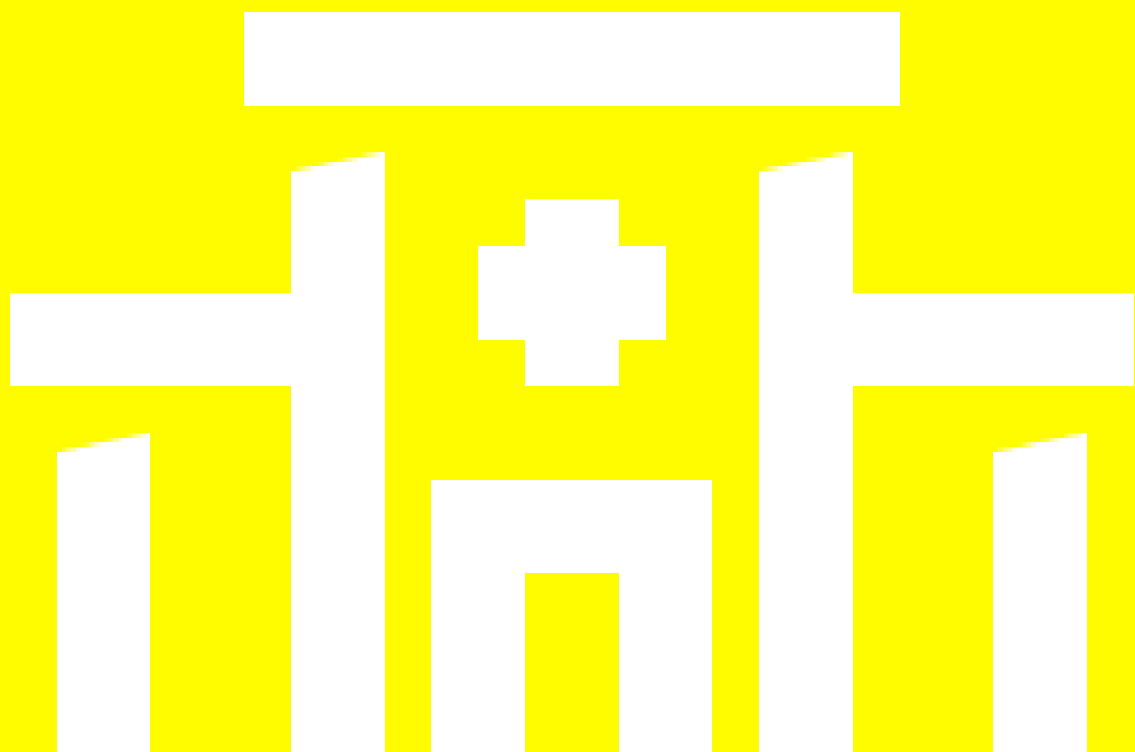




**Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration**



Krankenhausplan Baden-Württemberg 2026

Ein neuer Krankenhausplan für Baden-Württemberg



Liebe Bürgerinnen und Bürger,
liebe engagierte Akteurinnen und Akteure im baden-württembergischen Krankenhauswesen,

die vergangenen Jahre – geprägt durch die großen Herausforderungen der Corona-Pandemie – haben uns eindrücklich gezeigt, worauf es ankommt. Es braucht ein starkes, widerstandsfähiges und vorausschauend organisiertes Gesundheitssystem, um den Menschen in Baden-Württemberg eine bestmögliche und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Ein Gutachten der Beratungsgesellschaft Partnerschaft Deutschland aus dem Jahr 2025 zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg bestätigt eindrucksvoll, dass unser Land bereits heute über eine qualitativ hochwertige, stabile und leistungsfähige Krankenhausstruktur verfügt. Diese Anerkennung ist Ansporn und Auftrag zugleich: Sie zeigt einerseits, dass wir mit unserem bisherigen Kurs richtig liegen, und verdeutlicht andererseits, dass wir angesichts von Fachkräftemangel, finanziellen Herausforderungen, älter werdenden Patientinnen und Patienten sowie rasantem medizinisch-technischem Fortschritt mutige und vorausschauende Entscheidungen treffen müssen. Mit dem vorliegenden neuen Krankenhausplan richten wir unsere Krankenhausplanung konsequent auf diese Herausforderungen und auf die Bedarfe der Bevölkerung in Baden-Württemberg aus.

