärer Fälle. In Brandenburg sind die vollstationären Fälle um etwa 19 % zurückgegangen, was dem höchsten prozentualen Rückgang entspricht. Den geringsten prozentualen Rückgang der stationären Fallzahlen weist Mecklenburg-Vorpommern mit etwa 13 % auf.

¹⁰³ Das aktuellste Datenjahr ist das Jahr 2022. Die Grunddaten der Krankenhäuser werden für das jeweilige Jahr seitens des Statistischen Bundesamtes etwa zum Ende des Folgejahres publiziert.

¹⁰⁴ Statistisches Bundesamt (2021): Grunddaten der Krankenhäuser 2019 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

¹⁰⁵ Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

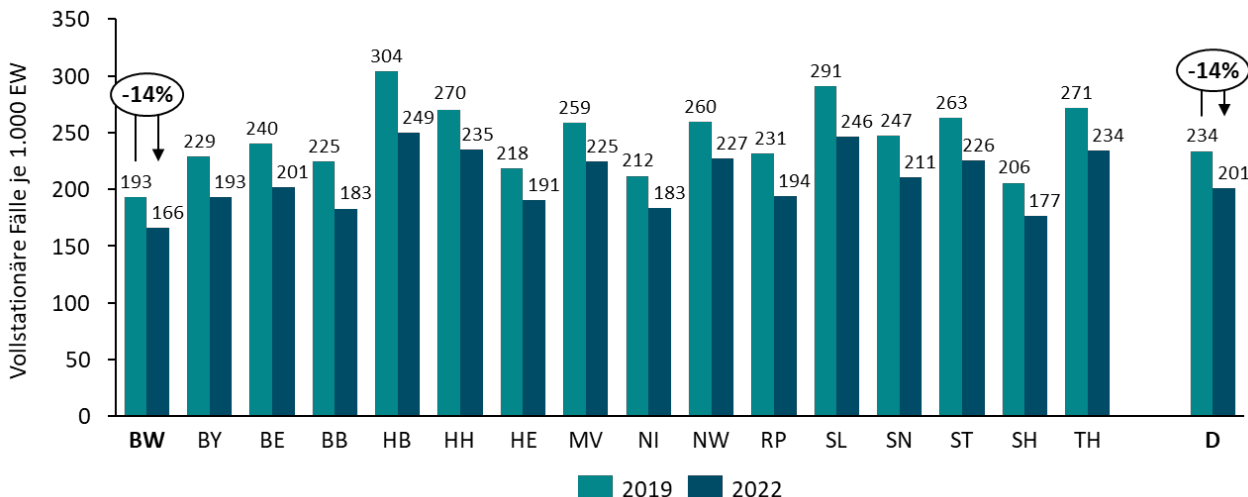


Abbildung 5: Vollstationäre Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich¹⁰⁶

Die Abbildung 6 bildet die durchschnittlich aufgestellten Betten je 100.000 EW ab. Baden-Württemberg hat im Jahr 2019 und im Jahr 2022 die wenigsten Betten je 100.000 EW aufgestellt: Im Jahr 2022 waren es 478 Betten. Im Vergleich dazu hat Thüringen im Jahr 2022 die höchste Anzahl an Betten aufgestellt (715 Betten je 100.000 EW).

Über alle Bundesländer zeichnet sich ein Rückgang der durchschnittlich aufgestellten Betten je 100.000 EW ab. Im Bundesdurchschnitt liegt dieser Rückgang vom Jahr 2019 zu 2022 bei rund 4 %. Baden-Württemberg verzeichnet einen Rückgang der aufgestellten Betten von ebenfalls rund 4 % und liegt damit im Bundesdurchschnitt.

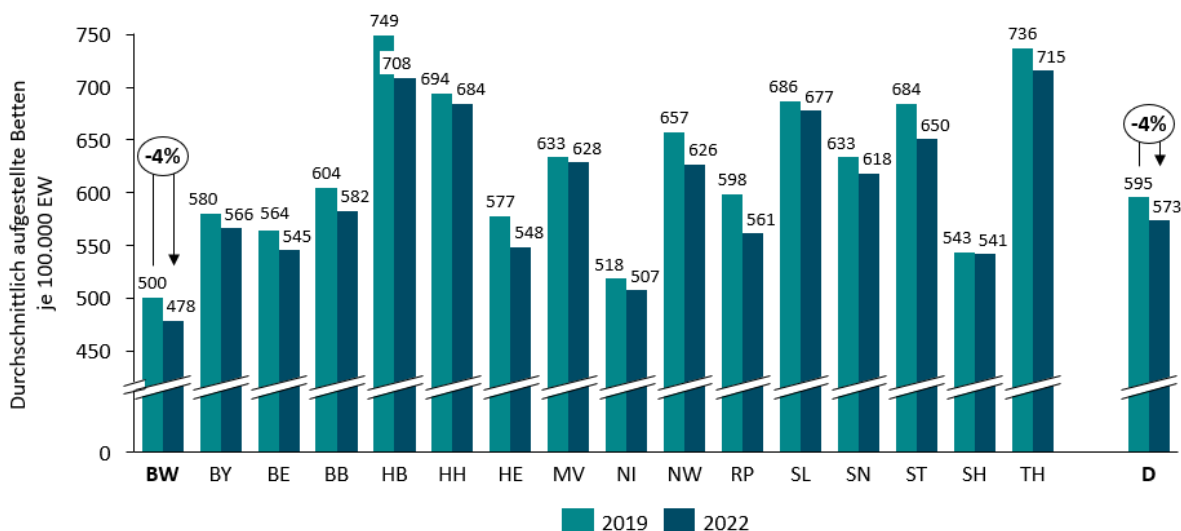


Abbildung 6: Durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich¹⁰⁷

¹⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹⁰⁷ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

Die Bettenauslastung¹⁰⁸ in den betrachteten Jahren 2019 und 2022 wird in Abbildung 7 in Prozent dargestellt. Es wurde über jedes Bundesland hinweg ein Rückgang der Bettenauslastung festgestellt. In der gesamten Bundesrepublik lag der Rückgang bei 11 %. Baden-Württemberg weist mit rund 9 % einen geringeren Rückgang der Bettenauslastung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auf. Die rückläufige Auslastung der aufgestellten Betten lässt sich durch den Umstand erklären, dass die stationären Fallzahlen in einem stärkeren Maße sinken als der Rückgang der Anzahl der aufgestellten Betten im Betrachtungszeitraum. Insbesondere, weil die durchschnittliche Verweildauer¹⁰⁹ deutschlandweit sowohl 2019 als auch 2022 konstant bei rund 7,2 Tagen geblieben ist. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Baden-Württemberg, hier lag die Verweildauer 2019 bei rund 7,2 Tagen und 2022 bei rund 7,3 Tagen.

Die Bettenauslastung lag 2019 in Deutschland im Durchschnitt bei rund 77 %. Im Jahr 2022 waren nur noch rund 69 % der Betten belegt. Baden-Württemberg liegt mit einer Bettenauslastung von 76 % im Jahr 2019 und einer Auslastung von 70 % im Jahr 2022 nah am Bundesdurchschnitt. Sachsen-Anhalt und Thüringen zählen in 2022 mit rund 65 % zu den Bundesländern mit der geringsten Bettenauslastung. Die höchste Auslastung hat Berlin mit 74 %.



Abbildung 7: Bettenauslastung in den Jahren 2019 und 2022 im Bundesvergleich¹¹⁰

¹⁰⁸ Die Bettenauslastung (auch: Nutzungsgrad der Betten) gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in Prozent an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt.

¹⁰⁹ Die durchschnittliche Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Sie ergibt sich aus den Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl der jeweiligen Fachabteilung bzw. der Einrichtung. Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹¹⁰ Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

3.2 Versorgungskapazitäten und Fallaufkommen in Baden-Württemberg

Nachdem in Abschnitt 3.1 bereits ein länderübergreifender Vergleich der stationären Versorgungskennzahlen vorgenommen wurde, liegt der Fokus dieses Abschnitts auf einer detaillierteren Analyse der Versorgungskapazitäten und des Fallaufkommens in Baden-Württemberg. Untersucht werden hierbei die Anzahl der Krankenhausstandorte sowie die verfügbaren Betten (Abschnitt 3.2.1), die Entwicklung der vollstationären Fälle, der Anteil der Notfälle am Gesamtleistungsvolumen und die Verweildauerrends in Baden-Württemberg (Abschnitt 3.2.2). In Abschnitt 3.2.3 werden die Veränderungen in den einzelnen Leistungsbereichen detailliert dargestellt, ergänzt durch einen Blick auf ausgewählte Leistungsgruppen. Abschnitt 3.2.4 behandelt die Entwicklung der teilstationären Fälle. Abschließend wird in Abschnitt 3.2.5 die Bewegung von Patientenströmen nach und aus Baden-Württemberg betrachtet. Der Untersuchungszeitraum umfasst jeweils die Jahre 2019 bis 2023.

3.2.1 Strukturen der stationären Versorgung in Baden-Württemberg

Zum Stand der Analyse existierten insgesamt 259 Krankenhausstandorte¹¹¹ in Baden-Württemberg. Diese Zahl umfasst auch tagesklinische bzw. teilstationäre Standorte. Davon halten 168 Standorte ein somatisches und zum Teil auch psychiatrisches bzw. psychosomatisches Leistungsangebot vor. Die restlichen 91 Krankenhausstandorte haben ein ausschließlich psychiatrisches bzw. psychosomatisches Versorgungsangebot. Die restlichen 91 Krankenhausstandorte versorgen ausschließlich psychiatrische oder psychosomatische Fälle.

Bei der Aufteilung der Häuser auf die Versorgungsregionen (siehe Abbildung 8), zeigt sich, dass die Anzahl der Standorte im Bereich der Somatik mit 25 Standorten in den Versorgungsregionen B und F und 32 Standorten in Versorgungsregion D eher geringfügig variiert. Die Krankenhäuser, die ausschließlich psychiatrische Patientinnen und Patienten betreuen, sind hingegen mit 26 Standorten besonders stark in Versorgungsregion A vertreten, während in Versorgungsregion F nur acht rein psychiatrische Krankenhäuser existieren.

Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass zum Teil Krankenhausstandorte mit somatischem Versorgungsangebot auch ein psychiatrisches bzw. psychosomatisches Versorgungsangebot vorhalten. Wie viele Häuser dies betrifft kann hier nicht gezeigt werden, da hierzu im Standortverzeichnis keine Informationen vorlagen. Hierdurch besteht eine gewisse Unschärfe bei der Darstellung der Versorgungssituation, da die Misch-Krankenhäuser (Somatik und Psych) nicht differenziert dargestellt werden.

¹¹¹ Quelle: Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V mit Stand 09.08.2024 abgezogen und aufbereitet. Die Anzahl der Krankenhausstandorte ergibt sich aus der Anzahl der Standortnummern. Sofern mehrere Betriebsstellen die gleiche Standortnummer verwenden, wurden diese nicht als verschiedene, sondern als ein Standort gezählt. Einer dieser Standorte befindet sich im ruhenden Betrieb. Zum Stichtag geschlossene Standorte wurden hingegen nicht berücksichtigt. Hier ist die aktuelle Anzahl der Standorte gemäß Standortverzeichnis benannt inklusive reiner Tageskliniken, diese weicht von der Anzahl der Krankenhäuser mit vollstationären Leistungen in den Qualitätsberichten 2022 und den Auswertungen der § 21 KHEntgG-Datensätze mit Stand 2023 (siehe Kapitel 3.2.3) ab.

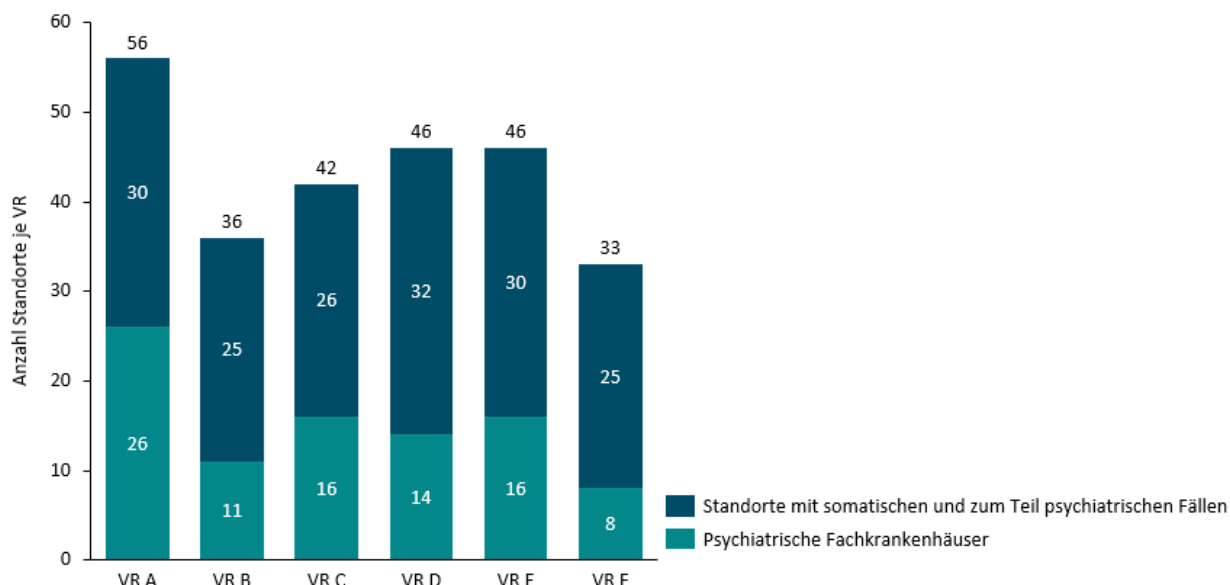


Abbildung 8: Anzahl der Standorte nach Versorgungsregionen in Baden-Württemberg im Jahr 2024 nach Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V (Stand 09.08.2024)

Betrachtet man die Anzahl der Betten, ist eine große Variation zwischen den einzelnen Standorten zu erkennen.¹¹² Abbildung 9 zeigt, wie viele Betten die einzelnen Standorte laut den Angaben der strukturierten Qualitätsberichte im Jahr 2022 ausgewiesen haben. Darüber hinaus wird unterschieden, ob sie sich zu diesem Zeitpunkt in freigemeinnütziger, öffentlicher oder privater Trägerschaft¹¹³ befanden (siehe Abbildung 9).

Insgesamt wurden für Baden-Württemberg in den strukturierten Qualitätsberichten für das Jahr 2022 55.917¹¹⁴ Betten an insgesamt 235 Standorten¹¹⁵ ausgewiesen. Der Durchschnitt über alle Standorte in Baden-Württemberg liegt bei 238 Betten. Der kleinste Standort wies im Jahr 2022 lediglich 9 Betten auf.¹¹⁶ Der kleinste Standort, der auch im Jahr 2023 vollstationäre somatische Patientinnen und Patienten behandelt hat, verfügte mit 22 Betten nur geringfügig über mehr Kapazitäten. Gleichzeitig wies der größte Standort 1.693 Betten aus.

Die sechs Standorte mit den meisten Betten befinden sich in öffentlicher Trägerschaft. Alle sechs Standorte verfügten im Jahr 2022 über mehr als 1000 Betten. Insgesamt gehört der Großteil der Standorte mit 122 Standorten einem öffentlicher Träger an (rund 52 %). 61 Standorte befinden sich in privater (rund 26 %) und 52 in freigemeinnütziger Trägerschaft (rund 22 %).

¹¹² Dabei gilt zu beachten, dass die Anzahl der Betten auf dem Stand 2022 basiert, da hierfür die Qualitätsberichte herangezogen wurden.

¹¹³ Hinter dem Betrieb eines Krankenhauses steht der Krankenträger. Im Sinne des Gesetzgebers ist ein Träger eine natürliche oder juristische Person, die für den Betrieb oder die Bewirtschaftung eines Krankenhauses zuständig ist.

¹¹⁴ Die Anzahl der ausgewiesenen Betten der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2022 weicht von den aufgestellten Betten nach Angaben des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg ab. Gemäß den Angaben des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg wurden im Jahr 2022 53.552 Betten an 249 Standorten (ohne Bundeswehrkrankenhäuser) und damit knapp 2.400 Betten weniger aufgestellt. Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2024): <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2024211>, zuletzt abgerufen am 11.10.2024.

¹¹⁵ Die Anzahl der Krankenhausstandorte gemäß Qualitätsbericht 2022 weicht von der Anzahl der Krankenhausstandorte, die im Jahr 2023 vollstationäre Fälle behandelt haben (232 Standorte) ab, da einerseits ein anderes Datenjahr zugrunde gelegt wurde. Die Qualitätsberichte für das Jahr 2023 lagen zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung noch nicht vor. Ferner sind die Quellen unterschiedlich, hier wurden die Daten aus den Qualitätsberichten 2022 verwendet. Die Anzahl von 232 Standorte basiert auf den Daten der § 21 KHEntG-Datensätze.

¹¹⁶ Dabei handelte es sich um ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.