Die Umstellung auf eine Krankenhausplanung nach differenzierten Leistungsgruppen ermöglicht, dass Versorgungsangebote künftig präziser und zugleich bedarfsgerecht vorgehalten werden können. Unser Ziel ist klar: hohe Qualität und verlässliche Strukturen weiterhin sicherstellen sowie Ressourcen zielgerichtet dort einsetzen, wo sie gebraucht werden und den Menschen tatsächlich zugutekommen.

Wir stärken zudem die Entwicklung hin zu mehr Ambulantisierung, Digitalisierung und sektorenübergreifender Versorgung, wie sie bereits in § 4 des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) verankert ist. Noch zu häufig gelangen Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen, obwohl eine ambulante oder digitale Behandlung besser geeignet wäre. Eine kluge Patientensteuerung gemäß dem Credo „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ erhöht die

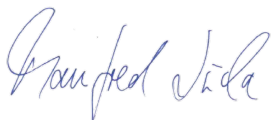
Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten und entlastet wertvolle personelle Ressourcen.

Baden-Württemberg hat sich deshalb bereits seit längerem für innovative Strukturen wie Primärversorgungszentren eingesetzt. Diese Modelle zeigen, wie moderne und bedarfsgerechte Versorgung in einem Flächenland aussehen kann: niederschwellig, interdisziplinär, digital unterstützt und nah an den Bedarfen der Menschen.

Wichtig ist zudem, dass wir uns auf Krisensituationen vorbereiten, insbesondere in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, in denen Menschen behandelt werden. Dazu gehört, dass in diesen Häusern regelmäßig Übungen durchgeführt werden, um im Krisenfall rasch und angemessen reagieren zu können.

Der vorliegende neue Krankenhausplan für Baden-Württemberg schafft die Grundlage, um Versorgungsbedarfe künftig noch präziser zu erkennen und Entscheidungen zu treffen, die sich klar am Wohl der Patientinnen und Patienten orientieren. Der Krankenhausplan dient dazu, unsere Krankenhausstruktur aktiv im Sinne einer modernen, solidarischen und zukunftsfesten Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg weiterzuentwickeln.

Ich danke allen Beteiligten, die an der Erarbeitung des vorliegenden Krankenhausplans mitgewirkt haben, und bin überzeugt: Baden-Württemberg wird auch in Zukunft ein Land sein, in dem Patientinnen und Patienten auf eine moderne, sichere und bedarfsgerechte Versorgung vertrauen können.



Ihr Manne Lucha MdL
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration

Inhalt

Ein neuer Krankenhausplan für Baden-Württemberg	3
I. Rechtsgrundlagen des Krankenhausplans	8
II. Grundsätze der Krankenhausplanung und Planungsziele.....	10
1. Bedarfsgerechtigkeit	11
2. Leistungsfähigkeit.....	12
3. Wirtschaftlichkeit	12
4. Trägervielfalt	13
5. Qualitativ hochwertige Versorgung	13
6. Ambulantisierung	13
7. Digitalisierung, telemedizinische und sektorenübergreifende Versorgung	14
8. Nachhaltigkeit.....	14
III. Somatik	15
1. Planungssystematik	15
1.1. Leistungsgruppen	15
1.2. Planungsebenen	16
1.2.1 Stadt-/Landkreis.....	17
1.2.2 Versorgungsregionen	18
1.2.3 Land Baden-Württemberg.....	21
2. Bedarfsanalyse	24
2.1. Definition „Bedarfsermittlung“ und „Bedarfsprognose“	24
2.2. Methodik der Bedarfsanalyse	25
2.2.1 Behandlungsdaten der Krankenhäuser.....	25
2.2.2 Demographische Entwicklung in Baden-Württemberg.....	25
2.2.3 Ambulantisierung	29
2.2.4 Weitergehende Systematik der Bedarfsanalyse.....	30
3. Planungsverfahren.....	31
4. Verbundbildung und Kooperation.....	33
5. Sektorenübergreifende Versorgung(splanung).....	36
6. Koordinierung, Vernetzung und Krisenvorsorge	39
7. Medizinische Fachplanungen (Versorgungskonzepte) und besondere Aufgaben.....	41
7.1. Bundeseinheitliche Zentren.....	42
7.2. Landes-Versorgungskonzepte	42
7.2.1 Landeseigene Zentren.....	42
7.2.2 Besondere Behandlungsaufgaben	45
IV. Psychiatrie und Psychosomatische Medizin.....	47

1.	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	48
2.	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	50
3.	Psychiatrie und Psychotherapie	52
V.	Grenzüberschreitende Abstimmung in der Krankenhausplanung	53
VI.	Ausbildungsstätten.....	56
VII.	Investitionskostenförderung.....	57

I. Rechtsgrundlagen des Krankenhausplans

Die Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg bilden das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) sowie das Sozialgesetzbuch V (SGB V).