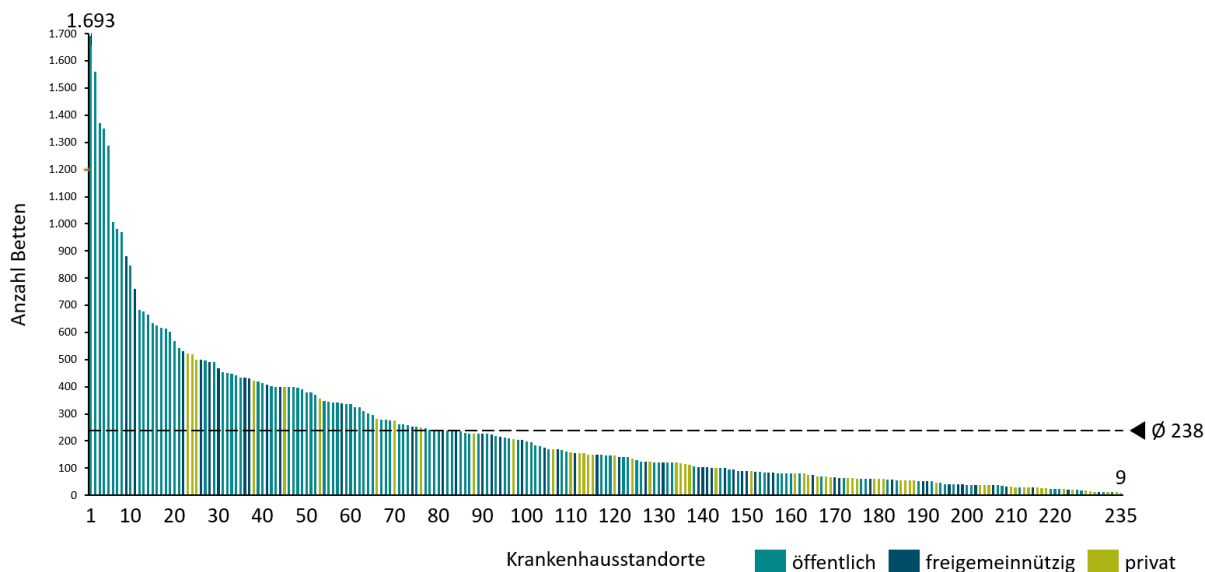


Abbildung 9: Ausgewiesene Betten gemäß den strukturierten Qualitätsberichten je Krankenhausstandort¹¹⁷ nach Trägerschaft für das Jahr 2022¹¹⁸

3.2.2 Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023

Insgesamt wurden im Jahr 2023 in Baden-Württemberg knapp 2 Millionen (1.946.412) vollstationäre Fälle, davon knapp 1,9 Millionen DRG-Fälle und ca. 94.000 PEPP-Fälle, an 232 Standorten behandelt.

Die Gesamtanzahl der vollstationären Fälle ist von 2019 bis 2023 um rund 12 % gesunken (siehe Abbildung 10). Der stärkste Fallzahlrückgang war mit Beginn der COVID-19-Pandemie von 2019 auf 2020 mit gut 12 % zu verzeichnen.

Seit dem Jahr 2020 sind die vollstationären Fälle relativ konstant geblieben und nicht wieder auf das Niveau vor der COVID-19-Pandemie zurückgekehrt.

¹¹⁷ Alle Standorte mit vollstationären DRG- und PEPP-Fällen im Jahr 2022.

¹¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Jahr 2022. Die Anzahl der Standorte weicht u.a. aufgrund des unterschiedlichen Betrachtungsjahres und der unterschiedlichen Datenquellen von der Anzahl der Standorte in Kapitel 3.2.2 und 3.2.3, die vollstationäre Leistungen gemäß der § 21 KHEntgG-Datensätze im Jahr 2023 erbracht haben, ab.

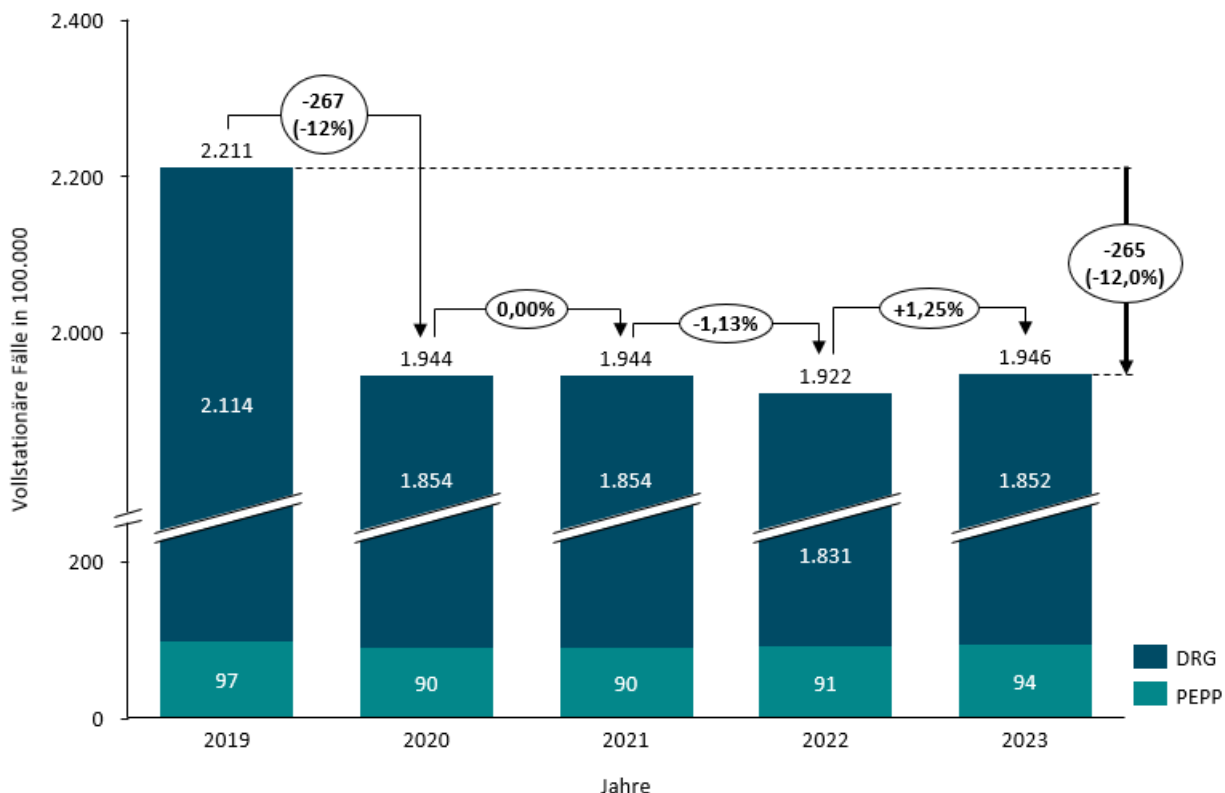


Abbildung 10: Entwicklung der vollstationären Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023¹¹⁹

Unterscheidet man zwischen dem DRG- und PEPP-Bereich, zeigt sich in Baden-Württemberg eine unterschiedliche Entwicklung: Im DRG-Bereich sind die Fallzahlen von 2019 bis 2023 um 12 % zurückgegangen, während der Rückgang im PEPP-Bereich mit etwa 3 % geringer ausfiel. Zudem steigen die Fallzahlen im PEPP-Bereich seit 2021 kontinuierlich leicht an (etwa 5 % von 2021 bis 2023), während die DRG-Fälle seit 2020 weitgehend konstant geblieben sind (siehe Abbildung 10). Der stärkste Fallzahlrückgang trat zwischen 2019 und 2020 auf (-12,3 % im DRG- und -7,2 % im PEPP-Bereich).

Dies lässt sich größtenteils auf die COVID-19-Pandemie zurückführen. Besonders in den Monaten von Januar 2020 bis Februar 2021, insbesondere während des ersten Lockdowns, war ein deutlicher Rückgang der Krankenhausfälle in Deutschland erkennbar. Die Krankenhäuser mussten Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und Patienten freihalten. So wurden im April 2020 in der Somatik 35 % und in der Psychiatrie 31 % weniger stationäre Fälle behandelt als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.¹²⁰ Zusätzlich hatten die Krankenhäuser häufig mit einem hohen Krankenstand beim Personal zu kämpfen, was die Fallzahlen weiter negativ beeinflusste.

¹¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹²⁰ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/>, zuletzt abgerufen am 07.01.2025.

Insgesamt ging die Zahl der stationären Fälle deutschlandweit von 2019 auf 2020 um rund 13 % im DRG-Bereich und um ca. 11 % im PEPP-Bereich zurück.¹²¹ Im Vergleichszeitraum war der Rückgang in Baden-Württemberg mit etwa 12 % im DRG-Bereich und gut 7 % im PEPP-Bereich etwas geringer als im Bundesdurchschnitt.

Im Jahr 2023 im Vergleich zu 2019 sank die vollstationäre Fallzahl im DRG-Bereich um rund 12 % (etwa 262.000 Fälle), was nahezu dem Gesamtfallzahlrückgang der vollstationären Fälle zwischen 2019 und 2023 in Baden-Württemberg entspricht. Im PEPP-Bereich sank die Fallzahl im Vergleich zum Niveau von 2019 im Jahr 2023 nur um rund 3 % und somit prozentual deutlich weniger stark als im DRG-Bereich.

Allerdings steigen die vollstationären Fälle im PEPP-Bereich seit 2021 wieder kontinuierlich an (knapp 5% von 2021 zu 2023), während diese im DRG-Bereich seit 2020 nahezu konstant geblieben sind. Es kann auf Basis der vorliegenden Daten noch nicht davon ausgegangen werden, dass die Zahl der vollstationären Fälle insgesamt in naher Zukunft wieder das Niveau von vor der COVID-19-Pandemie erreichen wird.

Bei Betrachtung der einzelnen Leistungsgruppen wird deutlich, dass Unterschiede bestehen: In einigen Bereichen sind die Fallzahlen weiterhin rückläufig, während sie in anderen Bereichen wieder das Niveau von 2019 erreicht haben. (siehe dazu Kapitel 3.2.3).

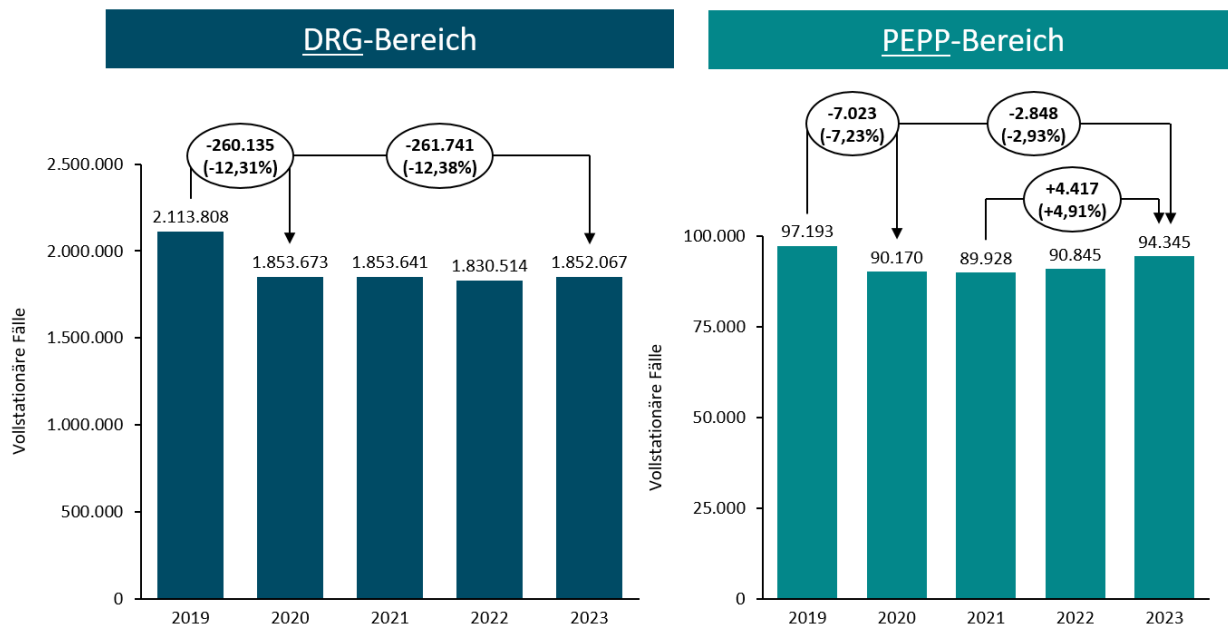


Abbildung 11: Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023¹²²

Neben den Entwicklungen der Fallzahlen im vorangegangenen Abschnitt wird nachfolgend die Entwicklung differenziert nach Aufnahmeanlässen betrachtet.

¹²¹ RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung: Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf, im Auftrag des BMG, S.7., zuletzt abgerufen am 07.01.2025.

¹²² Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Abbildung 12 zeigt die Entwicklung der vollstationären Fälle zwischen den Jahren 2019 und 2023 differenziert nach den Aufnahmearlässen „Notfall“ und „Einweisung durch einen Arzt“ (hier: Elektivfälle) sowie weiteren Aufnahmearlässen¹²³ (hier: weitere Fälle) gemäß § 21 KHEntgG-Datensatz.

Es wird deutlich, dass der Anteil der vollstationären Fälle mit dem Aufnahmearlass Notfall von 2019 bis 2023 konstant bei rund 45 % liegt – sowohl im Gesamtzeitraum als auch in den einzelnen Jahren. Entgegen der Erwartungen ist der Anteil der Elektivfälle während der COVID-19-Pandemie nur geringfügig gesunken und seit 2022 wieder leicht angestiegen.

Allerdings ist die Analyse der Aufnahmearlassmerkmale basierend auf den § 21 KHEntgG-Daten nur bedingt verlässlich. Abhängig von den Einweisungs- und Aufnahmestrukturen der einzelnen Krankenhäuser kann es zu unterschiedlichen Bewertungen kommen, sodass ähnliche Fallkonstellationen sowohl als Elektiv- als auch als Notfall eingestuft werden können. Notfall heißt nicht, dass es sich ausschließlich um medizinische Notfälle handelt. Der Aufnahmeart „Notfall“ liegt keine medizinische Definition zu Grunde. Vielmehr handelt es sich um einen administrativen Notfallbegriff, der Auskunft über den Anteil der Fälle gibt, für die keine ärztliche Einweisung vorliegt bzw. der Zugang in das Krankenhaus über die Notaufnahme erfolgte.¹²⁴

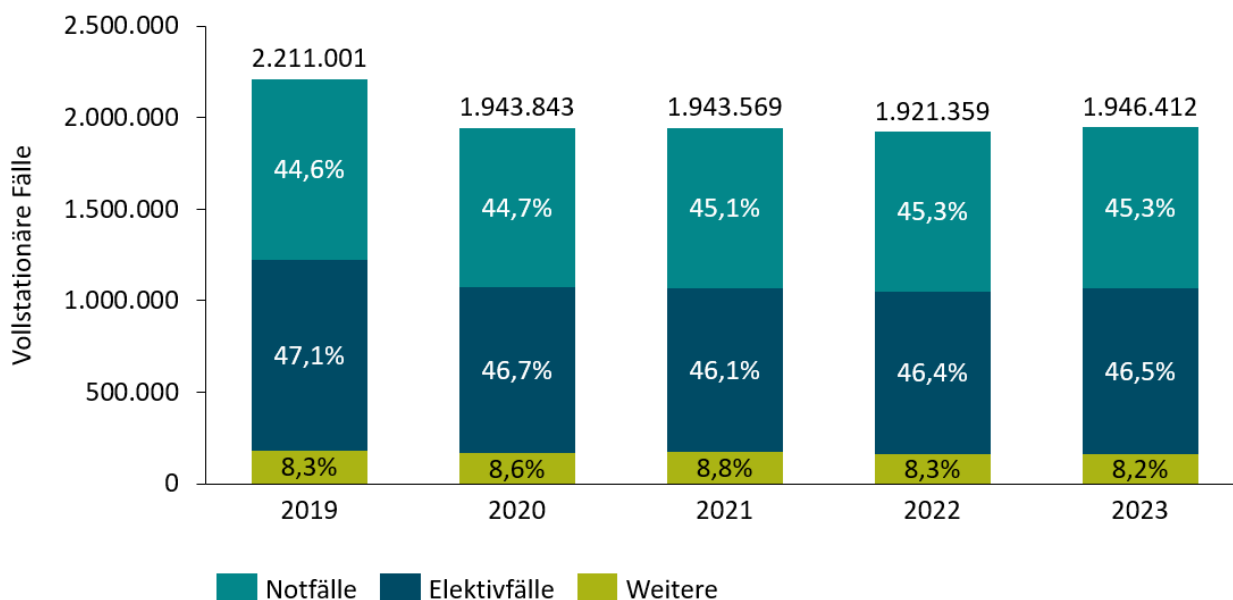


Abbildung 12: Entwicklung der vollstationären Fälle in Baden-Württemberg differenziert nach Aufnahmearlass von 2019 bis 2023¹²⁵

¹²³ Zu den weiteren Aufnahmearlässen zählen gemäß § 21 KHEntgG-Datensatz: Geburt, Verlegung und Verlegung mit Behandlungsdauer kleiner 24 Stunden, Aufnahme aus einer Rehabilitationseinrichtung.

¹²⁴ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/2302, Zur Situation in den klinischen Notaufnahmen, 07.08.2014, <https://dserver.bundestag.de/btd/18/023/1802302.pdf>, zuletzt abgerufen am 03.01.2025.

¹²⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Abbildung 13 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle für die Jahre 2019 bis 2023. Betrachtet man die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle für die Jahre 2019 bis 2023 so wird deutlich, dass diese sowohl im DRG-Bereich als auch im PEPP-Bereich nahezu konstant geblieben ist.

Im DRG-Bereich lag die Verweildauer im Jahr 2023 bei rund 5,8 Tagen, was nur geringfügig unter dem Wert von 2019 mit 5,9 Tagen liegt. Bei den PEPP-Fällen schwankte die durchschnittliche Verweildauer zwischen 31,2 Tagen im Jahr 2019 und rund 30,8 Tagen im Jahr 2023. Somit hatte die COVID-19-Pandemie auf aggregierter Ebene keinen erkennbaren Einfluss auf die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle.

Bei der gemeinsamen Betrachtung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle ergibt sich eine durchschnittliche Verweildauer von rund 7,0 Tagen. Dieser Wert entspricht nahezu dem bundesweiten Durchschnitt von 7,2 Tagen.¹²⁶

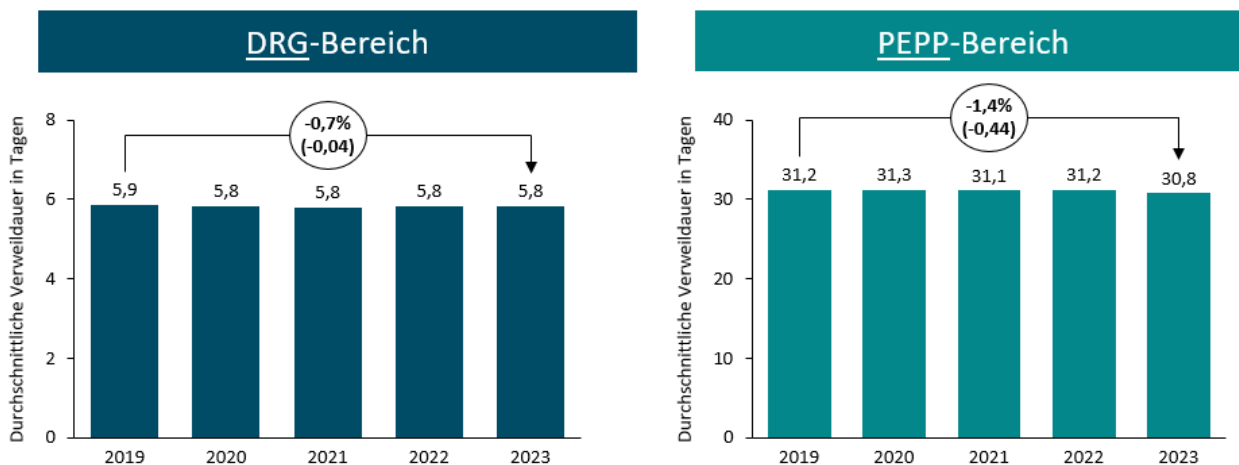


Abbildung 13: Die durchschnittlichen Verweildauern der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg 2019 bis 2023¹²⁷

Da die Verweildauer im Zeitraum von 2019 bis 2023 auf einem relativ konstanten Niveau geblieben ist, die Fallzahl jedoch signifikant gesunken ist (Abbildung 11), wird auch aus diesen Daten deutlich, dass die Auslastung der zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten rückläufig sein muss (siehe auch Abschnitt 3.1).¹²⁸

¹²⁶ Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

¹²⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

¹²⁸ Wie im Abschnitt 3.1 dargestellt wurde, ist die Anzahl der aufgestellten Betten zwischen 2019 und 2023 nur um 4 % und die Bettenauslastung um 9% gesunken.

3.2.3 Analyse der vollstationären Fälle auf Basis der NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023

Nachdem in Kapitel 3.2.2 das gesamte vollstationäre Fallaufkommen für die Jahre 2019 bis 2023 in Baden-Württemberg betrachtet wurde, werden in diesem Kapitel die einzelnen Leistungsgruppen untersucht.¹²⁹

Insgesamt wurden im Jahr 2023 rund 12 % weniger vollstationäre Fälle in den Krankenhäusern Baden-Württembergs behandelt als im Jahr 2019, was einem Rückgang von 264.589 Fällen entspricht. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungsgruppen, wie Tabelle 1 und Tabelle 2 verdeutlichen.

Der größte prozentuale Fallzahlrückgang war in den Leistungsgruppen „30.6 – Pankreastransplantationen“ und „30.4 – Lungentransplantationen“ im Zeitraum von 2019 bis 2023 mit einem Rückgang von 50 % bzw. 63 % zu verzeichnen.

Allerdings sind die Fallzahlen dieser Leistungsgruppen mit jeweils unter 20 Fällen pro Jahr insgesamt so gering, dass dies nur einen nominalen Fallzahlrückgang von 12 bzw. 6 Fällen entspricht. Entsprechend fallen leichte Schwankungen hier prozentual stark ins Gewicht.

Fallzahlrückgänge gemäß Tabelle 1 und Tabelle 2 von über 15 % sind darüber hinaus in den folgenden Leistungsgruppen zu finden

- 01.1 – Allgemeine Innere Medizin (- 26 %)
- 09.1 – Allgemeine Chirurgie (- 16 %)
- 13.2 – Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche (- 18 %)
- 22.1 – Perinataler Schwerpunkt (- 17 %)
- 22.3 – Perinatalzentrum Level 2 (- 16 %) und
- 30.2 – Herztransplantationen (- 17 %)

Fallzahlsteigerungen gemäß Tabelle 1 und Tabelle 2 von mehr als 15 % im Betrachtungszeitraum weisen die folgenden Leistungsgruppen auf

- 07.2 – Leukämie und Lymphome (+ 57 %)
- 08.1 – EPU / Ablation (+ 26 %)
- 08.4 – Minimalinvasive Herzklappenintervention (+ 24 %)
- 14.2 – Endoprothetik Knie (+ 18 %)
- 16.1 – Bariatrische Chirurgie (+ 30 %)
- 23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation (+ 40 %)
- 23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome (+ 16 %)

In allen sieben Leistungsgruppen, bei denen die Fallzahlen um mehr als 15 % gestiegen sind, handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um Elektivfälle entsprechend des Aufnahmearlasses.

¹²⁹ Die definitorische Zuordnung der einzelnen Gruppen im vorliegenden Gutachten folgt der im Krankenhausplan veröffentlichten Leistungsgruppendefinition des Landes Nordrhein-Westfalen. Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

Keine prozentuale Veränderung der Fallzahlen zwischen 2019 und 2023 sind hingegen in den Leistungsgruppen „05.1 – Komplexe Pneumologie“, „11.1 – Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“, „14.5 – Wirbelsäuleneingriffe“, „16.4 – Pankreaseingriffe“, „21.3 – Senologie“ und „22.2 – Perinatalzentrum Level 1“ festzustellen. Während der COVID-19-Pandemie war ein Fallzahl-Rückgang nur bei den Leistungsgruppen „05.1 – Komplexe Pneumologie“, „11.1 – Plastische und Rekonstruktive Chirurgie“ sowie „14.5 – Wirbelsäuleneingriffe“ erkennbar. In den Leistungsgruppen „16.4 – Pankreaseingriffe“, „21.3 – Senologie“ und „22.2 – Perinatalzentrum Level 1“ blieben die Fallzahlen hingegen über den gesamten Betrachtungszeitraum relativ konstant.

Tabelle 1: Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 1¹³⁰

Leistungsgruppe	Fälle					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozentual
01.1 Allgemeine Innere Medizin	447.089	361.741	347.378	332.921	330.244	-116.845	-26%
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	7.619	8.417	8.503	8.136	8.495	876	11%
03.1 Komplexe Gastroenterologie	98.529	100.324	104.376	101.087	100.822	2.293	2%
04.1 Komplexe Nephrologie	14.423	13.514	12.345	12.643	15.074	651	5%
05.1 Komplexe Pneumologie	36.631	32.267	34.185	36.125	36.764	133	0%
06.1 Komplexe Rheumatologie	7.664	6.035	6.380	6.224	6.884	-780	-10%
07.1 Stammzelltransplantation	1.183	1.189	1.258	1.185	1.285	102	9%
07.2 Leukämie und Lymphome	3.347	3.371	3.128	5.441	5.269	1.922	57%
08.1 EPU / Ablation	12.121	11.695	12.700	13.114	15.284	3.163	26%
08.2 Interventionelle Kardiologie	85.072	75.695	76.629	74.540	75.078	-9.994	-12%
08.3 Kardiale Devices	5.003	4.810	4.846	4.784	4.374	-629	-13%
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	3.090	3.235	3.380	3.753	3.847	757	24%
09.1 Allgemeine Chirurgie	424.091	364.829	357.591	358.450	355.230	-68.861	-16%
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	11.644	10.393	10.441	10.349	10.272	-1.372	-12%
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	9.538	8.775	8.867	8.854	9.521	-17	0%
12.1 Bauchaortenaneurysma	1.583	1.571	1.365	1.445	1.660	77	5%
12.2 Carotis operativ/ interventionell	3.561	3.268	3.484	3.367	3.611	50	1%
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	5.688	5.195	5.237	5.311	5.467	-221	-4%
13.1 Herzchirurgie	8.945	7.921	7.429	7.358	7.627	-1.318	-15%
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	547	531	459	449	447	-100	-18%
14.1 Endoprothetik Hüfte	21.263	20.143	20.635	22.318	24.370	3.107	15%
14.2 Endoprothetik Knie	21.878	19.549	19.697	22.192	25.869	3.991	18%
14.3 Revision Hüftendoprothese	2.349	2.165	2.054	2.035	2.026	-323	-14%
14.4 Revision Knieendoprothese	2.738	2.398	2.423	2.374	2.714	-24	-1%
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	28.218	26.746	27.231	26.933	28.147	-71	0%
15.1 Thoraxchirurgie	1.974	1.855	1.873	1.956	2.158	184	9%
16.1 Bariatrische Chirurgie	2.643	2.486	2.946	3.494	3.449	806	30%
16.2 Lebereingriffe	887	864	838	773	810	-77	-9%
16.3 Ösophaguseingriffe	567	550	577	494	509	-58	-10%
16.4 Pankreaseingriffe	1.781	1.797	1.710	1.605	1.773	-8	0%
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	1.922	1.731	1.735	1.708	1.743	-179	-9%

¹³⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. In einigen Leistungsgruppen, wie den LG 2-6 und der LG 10 kann es aufgrund der Gruppensystematik auf Basis der entlassenden Fachabteilung dazu kommen, dass nicht alle Fälle der Fachabteilung und damit der LG zugeordnet sind, im Rahmen derer maßgeblich die Behandlung durchgeführt wurde. Manche Fälle werden kurz vor der Entlassung verlegt. Die hauptsächliche Behandlung erfolgte möglicherweise in einer anderen Abteilung.

Tabelle 2: Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 2¹³¹

Leistungsgruppe	Fälle					Veränderung	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozentual
17.1 Augenheilkunde	39.424	34.280	34.908	35.518	37.685	-1.739	-4%
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.235	25.596	25.483	26.603	28.638	-597	-2%
19.1 MKG	12.037	10.814	10.433	10.468	10.459	-1.578	-13%
20.1 Urologie	93.392	83.808	82.060	82.683	85.053	-8.339	-9%
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	87.618	74.112	73.447	73.870	76.065	-11.553	-13%
21.2 Ovarial-CA	910	857	928	855	961	51	6%
21.3 Senologie	10.909	10.399	10.720	10.545	10.954	45	0%
21.4 Geburten	105.600	105.615	110.517	101.715	95.709	-9.891	-9%
21.5 Geburtsklinik - Kinder	94.725	93.997	98.079	90.461	84.949	-9.776	-10%
22.1 Perinataler Schwerpunkt	1.519	1.421	1.438	1.370	1.255	-264	-17%
22.2 Perinatalzentrum Level 1	1.187	1.255	1.227	1.097	1.190	3	0%
22.3 Perinatalzentrum Level 2	462	470	410	406	387	-75	-16%
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	108.935	88.886	94.412	101.015	99.229	-9.706	-9%
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	92	114	94	115	129	37	40%
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	675	656	672	800	786	111	16%
24.1 HNO	62.041	47.915	46.432	46.169	52.991	-9.050	-15%
24.2 Cochleaimplantate	777	671	641	677	757	-20	-3%
25.1 Neurochirurgie	15.429	14.251	13.970	14.125	14.474	-955	-6%
26.1 Allgemeine Neurologie	72.887	63.045	64.875	62.579	65.691	-7.196	-10%
26.2 Stroke Unit	27.001	25.392	24.931	23.691	24.493	-2.508	-9%
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	4.967	5.020	5.117	4.698	4.834	-133	-3%
27.1 Geriatrie	18.297	15.196	15.504	15.245	17.175	-1.122	-6%
29.1 Palliativmedizin	5.996	6.248	6.467	6.260	6.783	787	13%
30.2 Herztransplantation	36	41	33	36	30	-6	-17%
30.3 Lebertransplantation	133	96	97	87	121	-12	-9%
30.4 Lungentransplantation	19	19	16	12	7	-12	-63%
30.5 Nierentransplantation	299	269	278	304	330	31	10%
30.6 Pankreastransplantation	12	11	9	2	6	-6	-50%
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	90.747	83.990	83.134	83.883	87.248	-3.499	-4%
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	6.369	6.126	6.709	6.886	7.015	646	10%
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	45.682	38.212	38.827	37.766	40.185	-5.497	-12%
Gesamtergebnis	2.211.001	1.943.843	1.943.569	1.921.359	1.946.412	-264.589	-12%

Neben der Fallzahl ist die Verweildauer ein wichtiger Parameter zur Einschätzung des stationären Versorgungsaufkommens, da sich zum Beispiel die benötigten Bettenkapazitäten und Bettenauslastungen über beide Parameter ermitteln lassen.

In Tabelle 3 und Tabelle 4 wird die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer je Leistungsgruppe dargestellt. Wie bereits im Abschnitt 3.2.2 erläutert, betrug die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2023 über alle vollstationären Fälle in Baden-Württemberg 7,0 Tage.¹³² Damit ist die durchschnittliche

¹³¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. In einigen Leistungsgruppen, wie den LG 2-6 und der LG 10 kann es aufgrund der Gruppensystematik auf Basis der entlassenden Fachabteilung dazu kommen, dass nicht alle Fälle der Fachabteilung und damit der LG zugeordnet sind, im Rahmen der maßgeblich die Behandlung durchgeführt wurde. Manche Fälle werden kurz vor der Entlassung verlegt. Die hauptsächliche Behandlung erfolgte möglicherweise in einer anderen Abteilung.

¹³² Im Kapitel 3.1 wurde eine durchschnittliche Verweildauer von 7,2 Tagen für das Jahr 2022 angegeben. Die unterschiedlichen Angaben sind auf die unterschiedlichen Quellen zurückzuführen. Die Verweildauer in diesem Abschnitt bezieht sich auf die von PD errechnete durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle nach Leistungsgruppen für das Jahr 2023 auf Basis der Daten des § 21 KHEntgG. Die Angabe zur durchschnittlichen VWD im Kapitel 3.1. ergibt sich aus den Daten des Statistisches Bundesamt (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistischer Bericht.

Verweildauer seit 2019 nahezu konstant geblieben. Betrachtet man jedoch die einzelnen Leistungsgruppen, zeigt sich – ähnlich wie bei der Fallzahlentwicklung – ein heterogenes Bild.

Tabelle 3: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 1

Leistungsgruppe	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozent
01.1 Allgemeine Innere Medizin	6,0	6,1	6,2	6,4	6,3	0,3	4,8 %
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	8,9	7,9	8,5	8,7	8,6	-0,3	-3,6 %
03.1 Komplexe Gastroenterologie	5,8	6,1	6,2	6,4	6,3	0,5	7,8 %
04.1 Komplexe Nephrologie	8,0	8,2	8,3	8,4	7,5	-0,5	-6,2 %
05.1 Komplexe Pneumologie	6,3	6,7	6,9	6,7	6,7	0,5	7,2 %
06.1 Komplexe Rheumatologie	7,4	7,5	8,0	8,4	8,4	1,0	14,0 %
07.1 Stammzelltransplantation	32,4	30,0	31,0	29,9	30,4	-1,9	-6,0 %
07.2 Leukämie und Lymphome	14,9	14,6	15,4	13,6	14,4	-0,5	-3,5 %
08.1 EPU / Ablation	4,0	3,8	3,6	3,2	3,0	-1,0	-25,7 %
08.2 Interventionelle Kardiologie	5,6	5,3	5,3	5,2	5,3	-0,3	-5,3 %
08.3 Kardiale Devices	7,2	6,4	6,2	6,5	6,8	-0,4	-5,7 %
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	11,1	10,0	10,0	9,3	9,0	-2,0	-18,5 %
09.1 Allgemeine Chirurgie	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4	-0,1	-2,5 %
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	3,4	3,5	3,4	3,3	3,4	0,1	1,6 %
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	5,8	5,5	5,5	5,3	5,1	-0,7	-11,3 %
12.1 Bauchaortenaneurysma	12,2	12,7	12,3	11,8	11,6	-0,6	-4,7 %
12.2 Carotis operativ/ interventionell	8,0	8,1	7,7	7,7	7,5	-0,5	-6,3 %
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	17,1	16,6	15,9	15,3	15,0	-2,1	-12,5 %
13.1 Herzchirurgie	14,0	13,8	14,2	13,9	13,9	-0,1	-0,4 %
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	21,6	19,4	19,4	22,4	20,6	-1,0	-4,4 %
14.1 Endoprothetik Hüfte	8,7	7,9	7,5	7,3	6,9	-1,8	-20,5 %
14.2 Endoprothetik Knie	8,6	7,8	7,3	7,2	6,8	-1,8	-20,8 %
14.3 Revision Hüftendoprothese	19,6	17,7	17,8	17,9	18,4	-1,1	-5,7 %
14.4 Revision Knieendoprothese	14,5	14,1	13,0	13,8	13,4	-1,1	-7,6 %
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	10,1	9,3	9,1	9,0	9,0	-1,1	-11,2 %
15.1 Thoraxchirurgie	14,6	13,5	12,8	12,3	11,5	-3,1	-21,3 %
16.1 Bariatrische Chirurgie	4,8	4,5	4,0	3,8	3,7	-1,1	-23,5 %
16.2 Lebereingriffe	18,9	17,8	18,2	18,0	17,9	-1,0	-5,0 %
16.3 Ösophaguseingriffe	22,9	22,8	23,5	25,5	23,7	0,8	3,5 %
16.4 Pankreaseingriffe	24,2	23,7	23,6	24,2	23,2	-1,1	-4,4 %
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	19,7	18,3	18,2	17,2	17,9	-1,8	-9,0 %
17.1 Augenheilkunde	3,2	3,0	3,0	2,8	2,8	-0,4	-13,1 %
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,1	5,1	5,1	5,0	4,9	-0,2	-3,2 %
19.1 MKG	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	0,0	1,0 %
20.1 Urologie	4,4	4,3	4,2	4,1	4,1	-0,3	-6,2 %
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	-0,2	-5,4 %
21.2 Ovarial-CA	11,5	10,3	10,0	9,6	9,1	-2,4	-20,9 %
21.3 Senologie	4,9	4,6	4,3	4,3	4,1	-0,7	-14,8 %
21.4 Geburten	3,8	3,5	3,4	3,5	3,6	-0,2	-4,9 %
21.5 Geburtsklinik - Kinder	3,0	2,7	2,7	2,7	2,8	-0,2	-7,2 %
22.1 Perinataler Schwerpunkt	21,1	21,0	22,3	20,4	20,8	-0,3	-1,3 %
22.2 Perinatalzentrum Level 1	44,2	43,9	44,5	45,3	40,6	-3,6	-8,1 %
22.3 Perinatalzentrum Level 2	36,4	36,1	36,5	35,6	35,0	-1,4	-3,9 %
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	4,1	4,2	4,2	4,0	4,1	0,0	-0,4 %
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	71,3	65,8	72,0	69,6	58,3	-13,0	-18,3 %
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	12,2	10,9	11,0	9,7	9,1	-3,1	-25,1 %
24.1 HNO	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	-0,2	-4,7 %
24.2 Cochleaimplantate	4,2	4,4	4,1	4,0	4,1	-0,2	-4,7 %