KHG und LKHG

Der Krankenhausplan wird nach § 4 Abs. 1 S. 1 und 6 LKHG zur Verwirklichung des in § 1 LKHG genannten Ziels der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern aufgestellt, regelmäßig aktualisiert, durch Einzelfallentscheidungen nach § 7 Abs. 4 LKHG laufend angepasst sowie bei Bedarf insgesamt fortgeschrieben. Er stellt nach § 5 Abs. 1 LKHG die bedarfsgerechten und die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung erforderlichen Krankenhäuser in Baden-Württemberg dar.

Für die Aufstellung der Investitionsprogramme dient der Krankenhausplan als Grundlage (§ 11 LKHG). Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für Förderung und Aufnahme in das Investitionsprogramm (§ 8 Abs. 1 S. 1 KHG).

Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans kann auf Grundlage von Fachgebieten und Planbetten oder einer anderen Planungssystematik erfolgen, insbesondere auf Basis von Leistungsgruppen und Planfallzahlen sowie einer räumlichen Gliederung in Versorgungsregionen (§ 6 Abs. 1 und Abs. 1a LKHG). Den im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern können für einen Krankenhausstandort, bei Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien, Leistungsgruppen durch Bescheid zugewiesen und mit dieser Zuweisung auch Planfallzahlen für die Leistungsgruppen vorgegeben werden (§ 6a Abs. 1 S. 1, S. 2 und S. 6 KHG). Das Zuweisungsverfahren kann dabei mit dem Krankenhausplanungsverfahren verknüpft werden (Bundestag Drucksache 20/11854, 182).

Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen mit allen Mitgliedern des Landeskrankenhausausschuss anzustreben (§ 7 Abs. 1 S. 2 KHG, § 9 Abs. 2 S. 4 LKHG).

Inhalt des Krankenhausplans sind auch die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten entsprechend § 2 Nr. 1a KHG, § 5 Abs. 2 LKHG.

Der Inhalt des Krankenhausplans wird gegenüber dem einzelnen Krankenhaus durch den Bescheid des jeweils zuständigen Regierungspräsidiums wirksam, mit dem die Aufnahme in den Krankenhausplan und seine Einzelfestsetzungen festgestellt werden (7 Abs. 1 LKHG).

SGB V

Die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes gilt als Abschluss eines Versorgungsvertrages, der für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich ist und mit welchem das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen wird (§§ 108 Nr. 2, 109 Abs. 1 S. 2, S. 3 und Abs. 4 S. 1 SGB V). Dies verpflichtet das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten und die Krankenkassen zu Pflegesatzverhandlungen mit dem Krankenhausträger (§ 109 Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V).

II. Grundsätze der Krankenhausplanung und Planungsziele

Nach § 1 LKHG i.V.m § 1 KHG sind die Grundsätze der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie der Trägervielfalt im Rahmen der baden-württembergischen Krankenhausplanung stets zu beachten. Darüber hinaus können aus § 1 und § 4 LKHG i.V.m. § 1 KHG weitere allgemeine Ziele der Landeskrankenhausplanung abgeleitet werden. Neben dem Leitbild einer qualitativ hochwertigen Versorgung fallen hierunter die Förderung der Ambulantisierung, die Digitalisierung im Krankenhauswesen und seiner Administration sowie die telemedizinische und sektorenübergreifende Versorgung als auch die Nachhaltigkeit der Krankenhausplanung insgesamt. In diesem Kontext sind auch die Regelungen und Vorgaben des Klimaschutzes einzubeziehen und müssen bei allen Planungen und Entscheidungen bestmöglich berücksichtigt werden.

Für die Krankenhausplanung bilden die Grundsätze und Planungsziele den Entscheidungsrahmen, welche Krankenhausstandorte mit welchem Versorgungsauftrag in den Krankenhausplan aufgenommen werden können. Um bei regionalen Planungskonzepten die Krankenhausstrukturen zielgerichtet ausrichten zu können oder bedarfsnotwendige Standorte angemessen zu sichern, sind die verschiedenen Grundsätze und Planungsziele bei jeder Einzelfallentscheidung zu berücksichtigen.