Tabelle 4: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023 Teil 2

Leistungsgruppe	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozent
26.2 Stroke Unit	8,1	7,8	7,8	8,3	8,2	0,0	0,4 %
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	47,2	49,7	48,7	53,5	53,5	6,3	13,4 %
27.1 Geriatrie	21,3	21,1	20,7	21,6	21,2	-0,1	-0,5 %
29.1 Palliativmedizin	13,8	13,2	12,9	13,8	14,3	0,4	3,2 %
30.2 Herztransplantation	128,4	81,3	63,2	94,4	83,2	-45,1	-35,2 %
30.3 Lebertransplantation	43,9	44,9	40,6	37,5	44,3	0,4	0,9 %
30.4 Lungentransplantation	50,4	47,8	47,7	38,9	61,3	10,9	21,7 %
30.5 Nierentransplantation	24,1	22,9	21,7	23,1	23,6	-0,6	-2,3 %
30.6 Pankreastreansplantation	31,5	37,5	30,8	49,0	31,8	0,3	1,1 %
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	31,0	30,9	31,0	31,1	30,5	-0,4	-1,3 %
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	35,0	35,8	32,0	32,6	33,8	-1,2	-3,5 %
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	5,8	6,4	6,4	6,1	5,8	0,0	0,1 %
Gesamtergebnis	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	0,1	0,8 %

Den stärksten prozentualen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer verzeichnete die Leistungsgruppe „30.2 – Herztransplantationen“ mit 35,2 % (-45,1 Tage), gefolgt von der Leistungsgruppe „08.1 – EPU/ Ablation“ mit 25,7 % (entsprechend -1 Tag).

Der größte nominelle Rückgang der Verweildauer war ebenfalls in der Leistungsgruppe „30.2- Herztransplantationen“ zu verzeichnen. Gefolgt von der Leistungsgruppe „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation“ mit -13 Tagen (entsprechend einem prozentualen Rückgang von 18,3 %). Allerdings handelt es sich hierbei um Leistungsgruppen mit nur wenigen Fällen pro Jahr, sodass einzelne Ausreißer einen erheblichen Einfluss auf den Durchschnittswert haben können.

In der größten Leistungsgruppe, gemessen an der Fallzahl, „01 – Allgemeine Innere Medizin“, stieg die durchschnittliche Verweildauer um rund 4,8 %, was nominal lediglich etwa 0,3 Tagen entspricht.

Die durchschnittliche Verweildauer stieg sowohl prozentual als auch nominal am stärksten in der Leistungsgruppe „30.4 – Lungentransplantationen“ um 10,9 Tage (bzw. 21,7%). Insgesamt ist im Betrachtungszeitraum nur in vierzehn Leistungsgruppen eine prozentuale Steigerung der durchschnittlichen Verweildauer zu beobachten, wobei diese nominal in den meisten Leistungsgruppen sehr gering ausfällt (zwischen 0,1 Tagen in der Leistungsgruppe „40.1 – Rest/ Sonstige“ und 10,9 Tagen in der Leistungsgruppe „30.4 – Lungentransplantationen“).

3.2.4 Entwicklung der teilstationären Fälle von 2019 bis 2023 in Baden-Württemberg

Im Jahr 2023 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 65.482 teilstationäre Fälle behandelt. Bei der Betrachtung der teilstationären Fallzahlen der Jahre 2019 bis 2023, die in Abbildung 14 nach DRG- und PEPP-Bereich differenziert dargestellt sind, fällt auf, dass die Fallzahlentwicklung stark von der Entwicklung der vollstationären Fälle abweicht. Insgesamt wurde im Betrachtungszeitraum eine Fallzahlsteigerung von rund 9 % beobachtet (siehe Tabelle 5).

Die Entwicklungen im DRG- und PEPP-Bereich unterscheiden sich dabei deutlich. Im DRG-Bereich stieg die Fallzahl im Jahr 2023 im Vergleich zu 2019 um rund 12 % (entspricht etwa 4.800 Fällen). Zunächst war von 2019 auf 2020 ein Rückgang der DRG-Fallzahlen von knapp 8 % zu verzeichnen. In den folgenden Jahren bis 2022 blieben die Fallzahlen relativ konstant. Die größte Zunahme der Fallzahlen zeigte sich nach dem Ende der COVID-19-Pandemie: Von 2022 auf 2023 stiegen die DRG-Fallzahlen um gut 18 %.

Im PEPP-Bereich hingegen stiegen die Fallzahlen von 2019 bis 2023 nur um rund 3 %. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie kam es von 2019 auf 2020 zu einem Rückgang von rund einem Fünftel (gut 18 %). Seitdem sind die Fallzahlen kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2023 wurde das Niveau von 2019 mit knapp 600 Fällen leicht übertroffen.

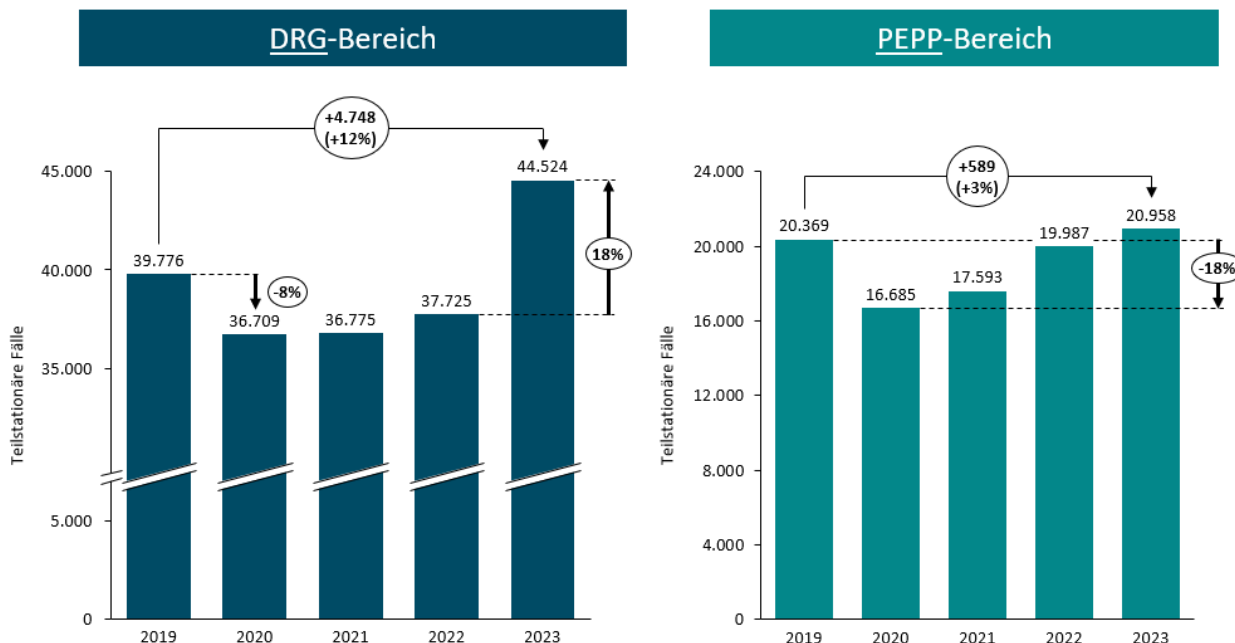


Abbildung 14: Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023¹³³

Die Tabelle 5 zeigt die Aufteilung der teilstationären Fälle auf die einzelnen Leistungsgruppen. Dabei fällt auf, dass die Entwicklungen in den einzelnen Leistungsgruppen stark voneinander abweichen. So sind massive Fallzahlsteigerungen der teilstationären Fälle von 2019 auf 2023 mit knapp 6.200 Fällen in der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ zu verzeichnen, während die Fälle in der Leistungsgruppe „01 – Allgemeine Innere Medizin“ um fast 3.500 Fälle von 2019 auf 2023 zurückgegangen sind.

¹³³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Tabelle 5: Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Baden-Württemberg von 2019 bis 2023 nach Leistungsgruppen¹³⁴

Leistungsgruppe	Fälle					Veränderung	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozentual
01.1 Allgemeine Innere Medizin	16.277	14.602	12.729	12.402	12.820	-3.457	-21%
03.1 Komplexe Gastroenterologie	805	934	929	756	891	86	11%
04.1 Komplexe Nephrologie	2.160	1.919	1.809	1.709	1.663	-497	-23%
07.1 Stammzelltransplantation	49	51	57	55	52	3	6%
07.2 Leukämie und Lymphome	185	152	130	744	811	626	338%
08.2 Interventionelle Kardiologie	1	0	2	0	0	-1	-100%
09.1 Allgemeine Chirurgie	323	196	238	316	327	4	1%
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	8	4	120	96	111	103	1288%
17.1 Augenheilkunde	68	71	77	83	65	-3	-4%
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	4.944	4.195	4.293	4.248	4.631	-313	-6%
20.1 Urologie	152	207	236	285	271	119	78%
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	3.956	3.849	3.900	3.839	4.197	241	6%
21.4 Geburten	0	0	0	0	1	1	-
22.2 Perinatalzentrum Level 1	0	0	0	1	0	0	-
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	4.751	4.781	5.633	6.260	10.944	6.193	130%
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	9	8	3	7	3	-6	-67%
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	9	13	12	130	116	107	1189%
24.1 HNO	1.173	1.034	1.214	1.210	1.071	-102	-9%
25.1 Neurochirurgie	9	5	6	1	1	-8	-89%
26.1 Allgemeine Neurologie	2.731	2.519	2.999	3.376	3.746	1.015	37%
31.2 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	18.137	13.787	14.511	16.469	17.881	-256	-1%
32.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik teilstationär	2.199	2.877	3.054	3.509	3.088	889	40%
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	2.199	2.190	2.414	2.216	2.792	593	27%
Gesamtergebnis	60.145	53.394	54.368	57.712	65.482	5.337	9%

Da die teilstationären Fälle nur einen geringen Anteil am gesamten Fallzahlvolumen ausmachen (im Jahr 2023 rund 5%), liegt der Fokus der folgenden Analysen auf dem vollstationären Bereich.

3.2.5 Patientenwanderung

In den vorherigen Abschnitten wurden auf Basis der § 21 KHEntgG-Daten jene Fälle betrachtet, die in baden-württembergischen Krankenhäusern versorgt wurden, unabhängig vom Wohnort der entsprechenden Patientinnen und Patienten. Geographisch betrachtet grenzt Baden-Württemberg an drei Bundesländer in Deutschland sowie drei Staaten in Europa. Patientinnen und Patienten aus Baden-Württemberg, die in einem dieser Länder medizinisch versorgt wurden, finden im vorliegenden § 21 KHEntgG-Datensatz keine Berücksichtigung und werden dementsprechend nicht gesondert betrachtet.

Basierend auf der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2022 werden die Patientenströme aus und nach Baden-Württemberg analysiert.¹³⁵ Grundlegend wird dabei zwischen Ein- und Auspendlern unterschieden. Erstere sind Patientinnen und Patienten deren Wohnort in einem anderen

¹³⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21 KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Es wurden nur die Leistungsgruppen dargestellt, in denen teilstationäre Leistungen erbracht wurden.

¹³⁵ Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2022, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 18.07.2024. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik werden etwa 10 bis 12 Monate nach dem Ende des Berichtsjahres veröffentlicht, Destatis (2024): Krankenhausstatistik, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/krankenhausstatistik.html>, zuletzt abgerufen am 04.09.2024.

Bundesland liegt, die jedoch in einem Krankenhaus in Baden-Württemberg behandelt wurden. Bei Auspendlern hingegen handelt es sich um Patientinnen und Patienten, die in Baden-Württemberg leben, jedoch für ihre medizinische Versorgung ein Krankenhaus in einem anderen Bundesland aufsuchen. Nicht berücksichtigt werden in dieser Auswertung Patientinnen und Patienten, die ihren Wohnort im Ausland haben, oder im Ausland behandelt wurden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die hier verwendeten Daten der Krankenhausstatistik aufgrund unterschiedlicher Bericht- beziehungsweise Datenstände von den § 21 KHEntgG-Daten abweichen können.

Abbildung 15 stellt die Anzahl der Einpendler der Anzahl der Auspendler für das Jahr 2022 gegenüber. Insgesamt wurden rund 132.000 Einpendler und 97.000 Auspendler verzeichnet. Daraus ergibt sich ein positives Pendlersaldo von rund 37 %. Erwartungsgemäß kommen die meisten Einpendler aus den Nachbarbundesländern Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen. Während die Zahl der Einpendler in Rheinland-Pfalz und Hessen deutlich höher ist als die der Auspendler, ergibt sich in Bayern ein gegenläufiges Bild. Hier suchten rund 45.000 Personen mit Wohnsitz in Bayern ein Krankenhaus in Baden-Württemberg auf, wohingegen rund 57.000 Personen mit Wohnsitz in Baden-Württemberg das Bundesland verließen, um sich in Bayern versorgen zu lassen.

Insgesamt wurde über die Hälfte der Auspendler Baden-Württembergs in einem Krankenhaus in Bayern versorgt, was aufgrund der rund 860 Kilometer langen Grenze nicht verwunderlich ist.¹³⁶

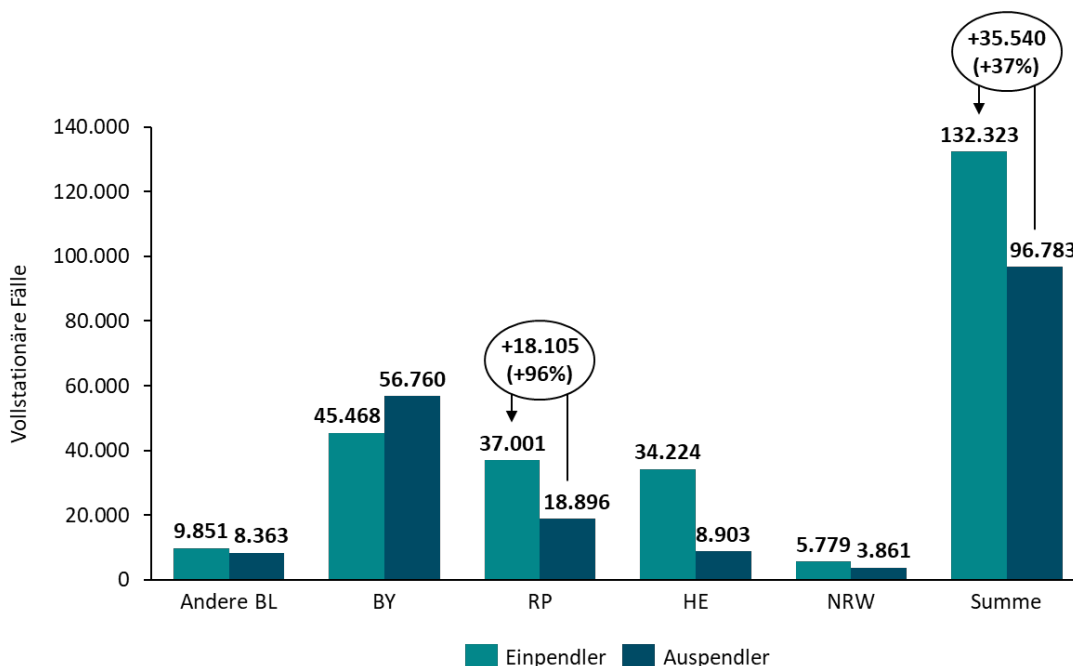


Abbildung 15: Anzahl der ein- und auspendelnden Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 für den vollstationären Bereich¹³⁷

¹³⁶ Baden-Württemberg.de (2024): Geografie, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/unser-land/land-und-leute/geografie#:~:text=Baden%2DW%C3%BCrttemberg%20hat%20auf%20einer,Grenze%20mit%20dem%20Nachbarn%20Frankreich>, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

¹³⁷ Eigene Darstellung auf Basis Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2022, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 18.07.2024.

4 Prognose

Die Methodik zur Bestimmung der zukünftig zu erwartenden vollstationären Fälle in Baden-Württemberg wird im Kapitel 2 beschrieben. Im Folgenden wird die Prognose der vollstationären Fälle differenziert nach Leistungsgruppen bis zum Jahr 2035 dargestellt. In einem ersten Schritt erfolgt diese auf Basis der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg und in einem zweiten Schritt anhand der in Baden-Württemberg behandelten Patientinnen und Patienten, unabhängig von deren Wohnort. Die Ergebnisse der Prognose basieren vorrangig auf drei wesentlichen Faktoren:

1. der demografischen Entwicklung gemäß der "Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg,¹³⁸
2. der möglichen Verlagerung vollstationärer Fälle in den ambulanten Bereich, entsprechend der Faktoren für die Ambulantisierung, die sich aus der Methodik des „Gutachtens nach § 115b Absatz 1a SGB V“ des IGES-Instituts¹³⁹ ableiten und
3. den vollstationären Krankenhaushäufigkeiten aus den Jahren 2019, 2022 und 2023 für Baden-Württemberg.

Als Ausgangspunkt für die Prognose werden die vollstationären Fälle der in Baden-Württemberg wohnhaften Personen aus dem Jahr 2019, 2022 und 2023 genutzt. Für die Einwohnerinnen und Einwohner von Baden-Württemberg, die in anderen Bundesländern behandelt wurden, werden statistische Durchschnittsanahmen herangezogen, da den Gutachtenden keine Behandlungsdaten auf der Ebene der Leistungsgruppen für in anderen Bundesländern behandelte Fälle aus Baden-Württemberg vorliegen.

Im Kontext des ambulanten Potenzials wird entsprechend der im Gutachten verfolgten konservativen Methodik angenommen, dass das aus den Daten des Jahres 2023 errechnete Potenzial für ambulante Behandlungen erst im Jahr 2033 vollständig realisiert sein wird. Die Auswirkung auf die Verweildauer wird entsprechend über 10 Jahre anteilig in jeweils identischer Höhe verteilt. Zudem ist anzumerken, dass der Prozentsatz der Fälle, die tatsächlich ambulant behandelt werden können, sowohl von der vorhandenen ambulanten Behandlungsinfrastruktur im Krankenhaus als auch von der Attraktivität der Vergütung ambulanter Fälle beeinflusst wird.

In den nachfolgenden Tabellen wird dargestellt, wie sich die ausgewählten Prognoseparameter auf die Entwicklung der Anzahl vollstationärer Fälle in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2035, sowohl auf der Ebene der Wohnorte als auch auf der Ebene der Behandlungsorte, auswirken.

Grundsätzlich ist zu betonen, dass es sich bei den dargestellten Fallzahlen für das Jahr 2035 lediglich um Prognosewerte handelt, die mit all den entsprechenden Unschärfen für Aussagen zu einem Zustand in der Zukunft verbunden sind. Insbesondere die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, welche Auswirkungen externe unvorhergesehene Ereignisse auf die Höhe der vollstationär behandelten Fälle haben können.

¹³⁸ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2022): Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante) , Bevölkerungsvorausberechnung im Kreisvergleich bis 2040, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Kreisdaten.jsp>, zuletzt abgerufen am 09.01.2025.

¹³⁹ IGES-Institut (2022): Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, zuletzt abgerufen am 09.01.2025.

Weitere Einflussfaktoren, wie der medizinisch-technische Fortschritt oder die Schaffung von alternativen, nicht stationären Behandlungsangeboten, sind den Gutachtenden nicht bekannt beziehungsweise können nicht sicher prognostiziert werden.

Zudem nehmen die Unsicherheiten beziehungsweise Spannweiten in den Vorhersagewerten mit zunehmender Länge des Vorhersagezeitraums zu. Unabhängig von den dargestellten Unsicherheiten können die Prognosewerte jedoch Trends in der Entwicklung der Fallzahlen aufzeigen und das planerische Handeln unterstützen.

4.1 Prognose der vollstationären Fälle von in Baden-Württemberg wohnenden Patientinnen und Patienten bis 2035

Die für Baden-Württemberg ermittelten prozentualen Veränderungswerte der vollstationären Fallzahlen basieren auf den zu Beginn des Kapitels erläuterten drei Faktoren. Diese Faktoren werden jeweils auf Basis der Fallzahlen beziehungsweise der Krankenhaushäufigkeiten der Jahre 2019, 2022 und 2023 berechnet – sowohl mit als auch ohne Berücksichtigung der potenziellen Trends zur Ambulantisierung.

Folgendes Beispiel illustriert die Prognose für die Leistungsgruppe „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“: Basierend auf den Krankenhaushäufigkeiten des Jahres 2023 (Erwartungswert 332.932 Fälle) und dem Ambulantisierungstrend von 1,2 % pro Jahr, wird ein Korridor der zu erwartenden vollstationären Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg im Jahr 2035 berechnet. Je nach Szenario ergibt sich:

- Mit Ambulantisierung: ein Fallzahlrückgang auf 325.102 Fälle (-2 %).
- Ohne Ambulantisierung: eine Fallzahlsteigerung auf 366.660 Fälle (+10 %).

Wenn die Krankenhaushäufigkeiten des Jahres 2019 als Ausgangsbasis zugrunde gelegt werden, ergeben sich folgende Prognosen für 2035:

- Mit Ambulantisierung: ein Fallzahlenanstieg auf 453.496 vollstationäre Fälle (+ 36 %)
- Ohne Ambulantisierung: ein Fallzahlenanstieg auf 511.465 vollstationäre Fälle (+ 54 %).

Im Vergleich zum Erwartungswert 2023 zeigt sich, dass der Prognosewert für 2035 – einschließlich Ambulantisierung und basierend auf dem Jahr 2019 120.564 zusätzliche Fälle ausmacht, ohne Ambulantisierung läge der Zuwachs bei 178.533 Fällen. Mit Basisjahr 2023 betrüge der Fallzahlrückgang einschließlich Ambulantisierung 7.830 Fälle, ohne Ambulantisierung würden die Fälle im Jahr 2035 um 33.728 ansteigen.

Die sich aus den Veränderungswerten ergebenden prozentualen Fallzahlen für das Jahr 2035 sind in Tabelle 6 abgebildet (Prognose der prozentualen Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2023 und 2035 mit Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg). Die Darstellung der sich aus den Veränderungswerten ergebenden nominalen Fallzahlen für das Jahr 2035 ist in Tabelle 7 abgebildet (Prognose der nominalen Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2023 und 2035 mit Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg).

Für die Leistungsgruppe „30.1 – Darmtransplantation“ lagen keine Fälle in den nach den NRW-Leistungsgruppen gruppierten Daten gemäß §21 KHEntgG-Daten aus den Jahren 2019, 2022 und 2023 vor.

Tabelle 6: Prognose der prozentualen Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2023 und 2035 (Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Baden-Württemberg)¹⁴⁰ nach NRW-Leistungsgruppen

Leistungsgruppen	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Prognose 2035 , inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2023	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Prognose 2035 , ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2023
01.1 Allgemeine Innere Medizin	36%	-1%	-2%	54%	12%	10%
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	-21%	-3%	0%	-16%	3%	6%
03.1 Komplexe Gastroenterologie	-6%	-6%	-7%	9%	10%	9%
04.1 Komplexe Nephrologie	-5%	-19%	-3%	7%	-9%	10%
05.1 Komplexe Pneumologie	-10%	-14%	-13%	13%	9%	11%
06.1 Komplexe Rheumatologie	14%	-11%	-1%	23%	-4%	7%
07.1 Stammzelltransplantation	-6%	-9%	2%	-6%	-9%	2%
07.2 Leukämie und Lymphome	-30%	15%	8%	-30%	15%	8%
08.1 EPU / Ablation	-13%	-7%	8%	-11%	-5%	11%
08.2 Interventionelle Kardiologie	-21%	-33%	-33%	30%	11%	11%
08.3 Kardiale Devices	15%	8%	-3%	33%	25%	12%
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	-3%	14%	16%	-3%	14%	16%
09.1 Allgemeine Chirurgie	-1%	-18%	-18%	28%	6%	5%
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	-5%	-19%	-19%	17%	1%	0%
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	-20%	-25%	-19%	3%	-4%	4%
12.1 Bauchaortenaneurysma	14%	1%	15%	14%	1%	15%
12.2 Carotis operativ/ interventionell	7%	-1%	4%	19%	10%	16%
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	23%	11%	14%	23%	11%	14%
13.1 Herzchirurgie	39%	9%	10%	39%	9%	10%
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	21%	-1%	-3%	21%	-1%	-3%
14.1 Endoprothetik Hüfte	2%	3%	11%	2%	3%	11%
14.2 Endoprothetik Knie	-1%	-4%	12%	-1%	-4%	12%
14.3 Revision Hüftendoprothese	38%	15%	14%	38%	15%	14%
14.4 Revision Knieendoprothese	16%	-2%	13%	16%	-2%	13%
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	11%	4%	9%	11%	4%	9%
15.1 Thoraxchirurgie	0%	0%	12%	0%	0%	12%
16.1 Bariatrische Chirurgie	-25%	-4%	-3%	-25%	-4%	-3%
16.2 Lebereingriffe	26%	7%	11%	26%	7%	11%
16.3 Ösophaguseingriffe	16%	0%	7%	16%	0%	7%
16.4 Pankreaseingriffe	15%	-2%	12%	15%	-2%	12%
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	24%	7%	9%	24%	7%	9%
17.1 Augenheilkunde	-44%	-51%	-48%	19%	4%	10%
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	-9%	-20%	-14%	13%	0%	8%
19.1 MKG	-1%	-16%	-17%	24%	5%	4%
20.1 Urologie	-17%	-29%	-27%	24%	7%	10%
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	-25%	-37%	-34%	14%	-4%	0%
21.2 Ovarial-CA	-19%	-27%	-16%	0%	-9%	4%
21.3 Senologie	-32%	-36%	-33%	7%	2%	6%
21.4 Geburten	4%	-2%	-5%	4%	-2%	-5%
21.5 Geburtsklinik - Kinder	4%	3%	-5%	4%	3%	-5%
22.1 Perinataler Schwerpunkt	11%	4%	-5%	11%	4%	-5%
22.2 Perinatalzentrum Level 1	-14%	-20%	-12%	-5%	-12%	-3%
22.3 Perinatalzentrum Level 2	15%	3%	-5%	15%	3%	-5%
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	-5%	-14%	-15%	11%	1%	-1%
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	-25%	2%	2%	-25%	2%	2%
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	-2%	6%	0%	1%	9%	3%
24.1 HNO	-23%	-43%	-34%	19%	-12%	2%
24.2 Cochleaimplantate	-1%	-9%	6%	-1%	-9%	6%
25.1 Neurochirurgie	7%	-3%	-1%	15%	4%	6%
26.1 Allgemeine Neurologie	1%	-14%	-10%	19%	1%	7%
26.2 Stroke Unit	28%	9%	11%	28%	9%	11%
26.3 Neuro-Frühereha (NNF, Phase B)	16%	7%	11%	16%	7%	11%
27.1 Geriatrie	27%	1%	12%	27%	1%	12%
29.1 Palliativmedizin	2%	4%	11%	2%	4%	11%
30.1 Darmtransplantation	0%	0%	0%	0%	0%	0%
30.2 Herztransplantation	13%	33%	-7%	13%	33%	-7%
30.3 Lebertransplantation	4%	-32%	-4%	4%	-32%	-4%
30.4 Lungentransplantation	148%	58%	-10%	148%	58%	-10%
30.5 Nierentransplantation	-11%	-9%	0%	-11%	-9%	0%
30.6 Pankreastransplantation	169%	-62%	-3%	169%	-62%	-3%
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	3%	-5%	0%	3%	-5%	0%
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	1%	7%	10%	1%	7%	10%
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	6%	-14%	-8%	23%	0%	7%
Summe	3%	-12%	-11%	23%	4%	6%

¹⁴⁰ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Tabelle 7: Prognose der nominalen Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Fallzahlerwartungswerten 2023 und 2035 (Wohnort der behandelten Patientinnen und Patienten: Baden-Württemberg)¹⁴¹ nach NRW-Leistungsgruppen

Leistungsgruppen	Erwartungswert 2023	Prognose 2035, inkl.	Prognose 2035, inkl.	Prognose 2035, inkl.	Prognose 2035, ohne	Prognose 2035, ohne	Prognose 2035, ohne
		Ambulantisierung-Basisjahr 2019	Ambulantisierung-Basisjahr 2022	Ambulantisierung-Basisjahr 2023	Ambulantisierung-Basisjahr 2019	Ambulantisierung-Basisjahr 2022	Ambulantisierung-Basisjahr 2023
01.1 Allgemeine Innere Medizin	332.932	453.496	329.246	325.102	511.465	371.333	366.660
02.1 Komplexe Endokrinologie und	6.482	5.092	6.258	6.457	5.423	6.665	6.878
03.1 Komplexe Gastroenterologie	102.032	95.468	96.139	95.344	111.559	112.342	111.414
04.1 Komplexe Nephrologie	14.959	14.199	12.106	14.562	15.988	13.631	16.395
05.1 Komplexe Pneumologie	35.936	32.168	30.984	31.426	40.681	39.184	39.743
06.1 Komplexe Rheumatologie	6.870	7.805	6.097	6.802	8.443	6.595	7.358
07.1 Stammzelltransplantation	1.088	1.017	987	1.110	1.017	987	1.110
07.2 Leukämie und Lymphome	4.732	3.299	5.422	5.132	3.299	5.422	5.132
08.1 EPU / Ablation	14.806	12.858	13.705	15.937	13.202	14.071	16.363
08.2 Interventionelle Kardiologie	75.140	59.208	50.511	50.400	97.834	83.464	83.281
08.3 Kardiale Devices	4.256	4.912	4.610	4.133	5.662	5.313	4.764
08.4 Minimalinvasive	3.521	3.404	4.009	4.073	3.404	4.009	4.073
09.1 Allgemeine Chirurgie	351.538	348.565	288.586	287.116	450.164	372.702	370.804
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	8.833	8.347	7.182	7.168	10.334	8.891	8.875
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	9.441	7.581	7.062	7.608	9.763	9.095	9.798
12.1 Bauchaortenaneurysma	1.590	1.814	1.601	1.827	1.814	1.601	1.827
12.2 Carotis operativ/ interventionell	3.550	3.790	3.510	3.700	4.208	3.898	4.108
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	5.424	6.646	6.011	6.161	6.646	6.011	6.161
13.1 Herzchirurgie	6.917	9.640	7.553	7.611	9.640	7.553	7.611
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	380	461	376	369	461	376	369
14.1 Endoprothetik Hüfte	23.879	24.240	24.487	26.524	24.241	24.488	26.526
14.2 Endoprothetik Knie	24.990	24.758	23.999	27.998	24.769	24.011	28.011
14.3 Revision Hüftendoprothese	1.943	2.677	2.236	2.206	2.678	2.237	2.207
14.4 Revision Knieendoprothese	2.587	3.014	2.538	2.923	3.014	2.538	2.923
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	27.205	30.290	28.374	29.543	30.290	28.374	29.543
15.1 Thoraxchirurgie	1.944	1.945	1.947	2.171	1.945	1.947	2.171
16.1 Bariatrische Chirurgie	3.162	2.375	3.032	3.053	2.375	3.032	3.053
16.2 Lebereingriffe	688	865	734	766	865	734	766
16.3 Ösophaguseingriffe	469	545	468	502	545	468	502
16.4 Pankreaseingriffe	1.445	1.660	1.420	1.614	1.660	1.420	1.614
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	1.677	2.083	1.789	1.824	2.083	1.789	1.824
17.1 Augenheilkunde	34.971	19.757	17.236	18.288	41.642	36.328	38.545
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	27.009	24.478	21.712	23.292	30.573	27.118	29.091
19.1 MKG	9.329	9.226	7.811	7.725	11.566	9.792	9.684
20.1 Urologie	83.034	68.621	59.227	60.766	102.779	88.709	91.015
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	76.160	57.183	47.991	50.331	86.888	72.921	76.477
21.2 Ovarial-CA	934	754	684	781	937	851	971
21.3 Senologie	10.728	7.254	6.905	7.149	11.506	10.953	11.339
21.4 Geburten	97.010	100.413	95.209	92.366	100.413	95.209	92.366
21.5 Geburtsklinik - Kinder	86.169	89.960	89.181	81.659	89.960	89.181	81.659
22.1 Perinataler Schwerpunkt	1.250	1.388	1.303	1.185	1.388	1.303	1.185
22.2 Perinatalzentrum Level 1	1.141	982	913	1.002	1.083	1.006	1.104
22.3 Perinatalzentrum Level 2	376	434	388	356	434	388	356
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	96.729	91.603	83.180	82.292	107.114	97.265	96.226
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	89	67	91	91	67	91	91
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	620	609	656	620	627	675	638
24.1 HNO	49.849	38.426	28.524	32.962	59.202	43.947	50.785
24.2 Cochleaimplantate	690	684	631	731	684	631	731
25.1 Neurochirurgie	12.675	13.561	12.318	12.520	14.563	13.228	13.445
26.1 Allgemeine Neurologie	63.620	64.127	54.504	57.564	75.572	64.230	67.838
26.2 Stroke Unit	24.579	31.394	26.736	27.345	31.394	26.736	27.345
26.3 Neuro-Frühereha (NNF, Phase B)	4.347	5.048	4.644	4.818	5.048	4.644	4.818
27.1 Geriatrie	17.548	22.312	17.713	19.712	22.312	17.713	19.712
29.1 Palliativmedizin	6.481	6.598	6.725	7.207	6.598	6.725	7.207
30.1 Darmtransplantation	0	0	0	0	0	0	0
30.2 Herztransplantation	21	24	28	20	24	28	20
30.3 Lebertransplantation	105	109	71	101	109	71	101
30.4 Lungentransplantation	7	17	11	6	17	11	6
30.5 Nierentransplantation	262	234	240	262	234	240	262
30.6 Pankreastransplantation	3	8	1	3	8	1	3
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	88.162	90.939	83.820	88.261	90.939	83.820	88.261
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	6.915	6.962	7.368	7.626	6.962	7.368	7.626
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	39.317	41.531	33.719	35.990	48.493	39.371	42.022
Summe	1.920.546	1.968.924	1.682.517	1.704.191	2.354.605	2.004.733	2.032.787

¹⁴¹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine valide Aussage darüber möglich, welche Basisinzidenz (Erwartungswert der Krankenhaushäufigkeit) die zukünftige Entwicklung am treffendsten beschreiben wird, da unklar ist, wie nachhaltig die durch die COVID-19-Pandemie bedingten Fallzahlrückgänge in Baden-Württemberg sind.