Konkret wird zunächst eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Anschließend werden leistungsfähige Krankenhäuser identifiziert. Des Weiteren findet eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit statt. Daraufhin finden die weiteren Planungsziele Anwendung (Krankenhausanalyse). Abschließend werden die zur Bedarfsdeckung insofern geeigneten Krankenhäuser per Feststellungsbescheid festgelegt (Versorgungsentscheidung; Abb. 1).¹

¹ [BVerwG 3 C 11.16, Urteil vom 26. April 2018 | Bundesverwaltungsgericht](#); Grundsatzentscheidung vom 25.07.1985- 3 C 25.84

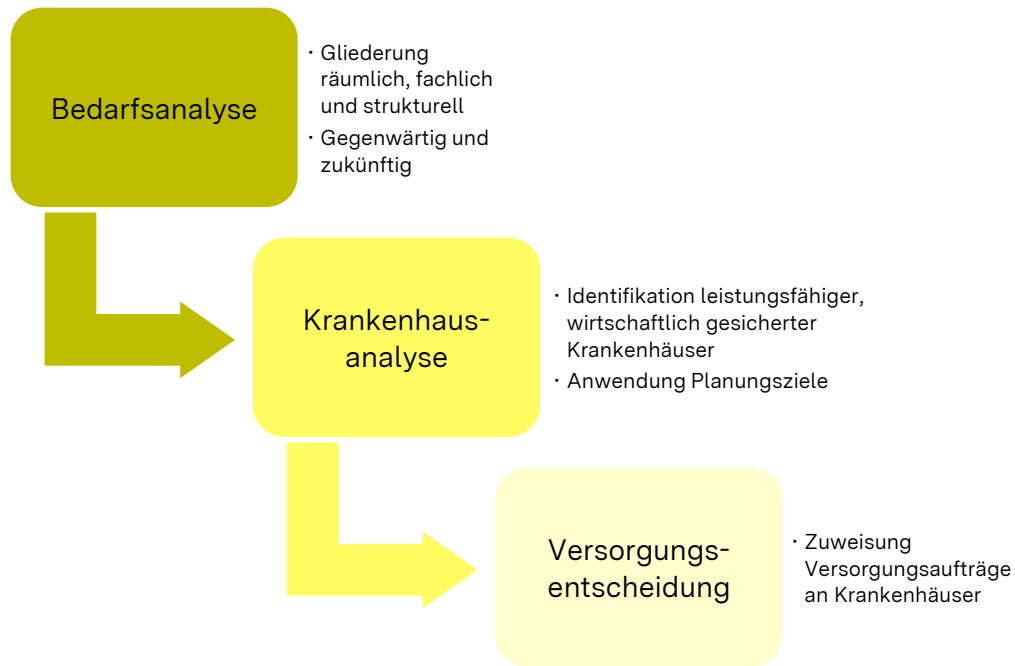


Abbildung 1: Verfahren für Versorgungsentscheidung

1. Bedarfsgerechtigkeit

Ein Krankenhaus ist nach der geltenden Rechtsprechung bedarfsgerecht, wenn es in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf an Krankenhausleistungen gerecht zu werden. Zur Ermittlung des bestehenden Bedarfes ist jedoch zunächst eine Bedarfsanalyse erforderlich, die von der Krankenhausplanungsbehörde durchzuführen ist. Diese Bedarfsanalyse verwendet eine wissenschaftlich anerkannte Berechnungsmethode auf Basis zutreffender Werte, Zahlen und Daten und gliedert den landesweiten Versorgungsbedarf räumlich, fachlich und strukturell. Zudem umfasst die Bedarfsanalyse die Beschreibung des gegenwärtig zu versorgenden Bedarfs sowie eine vorausschauende Beurteilung (Prognose) des zu erwartenden künftigen Versorgungsbedarfs.²