Zudem ist anzumerken, dass die Anzahl der Fälle, die zukünftig tatsächlich ambulant behandelt werden können, sowohl von der vorhandenen ambulanten Behandlungsinfrastruktur im Krankenhaus als auch von der Attraktivität der Vergütung ambulanter Fälle beeinflusst wird.

Die Gutachtenden gehen überwiegend davon aus, dass sich die zukünftigen Fallzahlen im Rahmen des Prognosemodells voraussichtlich zwischen den ermittelten Fallzahlen auf Basis der Krankenhaushäufigkeiten von 2019 und 2023 bewegen werden, wobei das vollstationäre Fallzahlvolumen des Basisjahres 2019 aus heutiger Sicht nicht realistisch erscheint. Insbesondere auch im Lichte einer zunehmenden Ambulantisierung.

Die insgesamt sechs Szenarien (drei Szenarien mit und drei ohne Ambulantisierungspotenzial) und die daraus jeweils resultierenden prozentualen bzw. nominalen Veränderungswerte führen zu unterschiedlichen Prognosewerten (vollstationäre Fallzahlen) für das Jahr 2035, die in Abbildung 16 visualisiert sind.

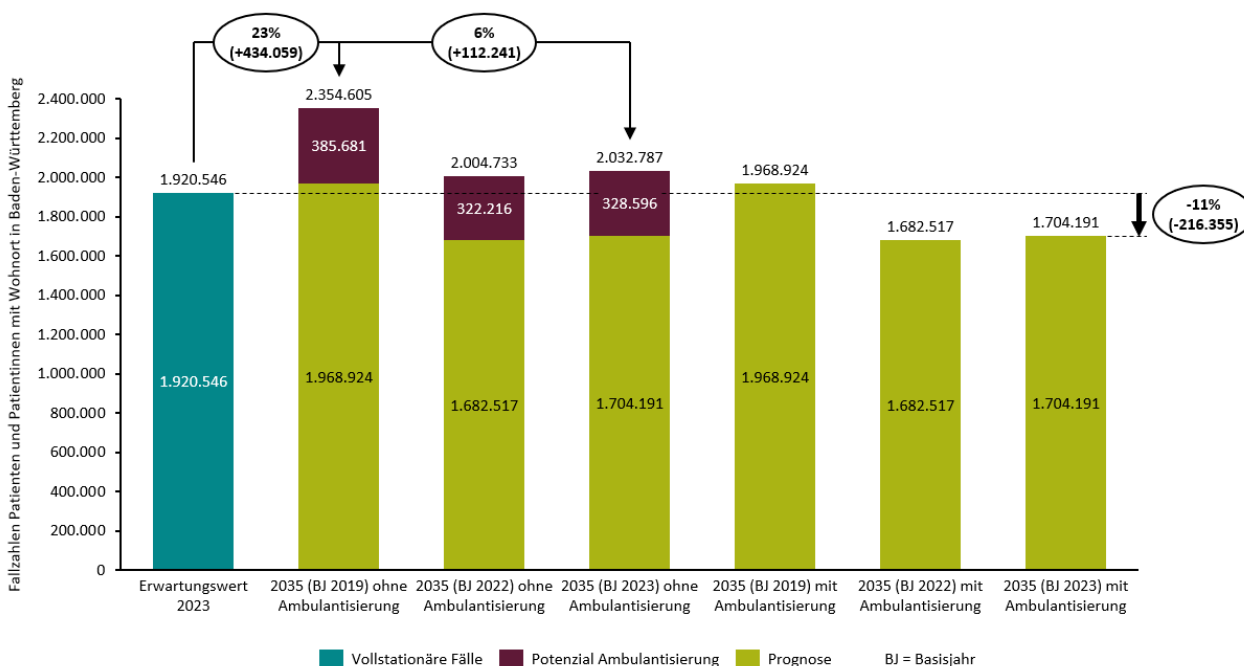


Abbildung 16: Prognose für vollstationäre Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2035

Der „Erwartungswert 2023“ bildet dabei die Anzahl der vollstationären Fälle mit Wohnort in Baden-Württemberg im Jahr 2023 ab, unabhängig von ihrem Behandlungsort. Der Fokus der Prognose liegt demnach auf der Herleitung des Bedarfs an vollstationären medizinischen Versorgungskapazitäten für die Bevölkerung in Baden-Württemberg, ohne die Berücksichtigung von ein- und auspendelnden Fällen.

Werden die in Tabelle 6 abgebildeten prozentualen Veränderungswerte auf den „Erwartungswert 2023“ angewendet, ergeben sich unterschiedlich hohe Fallzahlen für das Jahr 2035.

Szenario mit zweitstärkstem Fallzahlrückgang: Im Vergleich zum Erwartungswert 2023 ist mit einer Reduzierung der vollstationären Fälle aller Leistungsgruppen um rund 11 % beziehungsweise etwa 216.000 Fälle bis 2035 zu rechnen (Prognose 2035 inkl. Ambulantisierung – Basisjahr 2023). Der Rückgang setzt sich aus der prognostizierten demografischen Entwicklung bis 2035, einer Fortschreibung der vollstationären Krankenhaushäufigkeiten aus dem Jahr 2023 und einer Verlagerung von knapp 329.000 vollstationären Fällen in den ambulanten Bereich zusammen.

Szenario mit höchster Fallzahlsteigerung: Im Vergleich zum Erwartungswert 2023 ist mit einer Zunahme der vollstationären Fälle um knapp 23 % zu rechnen. In diesem Szenario wird von einer Rückkehr zu den stationären Krankenhaushäufigkeiten des Jahres 2019 ausgegangen, ohne von einer weiteren Ambulantisierung stationärer Fälle bis zum Jahr 2035 auszugehen (Prognose 2035, ohne Ambulantisierung – Basisjahr 2019).

Die Varianz zwischen den beiden dargestellten Szenarien (Prognosewert 2.354.605 Fälle versus Prognosewert 1.704.191 Fälle) verdeutlicht noch einmal die erheblichen Auswirkungen bei Veränderung der Krankenhaushäufigkeiten und beim Anteil des unterstellten ambulanten Potenzials.

4.2 Prognose der vollstationären Fälle von in Baden-Württemberg behandelten Patientinnen und Patienten bis 2035

Um zu bewerten, wie die Prognose aus Abschnitt 4.1 die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg beeinflussen könnte, wurde ein weiterer Schritt durchgeführt: Die Veränderungen, die auf Basis des Wohnortes ermittelt wurden, wurden auf die Fälle angewendet, die tatsächlich in Baden-Württemberg behandelt wurden. In der folgenden Analyse werden daher nur Fälle von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die in Baden-Württemberg behandelt wurden – unabhängig davon, wo sie wohnen.

Die Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle sowie die beanspruchten Bettenkapazitäten bis zum Jahr 2035, ohne Berücksichtigung einer weiteren Ambulantisierung, sind in Abbildung 17 dargestellt. Zur Ermittlung der Bettenkapazitäten wurde die durchschnittliche Verweildauer mit 7,3 Tagen¹⁴² der vollstationären Fälle in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2023 verwendet. Die Verweildauer wird bis zum Jahr 2035 als konstant angenommen. Dieses Vorgehen begründet sich insbesondere dadurch, dass die Verweildauern in den einzelnen Leistungsgruppen seit Jahren überwiegend konstant geblieben sind und auch weitere Untersuchungen der Gutachtenden keine Hinweise auf einen weiteren Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer ergeben haben.

Ohne eine Zunahme des Anteils von ambulanten Behandlungen wird bis 2035, verglichen mit den Fallzahlen aus dem Jahr 2023, ein Anstieg der vollstationären Fälle um knapp 22,4 % (basierend auf der Inzidenz des Basisjahres 2019) oder ein Anstieg um rund 6 % (basierend auf der Inzidenz des Jahres 2023) erwartet. In diesen beschriebenen Szenarien variieren die prognostizierten, benötigten Betten im Jahr 2035 zwischen rund 45.800 und 53.000, was entweder dem ungefähren Erhalt des Status Quo der aufgestellten Betten im Jahr 2023 entspricht oder einen Rückgang benötigter Betten um rund 7.000 bedeuten würde (Abbildung 17, rechter Teil).

¹⁴² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Grunddaten der Krankenhäuser, <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/LRt0205.jsp>, zuletzt abgerufen am 03.01.2025.

Prognosen ohne Ambulantisierungspotenzial

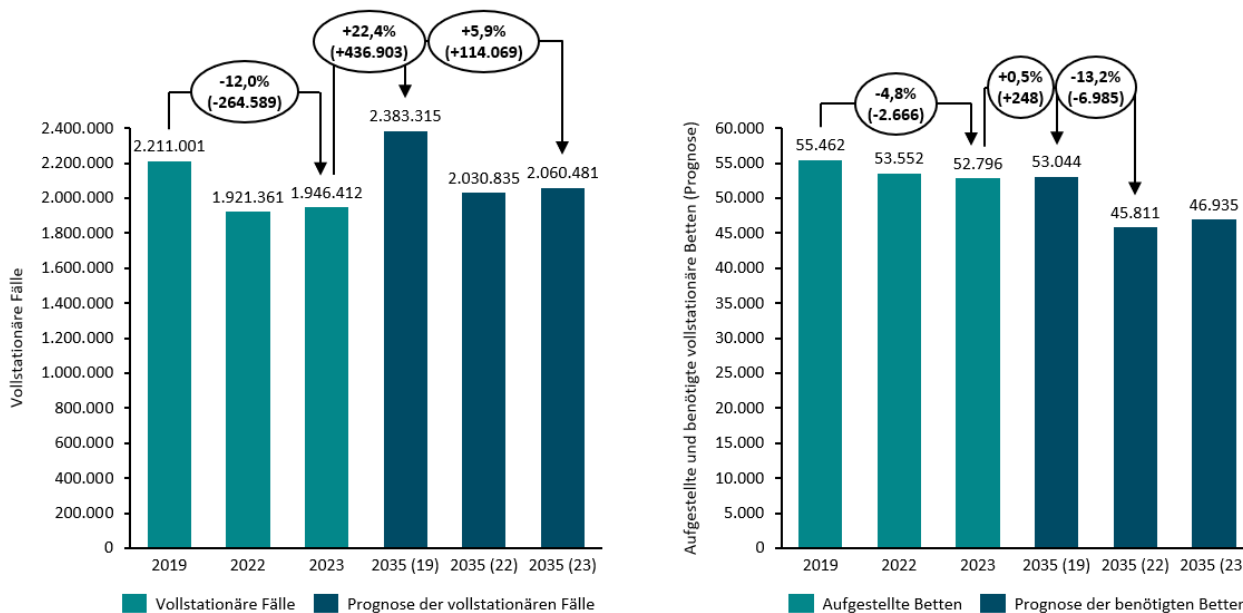


Abbildung 17: Prognose der vollstationären Fälle und belegten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Baden-Württemberg bis 2035 ohne Ambulantisierung¹⁴³

Im Unterschied zur Abbildung 17 werden in Abbildung 18 die prognostizierten Entwicklungen der vollstationären Fallzahlen und voraussichtlich benötigten, vollstationären Betten bis zum Jahr 2035 unter Einbeziehung der zu erwartenden Ambulantisierung dargestellt. Die Verweildauer wurde um die Belegungsanteile der möglicherweise ambulantisierbaren Fälle adjustiert, was zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Verweildauer gegenüber der unadjustierten durchschnittlichen Verweildauer führt.

Gemäß dem in Abbildung 18 dargestellten Szenario ist bis 2035 mit einem sehr leichten Zuwachs der stationären Fälle im Vergleich zu den Zahlen aus 2023 um etwa 1 % (bezogen auf die Inzidenz des Basisjahres 2019) beziehungsweise mit einer Reduktion um 12,4 % (bezogen auf die Inzidenz des Jahres 2023) zu rechnen.

¹⁴³ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Prognosen mit Ambulantisierungspotenzial

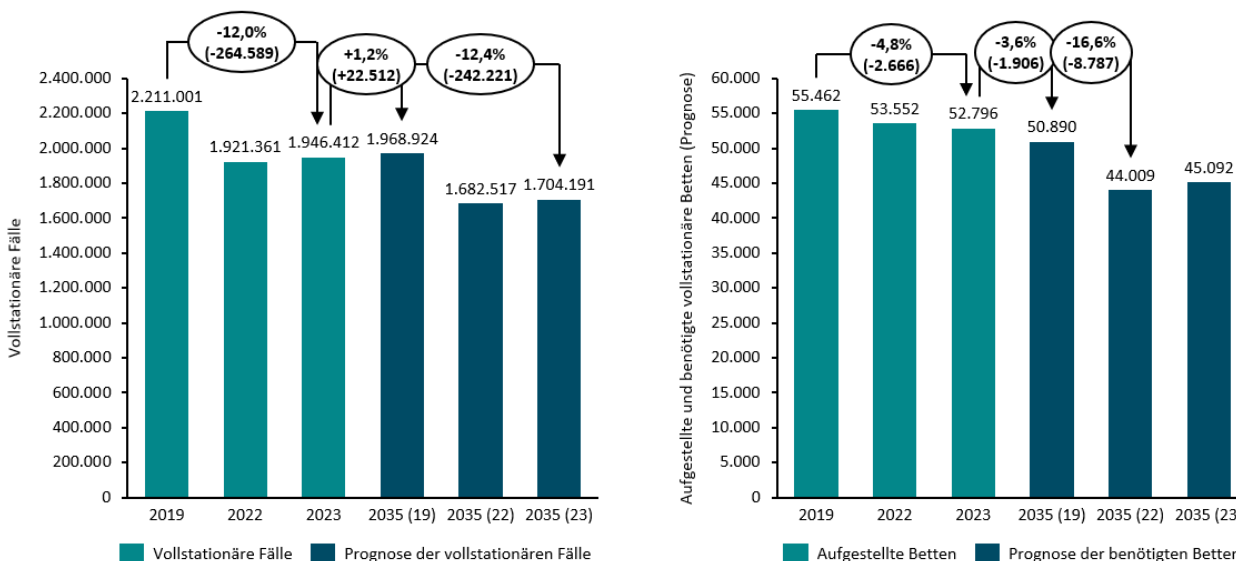


Abbildung 18: Prognose der vollstationären Fälle und benötigten Betten von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Baden-Württemberg bis 2035 mit Ambulantisierung¹⁴⁴

Die in der Prognose mit Ambulantisierungspotenzial prognostizierten, benötigten Betten im Jahr 2035 variieren zwischen rund 44.000 (Basisjahr 2022) und knapp 51.000 (Basisjahr 2019), was einem leichten Rückgang benötigter Betten um rund 1.900 (Basisjahr 2019) bzw. einem deutlicheren Rückgang benötigter Betten um knapp 8.800 bedeuten würde (Basisjahr 2022).

Unter der Annahme einer zukünftigen Zielauslastung der stationären Betten von 85 %¹⁴⁵, variiert die Anzahl der voraussichtlich benötigten, vollstationären Betten im Jahr 2035 zwischen 53.044 (ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019) und damit einem Bettenaufbau um 248 oder 44.009 (inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2022) und damit 8.787 Betten weniger, jeweils ausgehend von den 52.796 im Jahr 2023 ausgewiesenen tatsächlich aufgestellten Betten.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

¹⁴⁵ Eine Zielauslastung von 85 % wird im Krankenhaus Rating Report 2023 empfohlen, <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/2030-bis-zu-50-prozent-der-kliniken-in-insolvenzgefahr-50053>, zuletzt abgerufen am 02.10.2024.

¹⁴⁶ Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser 2023 nach Trägern und Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

4.3 Prognose der vollstationären Fallzahlen im Jahr 2035 für ausgewählte Landkreise mit geringer Bevölkerungsdichte für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, inwieweit gegebenenfalls Unterschiede bei der Fallzahlentwicklung in eher dünn besiedelten Landkreisen im Vergleich zum Rest von Baden-Württemberg existieren. Zu diesem Zweck wurden daher 13 Landkreise in Baden-Württemberg ausgewählt, deren jeweilige Bevölkerungsanteile im Jahr 2023 unter 200 EW je km² und damit deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 318 Einwohnerinnen und Einwohnern auf einem Quadratkilometer¹⁴⁷ lagen (Abbildung 19). Insgesamt weisen diese dünn besiedelten, dreizehn Landkreise eine Fläche von 15.179 km² auf mit insgesamt 2.298.697 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2023.¹⁴⁸ Bezogen auf die Gesamtfläche Baden-Württembergs von 35.673 km² entspricht dies einem Flächenanteil der in Abbildung 19 dargestellten Landkreise in Höhe von rund 43 %. Jedoch betrug der Anteil der Bevölkerung in den dargestellten Landkreisen im gleichen Zeitraum nur rund 20 %, bezogen auf die rund 11,3 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner in Baden-Württemberg im Jahr 2023.¹⁴⁹

Planungsebene Landkreise (LK) Baden-Württemberg	Erwartungswert 2023	Prognose 2035, inkl.			Prognose 2035, ohne			Fläche in km ²	Bevölkerung insgesamt 2023	Bevölkerung insgesamt 2023 je km ²
		Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Ambulantisierung - Basisjahr 2023	Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Ambulantisierung - Basisjahr 2023			
Main-Tauber-Kreis	23.834	24.478	20.911	21.189	29.301	24.950	25.306	1.304	135.371	104
Sigmaringen	22.826	23.697	20.239	20.509	28.360	24.137	24.484	1.204	134.259	111
Neckar-Odenwald-Kreis	25.600	26.700	22.796	23.106	31.977	27.213	27.609	1.126	146.070	130
Schwäbisch Hall	33.795	35.772	30.547	30.952	42.815	36.434	36.956	1.484	204.721	138
Freudenstadt	20.744	21.613	18.459	18.706	25.872	22.021	22.338	870	121.584	140
Biberach	34.342	36.273	30.969	31.382	43.421	36.940	37.472	1.410	208.203	148
Hohenlohekreis	19.395	20.369	17.390	17.624	24.386	20.747	21.047	777	115.796	149
Alb-Donau-Kreis	33.906	35.703	30.488	30.895	42.736	36.366	36.890	1.359	203.873	150
Waldshut	30.046	30.989	26.475	26.824	37.083	31.572	32.021	1.131	174.391	154
Ravensburg	49.283	50.919	43.507	44.071	60.904	51.849	52.580	1.632	293.148	180
Rottweil	24.659	25.283	21.594	21.880	30.260	25.754	26.123	769	142.963	186
Breisgau-Hochschwarzwald	46.866	47.573	40.639	41.177	56.931	48.467	49.157	1.378	272.194	197
Tuttlingen	24.226	25.365	21.671	21.952	30.343	25.830	26.193	734	146.124	199
Summe LK	389.524	404.734	345.686	350.266	484.389	412.281	418.175	15.179	2.298.697	151
Baden-Württemberg	1.920.546	1.968.924	1.682.517	1.704.191	2.354.605	2.004.733	2.032.787	35.673	11.339.260	318
Anteil	20,3%	20,6%	20,5%	20,6%	20,6%	20,6%	20,6%	42,5%	20,3%	47,6%

Abbildung 19: Ausgewählte Landkreise in Baden-Württemberg mit weniger als 200 EW pro km² im Jahr 2023

Für die dreizehn Landkreise werden die Fallzahlen voraussichtlich um rund 7 % im Jahr 2035 ansteigen, ohne dass der Anteil ambulanter Behandlungen zunimmt, basierend auf der Krankenhaushäufigkeit des Basisjahres 2023 (siehe Abbildung 20). Im direkten Vergleich mit den Fallzahlsteigerungen für Baden-Württemberg (+ 5,8 %) liegt die prozentuale Steigerung der ausgewählten Landkreise insgesamt etwa 1,6 % über der prognostizierten Steigerungsrate von Baden-Württemberg.

¹⁴⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerung und Gebiet im Überblick 2023, Basis Zensus 2011, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 07.01.2025.

¹⁴⁸ Statistisches Bundesamt, Kreisfreie Städte und Landkreise am 31.12.2023, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.xlsx?blob=publicationFile>, zuletzt abgerufen am 07.01.2025.

¹⁴⁹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerung und Gebiet im Überblick 2023, Basis Zensus 2011, <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=LA>, zuletzt abgerufen am 07.01.2025.

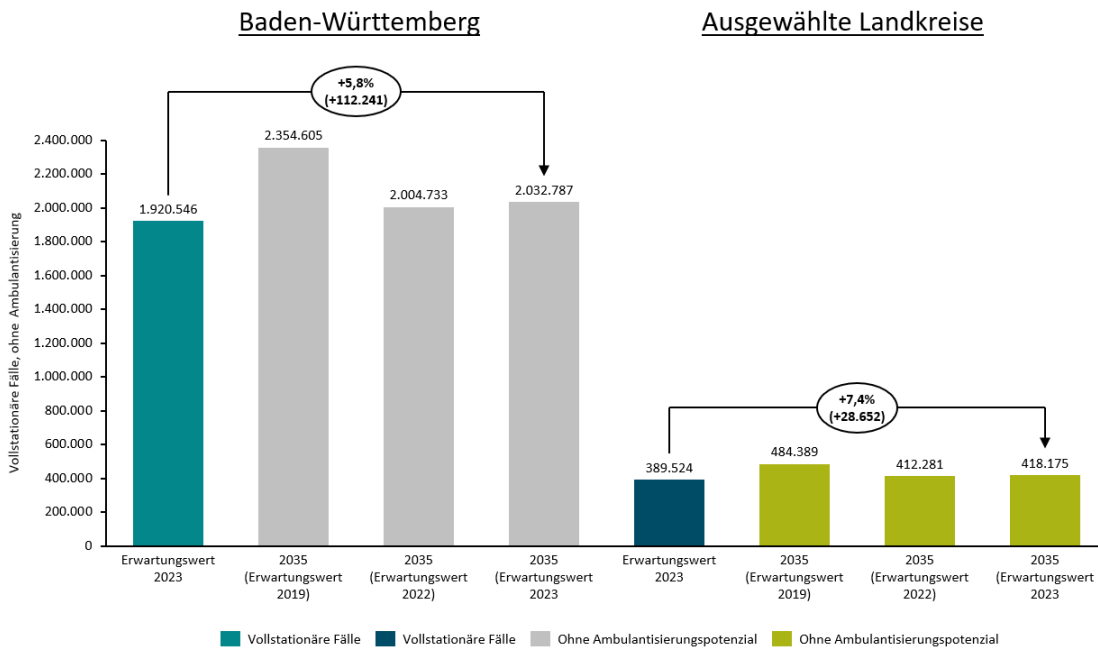


Abbildung 20: Prognose der vollstationären Fallzahlen im Jahr 2035 für ausgewählte Landkreise mit geringer Bevölkerungsdichte für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg ohne Ambulantisierung¹⁵⁰

Im Unterschied zur Abbildung 20 werden in Abbildung 21 die prognostizierten Entwicklungen der vollstationären Fallzahlen bis zum Jahr 2035 unter Einbeziehung der zu erwartenden Ambulantisierung dargestellt, im Vergleich Baden-Württemberg zu den dreizehn ausgewählten, unterdurchschnittlich besiedelten Landkreisen.

Gemäß dem in Abbildung 21 dargestellten Szenario wird bis 2035 ein Fallzahlrückgang in den ausgewählten Landkreisen von in Summe rund 10 % prognostiziert (Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2023). Dieser Fallzahlrückgang ist jedoch geringer als der Fallzahlrückgang auf Landesebene. Unter sonst gleichen Bedingungen wird prognostiziert, dass sich die vollstationären Fälle mit Wohnsitz in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2035 um rund 11 % verringern.

¹⁵⁰ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

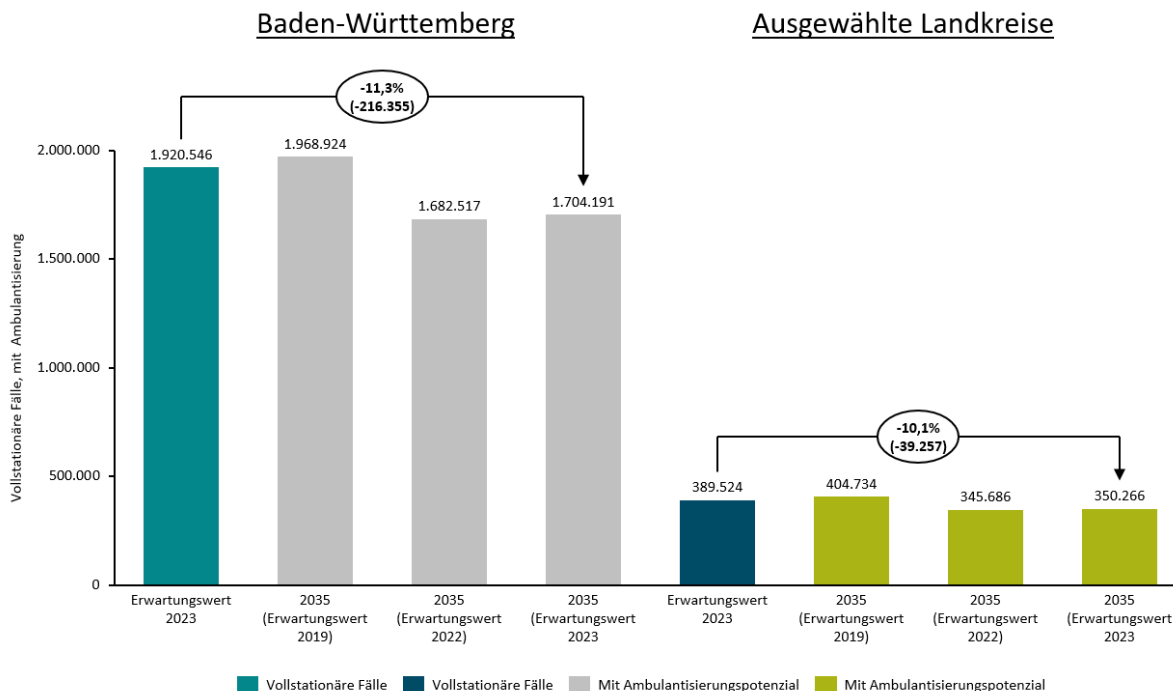


Abbildung 21: Prognose der vollstationären Fallzahlen im Jahr 2035 für ausgewählte Landkreise mit geringer Bevölkerungsdichte für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg mit Ambulantisierung¹⁵¹

Anhand der Analyse der Fallzahlentwicklung (Abbildung 20 und Abbildung 21), welche die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen sowohl für alle Landkreise in Baden-Württemberg als auch für ausgewählte dünn besiedelte Landkreise darstellt, lässt sich feststellen, dass in dünn besiedelten Landkreisen ein leicht höheres Fallzahlwachstum von rund 7 % im Vergleich zum Landesdurchschnitt mit rund 6 % zu erwarten ist (ohne Berücksichtigung einer möglichen Ambulantisierung stationärer Fälle in der Zukunft).

Wird eine weitere Ambulantisierung stationärer Fälle einbezogen, ist in den dünn besiedelten Landkreisen mit einem geringeren Rückgang der Fallzahlen von rund 10 % im Vergleich zum Landesdurchschnitt von Baden-Württemberg mit rund 11 % zu rechnen.

In beiden Szenarien beträgt die Differenz zwischen dünn besiedelten Landkreisen und dem Rest des Bundeslandes etwa 1 %. Es ist anzunehmen, dass diese geringfügige Abweichung hauptsächlich auf die unterschiedliche demografische Entwicklung zurückzuführen ist. Für eine genauere Untersuchung dieses Zusammenhangs wären jedoch weitere Analysen erforderlich, die nicht Bestandteil dieses Gutachtens sind.

¹⁵¹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

4.4 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Bis zum Jahr 2035 wird bei Annahme einer zunehmenden Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich ein Rückgang der Fallzahlen um bis zu rund 12 % bezogen auf den Behandlungsort im Vergleich zum Jahr 2023 prognostiziert (Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung – Basisjahr 2023). Infolgedessen wird auch die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Baden-Württemberg weiter sinken.

Auf Basis der im Abschnitt 4.2 dargestellten Entwicklung ergibt sich gegenüber den aufgestellten vollstationären Betten im Jahr 2023 ein Reduzierungspotenzial (jeweils inklusive Ambulantisierung) von rund 1.900 (Basisjahr 2019) bis rund 8.800 (Basisjahr 2022) vollstationären Betten. Die hohe Varianz ergibt sich aus den in den Prognose-Szenarien unterschiedlich angesetzten Krankenhaushäufigkeiten und dem Anteil der Fälle, die vom stationären in den ambulanten Bereich überführt werden können (Hebung des ambulanten Potenzials). Wie mit diesen vorhandenen Einflussfaktoren abschließend umgegangen werden soll, muss Teil einer kritischen Diskussion im Kontext der anstehenden Krankenhausplanung werden.

Zudem ist die Einhaltung einer übergreifenden Zielauslastung von 85 %¹⁵² und die daraus resultierende rechnerische Reduktion der stationären Behandlungskapazitäten ein elementarer Treiber beim dargestellten Bettenabbau.

Für das Jahr 2023 würde eine durchschnittliche Zielauslastung von 85 % bedeuten, dass die in Baden-Württemberg vorhandenen 52.796 aufgestellten Betten¹⁵³ bereits um 8.514 Betten auf 44.282 Betten reduziert werden könnten, ohne grundsätzlich die Versorgungssicherheit einzuschränken. Die rechnerische Reduktion der Betten kann wie folgt hergeleitet werden:

Den 13.738.588 Behandlungs-/Berechnungstagen im Jahr 2023¹⁵⁴ standen 19.270.540 maximale Belegungstage gegenüber (52.796 aufgestellte Betten multipliziert mit 365 Tagen). Damit betrug die durchschnittliche Auslastung pro Bett im Jahr 2023 rund 71 % (Behandlungs-/Berechnungstagen geteilt durch die maximalen Belegungstage). Das heißt, dass 1 Bett an rund 260 Tagen im Jahr belegt war und rund 105 Tage im Jahr nicht.

Bei einer durchschnittlichen Zielauslastung von 85 % könnte sich die durchschnittliche Auslastung pro Bett auf 16.163.045 Belegungstage erhöhen. (13.738.588 Behandlungs-/Berechnungstagen geteilt durch 85 %). Dies ergibt (maximale Belegungstage geteilt durch 365 Tage) einen rechnerischen Bedarf in Höhe von 44.282 Betten (die Differenz von 52.796 Betten und 44.282 Betten ergibt 8.514 Betten).

Es lassen sich im Kern drei wesentliche Treiber der prognostizierten Fallzahl- beziehungsweise Planbettenreduktion feststellen:

1. Einhaltung der Zielauslastung von 85 %- ein Abbau von Bettenkapazitäten, die bisher rechnerisch nicht benötigt werden, und damit einhergehend eine Steigerung der Auslastung der verbleibenden vollstationären Planbetten,

¹⁵² Eine Zielauslastung von 85 % wird im Krankenhaus Rating Report 2023 empfohlen, <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/de-tail/2030-bis-zu-50-prozent-der-kliniken-in-insolvenzgefahr-50053>, zuletzt abgerufen am 02.10.2024.

¹⁵³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Auslastung der Krankenhausbetten, https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/AerzteEinrichtungen/GW-AE_bettAuslastung.jsp, zuletzt abgerufen am 07.10.2024.

¹⁵⁴ Ebenda.

2. der demografische Wandel und der damit einhergehende Rückgang der Fallzahlen, wobei es durch die prognostizierte unterschiedliche Entwicklung der Leistungsgruppen (siehe Abbildung 16) zu einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Leistungsgruppen am Gesamtfallzahlaufkommen gegenüber dem Status quo kommt,
3. weitere Ambulantisierung von Fällen, die bisher vollstationär versorgt wurden. Zwingend hierfür ist jedoch, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen ausgebaut werden und finanzielle Anreize zur ambulanten Versorgung gesetzt werden.

Im Falle eines weiteren Rückgangs der Fallzahlen beziehungsweise des Verbleibs auf den im Vergleich zu 2019 niedrigeren Krankenhaushäufigkeiten ergeben sich bestimmte Fragestellungen, die für die kommenden Krankenhauspläne von Bedeutung sein werden:

- Welche Leistungen müssen konzentriert werden, um bei rückläufigen Gesamtfallzahlen etwaige vorgeschriebene Mindestmengen sicherzustellen auch im Hinblick einer adäquaten Behandlungsqualität?
- Wie können Versorgungsstrukturen geschaffen werden, in denen Krankenhäuser beziehungsweise Fachabteilungen in einer funktionalen und wirtschaftlichen Größe erhalten werden können? Dies scheint vor allem vor dem Hintergrund des Erhalts eines flächendeckenden gleichartigen Versorgungsangebotes schon heute in einzelnen Bereichen (zum Beispiel bei der Geburtshilfe) schwierig.

Es erscheint zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht wahrscheinlich, dass die Fallzahlen wieder flächendeckend das Niveau von 2019 erreichen werden. Zudem kann aufgrund der aktuellen politischen Diskussion davon ausgegangen werden, dass sich der Trend zur Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich weiter verstärken wird.

Aus den genannten Gründen ist es eher unwahrscheinlich, dass mit einem starken, über alle Leistungsgruppen hinweg reichenden Fallzahlenanstieg im Jahr 2035 gegenüber den Fallzahlen 2023 zu rechnen ist.

Die Gutachtenden empfehlen daher, die aktuellen Fallzahlen für 2024, die dem Ministerium ab Sommer 2025 zur Verfügung stehen, im Anschluss an das Gutachten weiter zu analysieren. Ziel ist es, etwaige Veränderungen der Krankenhaushäufigkeiten im Vergleich zu den hier angenommenen Parametern zu erkennen sowie mögliche Veränderungen bei der Entwicklung des Bedarfs an stationären Versorgungskapazitäten frühzeitig zu identifizieren.

Diese fortlaufende Analyse, auch über die Daten von 2024 hinaus, ermöglicht es, rechtzeitig auf sich abzeichnende Entwicklungen zu reagieren und geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Versorgungsstrukturen ergreifen zu können. Bei den Analysen sollte insbesondere auf mögliche unterschiedliche Entwicklungen in den verschiedenen Versorgungsregionen und zwischen den unterschiedlichen Leistungsgruppen geachtet werden.

Insbesondere in den dünner besiedelten Landkreisen (Bevölkerungsdichte unter 200 EW pro km²) deuten die Prognosen darauf hin, dass der voraussichtliche Fallzahlrückgang vollstationärer Fälle bis zum Jahr 2035 – je nachdem, ob das Ambulantisierungspotenzial berücksichtigt wird oder nicht – etwas geringer ausfallen wird im Vergleich zu den Prognosewerten auf Landesebene. Hier bedarf es weiterer Analysen, woraus sich diese Abweichungen ergeben.

Zudem sollten die dargestellten Erwartungswerte auf Basis der verschiedenen Prognose-Szenarien kritisch im Hinblick darauf diskutiert werden, dass gegebenenfalls für ein zu erarbeitendes Planungs-Szenario eine Mischung der verschiedenen Szenarien auf der Ebene der Leistungsgruppen durchgeführt wird.

5 Handlungsempfehlungen

Empfehlung 1: Höhere Granularität der Planung mittels Leistungsgruppen zur effizienten Bedarfsplanung und Zuweisung von Leistungsgruppen

Die derzeitige Krankenhausplanung in Baden-Württemberg beschränkt sich weitgehend auf eine Rahmenplanung. Dabei werden für jedes Krankenhaus die Fachgebiete und die Gesamtzahl der Planbetten festgelegt und in der Regel Betten nicht abteilungsbezogen ausgewiesen.¹⁵⁵ Dadurch können die Krankenhäuser in Baden-Württemberg die festgelegten Planbetten eigenverantwortlich auf die verschiedenen Fachabteilungen verteilen (vgl. Abschnitt 4.1). Eine aktive Steuerung des Leistungsangebots im Sinne einer Detailplanung durch die derzeitige Planungsmethodik findet bislang grundsätzlich noch nicht statt. Ausnahmen von der Rahmenplanung bilden einzelne Fachplanungen.

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und Bedarfsbestimmung empfehlen die Gutachtenden und wie auch im KHVVG vorgesehen, die Verwendung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausplanung. Ziel ist die gezieltere Förderung eines wirtschaftlich effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgungssystems sowie die Vermeidung von Anreizen zur Patientenselektion sowie zur Leistungsfragmentierung.

Im vorliegenden Gutachten wurde die in NRW entwickelte Zuordnungssystematik der Fälle zu den Leistungsgruppen verwendet, da zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens der Grouper zur Zuordnung der Fälle nach KHVVG-Leistungsgruppen noch nicht vorlag.

Die Nutzung der Leistungsgruppen-Systematik soll nicht nur eine präzisere Bedarfsbestimmung und Kapazitätsplanung ermöglichen, sondern auch den Grundstein für eine qualitätsorientierte Gesundheitsversorgung durch die Festlegung von Qualitätskriterien als Voraussetzung für die Erbringung einzelner Leistungsgruppen legen. Darüber hinaus erleichtert diese Systematik den Vergleich und die grenzüberschreitende Planung zwischen Bundesländern, die das gleiche System verwenden.

Grundsätzlich sollten die Bundesländer trotz bundespolitischer Vorgaben weiterhin die Möglichkeiten haben, Ausnahmen dauerhaft und eigenverantwortlich umzusetzen. Dadurch können regionale Besonderheiten berücksichtigt werden und beispielsweise die Erreichbarkeit in dünner besiedelten Gebieten sichergestellt werden.

Empfehlung 2: Konzentration von Leistungen unter aktiver Steuerung des Ministeriums

Das Gesundheitswesen steht derzeit bekanntermaßen vor großen Herausforderungen, wie der demografischen Entwicklung, dem Fachkräftemangel und der zunehmenden Ambulantisierung. Die Analyse der vollstationären Fälle hat einen Fallzahlrückgang seit Beginn der COVID-19-Pandemie von rund 12 % gezeigt. Es erscheint zum aktuellen Zeitpunkt nicht wahrscheinlich, dass die Fallzahlen wieder flächendeckend das Niveau von 2019 erreichen werden. Zudem kann aufgrund der aktuellen politischen Diskussion davon ausgegangen werden, dass sich der Trend zur Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich weiter verstärken wird. Vor diesem Hintergrund erscheint die Konzentration von Leistungen aus ökonomischen und qualitativen Gesichtspunkten unvermeidbar.

¹⁵⁵ Detaillierte Planungen erfolgen nur in wenigen Fachgebieten, wie etwa der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung oder der Herzchirurgie.

Auch die geplanten Maßnahmen auf Bundesebene zielen neben der Neuordnung der Finanzierung darauf ab, komplexe medizinische Leistungen auf weniger Krankenhausstandorte zu konzentrieren. Ziel ist dabei, die Versorgungsqualität im stationären Sektor zu verbessern. Zudem könnten so die begrenzt vorhandenen Ressourcen wie Fachkräfte effizienter genutzt und die Investitionsförderung zielgerechter eingesetzt werden. Die Analysen haben gezeigt, dass in vielen medizinischen Bereichen in Baden-Württemberg schon eine Zentralisierung stattgefunden hat. In einigen geografischen oder medizinischen Bereichen bestehen nichtsdestotrotz noch Potenziale. So zeigte sich z.B. in der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ und der Leistungsgruppe „27.1- Geriatrie“ eine hohe Anzahl an Standorten, die die entsprechenden Leistungen im Jahr 2023 erbracht haben. Zudem wurden an relativ vielen Standorten nur wenige Fälle behandelt. Eine Konzentration auf leistungsfähige Standorte mit relevantem Versorgungsanteil könnte entsprechend zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Auch die im Rahmen des Gutachtens durchgeführten Interviews mit Akteurinnen und Akteuren und Interessengruppen aus dem Gesundheitswesen haben bestätigt, dass eine aktivere Rolle und Steuerung des Versorgungsgeschehens durch das Land gefordert wird, um künftig den Herausforderungen zu begegnen. In weiten Teilen des Landes habe es zwar bereits eine Konzentration von Leistungen gegeben, aber insbesondere in einigen Ballungsgebieten und für wenige Leistungsgruppen sei eine weitere Strukturbereinigung aus Qualitätsaspekten und aus Gründen der besseren Ressourcenallokation notwendig.

Empfehlung 3: Länderübergreifende Analysen und Abstimmung für eine zukünftige gemeinsame Planung

Die Erreichbarkeitsanalysen des Gutachtens haben gezeigt, dass insbesondere an den Landesgrenzen zu Bayern und Hessen zum Teil höhere Fahrzeiten notwendig sind, um einen geeigneten Versorger zu erreichen. Die Untersuchungen zeigen, dass es relevante Patientenströme in jeweils beide Richtungen mit angrenzenden Bundesländern gibt. Das vorliegende Gutachten konzentriert sich aufgrund der verfügbaren Daten auf Standorte in Baden-Württemberg. Für ausgewählte Bereiche wie für die TraumaZentren oder die Stroke Units wurden jedoch auch zertifizierte Versorger angrenzender Bundesländer mitbetrachtet. Hier konnte gezeigt werden, dass sich die Erreichbarkeit für die Bevölkerung Baden-Württembergs an den Grenzen in der Regel deutlich verbessert, wenn diese Versorger in die Analysen einbezogen werden. Auch für die anderen medizinischen Bereiche bzw. Leistungsgruppen kann davon ausgegangen werden, dass zum Teil Versorger in angrenzenden Bundesländern zu einer Verbesserung der Fahrzeit beitragen und diese zudem von den in Grenzregionen wohnhaften Patientinnen und Patienten zumindest zum Teil aufgesucht werden. Vor diesem Hintergrund sollte eine vertiefte Abstimmung und gemeinsame Planung der Bundesländer bei der stationären Versorgung erfolgen. Eine bundesländerübergreifende Abstimmung könnte dazu beitragen, sowohl eine wohnortnahe und hochwertige Versorgung der Bevölkerung an den Landesgrenzen sicherzustellen und gleichzeitig bestehende Ressourcen effizienter einzusetzen.

An den Grenzen zu den Nachbarländern Frankreich, Schweiz und Österreich könnten darüber hinaus Kooperationen für bestimmte medizinische Leistungen angedacht werden. So haben sich die Kliniken der TraumaNetzwerke der DGU nicht nur zum Teil bundeslandübergreifend, sondern auch landesübergreifend zusammengeschlossen, um die Versorgung von Schwerverletzten unter standardisierten Qualitätsmaßstäben sicher zu stellen.

Empfehlung 4: Erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung

Neben einer qualitätsorientierten Versorgung sollte die krankenhauserische Ausrichtung auf einer flächendeckenden Versorgung mittels Erreichbarkeitskriterien im Vordergrund stehen. Dabei sollten für bestimmte medizinische Bereiche klare Erreichbarkeitsgrenzen definiert und bei der Zuweisung von Versorgungsaufträgen berücksichtigt werden. Zwar sind aktuell Planungsebenen für die einzelnen Leistungsgruppen (Versorgungsregion, Land, Kreis), vorgesehen, diese sind jedoch noch nicht an spezifische Erreichbarkeitsvorgaben gekoppelt.¹⁵⁶

Eine wohnortnahe Grundversorgung in den Bereichen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie sollte flächendeckend gewährleistet und im Regelfall innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein.

Bei komplexeren oder elektiven Leistungen steht hingegen nicht die wohnortnahe Versorgung im Fokus. Je komplexer und seltener eine Behandlung ist, desto mehr sollte sie auf spezialisierte Versorger der Maximal- oder Schwerpunktversorgung konzentriert werden, um eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Dies betrifft nicht nur Leistungen, die Mindestmengenregelungen unterliegen, sondern auch andere komplexe Behandlungen, wie beispielsweise im Bereich onkologischer oder bestimmter chirurgischer Leistungen mit insgesamt geringen Fallzahlen.

Grundsätzlich sollte es das erklärte Ziel sein, Patientinnen und Patienten direkt in geeigneten Krankenhäusern zu behandeln, die bestimmten Strukturmerkmale erfüllen, wie beispielsweise die Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten in Standorten mit Linksherzkathetermessplatz oder die Behandlung von Schwerverletzten in TraumaZentren. Hier ist im Zweifel auch ein etwas längerer Fahrtweg vorzuziehen, als der Transport zum nächstgelegenen Krankenhaus, das die notwendigen Strukturen nicht vorhält. Verlegungen sollten möglichst vermieden werden, da diese zeit- und personalintensiv sind.

Empfehlung 5: Versorgungsrelevante Krankenhäuser stärken durch gezielteren Einsatz von Investitionsmitteln

Die Zuweisung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das Ministerium sollte gezielt an geeignete Standorte erfolgen. Dabei sollten wichtige Aspekte wie die Qualität (siehe auch Handlungsempfehlung 1), die Einhaltung der Erreichbarkeit (siehe auch Handlungsempfehlung 4), regionale Gegebenheiten sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung berücksichtigt werden. Damit die Krankenhäuser ihre Versorgungsaufträge umsetzen können, müssen ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden.

Zur besseren Ressourcenallokation und Förderung qualitätsorientierter Strukturanpassungen sollte die Investitionsfinanzierung an die Leistungsgruppen geknüpft werden, sodass Krankenhäuser künftig nur für Leistungsgruppen Investitionspauschalen erhalten, für die Versorgungsaufträge bestehen. Da die Erbringung der Leistungsgruppen an die Einhaltung spezieller Qualitätsvorgaben geknüpft ist, wird somit auch die Investitionsfinanzierung an die Qualität der Leistungserbringung gekoppelt.

Es wird daher empfohlen, zu überprüfen, inwieweit die derzeitige Investitionsförderung mit dem System der Zuweisung von Leistungsgruppen vereinbar ist.

¹⁵⁶ Als Grundlage für die Festlegung solcher Vorgaben könnten beispielsweise die Orientierungswerte für Erreichbarkeitsgrenzen aus dem "Populationsbezogenen Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung" von Schmitt et al. herangezogen und weiterentwickelt werden.

Empfehlung 6: Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und Nutzung neuer Technologien

Die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sowie die Entwicklung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungskonzepte stehen weiterhin im Fokus der Gesundheitspolitik. In Zukunft wird es aufgrund der im vorliegenden Gutachten beschriebenen Herausforderungen nicht möglich sein, sämtliche stationären Gesundheitsleistungen in ihrem aktuellen Umfang auch weiterhin bereitzustellen. Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit weiterhin entscheidend, um auch in Zukunft eine medizinische Versorgung sicherzustellen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht wird und gleichzeitig effizient und leistungsfähig bleibt.

Dabei spielt die Förderung der Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen verschiedenen medizinischen Fachbereichen z. B. in Form von Modellvorhaben eine zentrale Rolle. Baden-Württemberg hat schon eine Reihe von Modellprojekten durchgeführt. Es bedarf nun entsprechender bundesrechtlicher Regelungen, die es ermöglichen sektorenübergreifende Konzepte nicht nur modellhaft, sondern langfristig zu realisieren. Die mit dem KHVVG geschaffenen neuen Regelungen sind hierfür leider noch nicht ausreichend.

Auch in Zukunft sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen den einzelnen Interessengruppen stattfinden und durch das Ministerium weiterhin forciert werden, um sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu fördern. Im Rahmen dessen sollte auch eine bessere Vernetzung und der Austausch zwischen Rettungsdienst, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäuser weiter gestärkt werden, um Patientinnen und Patienten schnell und gezielt in geeignete Krankenhäuser einzuweisen bzw. zu bringen.

Insbesondere in den Gebieten mit höheren Fahrzeiten könnten telemedizinische Lösungen in Betracht gezogen werden. So werden bereits in anderen Bundesländern telemedizinische Netzwerke z. B. zur Sicherstellung der flächendeckenden Schlaganfallversorgung eingesetzt (z.B. TEMPiS in Bayern oder SOS-TeleNET).

Empfehlung 7: Datengrundlagen und Softwareunterstützung für die neue Krankenhausplanung

Um die Krankenhausplanung künftig effektiver zu gestalten und auf Veränderungen im Gesundheitswesen rasch reagieren zu können, ist der Einsatz einer softwaregestützten, regelmäßigen Versorgungsanalyse ein zentrales Instrument. Diese Analyse ermöglicht eine fortlaufende Überprüfung des Leistungsgeschehens und kann potenzielle Versorgungsrisiken frühzeitig erkennen. Eine wesentliche Funktion wäre die Erfassung von Unterschreitungen etwaig vorgegebener Mindestmengen für Leistungsgruppen, was Transparenz darüber schafft, welche Krankenhäuser welche Leistungsgruppen in welchem Umfang erbringen und ob diese korrekt zugewiesen wurden.

Dies setzt voraus, dass umfangreiche und aktuelle Informationen in analysierbarer Form verfügbar sind. Um dies weiterhin zu gewährleisten, müssen verschiedene Datenquellen miteinander verknüpft werden, wie etwa stationäre Abrechnungsdaten, Daten der strukturierten Qualitätsberichte sowie Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung. Diese Daten bilden die Grundlage für eine dynamische Krankenhausplanung, die jederzeit an neue Herausforderungen oder strukturelle Veränderungen angepasst werden kann.

Empfehlung 8: Begleitung des Abbaus von überschüssigen Bettenkapazitäten

Bis zum Jahr 2035 wird bei Annahme einer zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ein Rückgang der Fallzahlen um bis zu rund 12 %¹⁵⁷ bezogen auf den Behandlungsort im Vergleich zum Jahr 2023 prognostiziert. Infolgedessen wird die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Baden-Württemberg weiter sinken.

Es wird angenommen, dass bei einer Zielauslastung von 85 % bereits heute rund 8.514 Betten abgebaut werden könnten, ohne die Versorgungssicherheit in Baden-Württemberg zu gefährden. Diese Reduktion könnte in der Realität weniger Auswirkungen haben, als es auf den ersten Blick erscheint, da der aktuelle Personalmangel ohnehin bereits jetzt dazu führt, dass nicht alle aufgestellten Betten voll betrieben werden können. Daher könnte der gezielte Abbau von nicht genutzten Betten eine sinnvolle Option sein, um Betriebskosten zu senken, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Ein weiteres Ziel des Abbaus wäre es, dringend benötigtes Personal an anderen Stellen einzusetzen, um den Fachkräftemangel zu lindern. Eine Reduzierung der Kapazitäten an ausgewählten Standorten, die die finanziellen und organisatorischen Mittel dafür erhalten, könnte eine Möglichkeit sein, Ressourcen optimierter einzusetzen und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten.

Allerdings stehen auf Bundesebene nur begrenzte finanzielle Mittel zur Verfügung, um die Reduzierung des stationären Leistungsangebots zu unterstützen. Wenn keine anderen Fördermittel vorhanden sind, sollte das Land Baden-Württemberg den notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen mit angemessenen organisatorischen und finanziellen Ressourcen begleiten. Dies könnte eine gezielte Förderung von Krankenhäusern, die vom Bettenabbau betroffen sind, sowie Investitionen in sektorenübergreifende Versorgung und ambulante Versorgungsstrukturen umfassen, um den Übergang zu einem nachhaltigeren Gesundheitssystem zu erleichtern.

Empfehlung 9: Vorbereitung auf Krisensituationen und koordinierende Funktion ausgewählter Kliniken

Die COVID-19-Pandemie hat verdeutlicht, wie wichtig ein effizientes Krisenmanagement im Gesundheitswesen ist, um auf zukünftige Krisen, sei es pandemischer oder zivilschützender Natur, vorbereitet zu sein. Ein zentrales Element dabei ist die Schaffung von Koordinierungs- und Kommunikationsstrukturen sowie Versorgungsnetzwerken, die es ermöglichen, Handlungs- und Aufgabenfelder dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zuzuordnen, Engpässe und Belastungsspitzen im Gesundheitswesen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu steuern.

Ein bereits in Baden-Württemberg eingeführtes Beispiel ist das intensivmedizinische COVID-19-Clusterkonzept. Dieses Modell etablierte sechs Versorgungsregionen, die anhand der Verteilung von Intensivbetten pro 100.000 Einwohner festgelegt wurden, wobei jedes Cluster um einen zentralen Maximalversorger organisiert war. Die Universitätskliniken Heidelberg, Freiburg, Tübingen und Ulm sowie die Krankenhäuser in Karlsruhe und Ludwigsburg/Stuttgart übernahmen die koordinative Verantwortung, um Verlegungen von Intensivpatienten frühzeitig zu steuern und damit Überlastungen in einzelnen Krankenhäusern zu vermeiden. Ziel war es, eine gleichmäßige intensivmedizinische Versorgung in allen Regionen zu gewährleisten.

Dieses Clusterkonzept bietet wertvolle Ansätze für zukünftige Krisen, die weiterentwickelt werden sollten. Basierend auf den Erfahrungen der Pandemie könnte dieses Modell auf andere Krisensituationen angepasst und ausgeweitet werden. Zudem sollte darüber nachgedacht werden, den ausgewählten Krankenhäusern explizit weitere Koordinierungsaufgaben zuzuweisen. Dabei gilt es, Themenbereiche zu identifizieren, die von übergreifender Bedeutung sind, und die Verantwortlichkeiten klar zu verteilen.

Auch der Ausbau von Reservekapazitäten ist ein zentraler Aspekt, um auf plötzlich steigende Bedarfe – sei es durch Pandemien oder andere Krisenszenarien – vorbereitet zu sein. Dies erfordert eine langfristige Planung und Investition in die Infrastruktur des Gesundheitswesens sowie eine flexible und kooperative Vernetzung und Kommunikation der Versorgungsakteure.