Eine zusätzliche Neuaufnahme eines Krankenhaus-Standortes in den Krankenhausplan oder eine Erweiterung des Versorgungsauftrages eines bereits im Plan befindlichen Krankenhaus-Standortes um eine neue Leistungsgruppe oder eine besondere Aufgabe setzt grundsätzlich zunächst einen gestiegenen Bedarf voraus. Dieser ist gegeben, wenn es die Leistungsentwicklung (Fallzahlen) auf der entsprechenden Planungsebene (vgl. Kapitel III. 1. Planungssystematik) rechtfertigen würde, neue Kapazitäten auszuweisen. Im umgekehrten Fall gilt,

² BVerwG, Beschlüsse vom 31. Mai 2000 - 3 B 53.99 - Buchholz 451.74 § 6 KHG Nr. 5 S. 1 f. = juris Rn. 4 und vom 25. Oktober 2011 - 3 B 17.11 - Buchholz 451.74 § 6 KHG Nr. 7 Rn. 4, jeweils m.w.N.

dass sich die Krankenhausplanungsbehörde bei einer sinkenden Inanspruchnahme und einer damit verbundenen geringeren Fallzahl – die Möglichkeit vorbehält, Versorgungsaufträge ganz oder teilweise wieder zu entziehen.

Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern ist durch die Krankenhausplanungsbehörde eine Auswahlentscheidung unter Berücksichtigung der Ziele und Grundsätze der Krankenhausplanung zu treffen (§ 5 Abs. 3 S. 2 LKHG).

2. Leistungsfähigkeit

Nach ständiger Rechtsprechung ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn es dauerhaft über die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft für ein Krankenhaus der betreffenden Art erforderliche personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung verfügt.³ Das Maß der notwendigen personellen, räumlichen und medizinisch-technischen Ausstattung bestimmt sich dabei nach dem erteilten Versorgungsauftrag. Denn das Recht und die Pflicht des Krankenhauses, Versicherte zu behandeln, besteht – abgesehen von Notfällen – nur innerhalb des Versorgungsauftrages.⁴ Der Versorgungsauftrag ergibt sich bei Plankrankenhäusern insbesondere aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung.⁵ Er legt Art, Inhalt und Umfang der Leistungen fest.

3. Wirtschaftlichkeit

Eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung, die auch zu sozial vertretbaren Pflegesätzen beiträgt, sowie eine wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sind landes- und bundesgesetzlich normiert (§ 1 Abs. 1 LKHG sowie § 1 Abs. 1 KHG). Bei der Zuweisung von Versorgungsaufträgen durch die Krankenhausplanungsbehörde ist insofern der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Mehrfachvorhaltungen von Krankenhausstrukturen können für eine wirtschaftliche Leistungserbringung, insbesondere für einen effizienten Personaleinsatz, nachteilig sein. Krankenhausträger können durch Kooperationen, strategische Fusionen und/oder Investitionen in die digitale Infrastruktur einen wesentlichen Teil zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beitragen.

³ Vgl. BVerfG vom 12.6.1990 – 1 BvR 355/86 – BVerfGE 82, 209, 226 = juris RdNr 72; BSG vom 16.5.2012 – B 3 KR 9/11 R – SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 36; BVerwG vom 16.1.1986 – 3 C 37.83 – Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 9 = juris RdNr 66 f; BVerwG vom 25.3.1993 – 3 C 69.90 – Buchholz 451.74 § 1 KHG Nr 8 = juris RdNr 34; BVerwG vom 11.11.2021 – 3 C 6.20 – GesR 2022, 152 = juris RdNr 19.

⁴ Vgl. BSG vom 23.6.2015 – B 1 KR 20/14 R – BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 13; BSG vom 19.4.2016 – B 1 KR 34/15 R – SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 14.

⁵ § 8 Abs 1 S. 4 Nr 1 KHEntgG iVm § 6 Abs 1, § 8 Abs 1 S. 3 KHG.

4. Trägervielfalt

Nach § 1 Abs. 2 KHG ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dementsprechend hat nach § 1 LKHG der Krankenhausplan auch die Aufgabe, auf Landesebene die Chancengleichheit für alle Arten von Krankenhausträgern (öffentlich, privat und freigemeinnützig) sicher zu stellen. Dies bedeutet gleiche Möglichkeiten des Marktzutritts und der eigenverantwortlichen Betriebsführung. Der Krankenhausplan hat nicht die Aufgabe, in jeder Raumschaft sicher zu stellen, dass alle Trägergruppen gleichermaßen vertreten sind.

5. Qualitativ hochwertige Versorgung

Bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen sind – in Verbindung mit den dazugehörigen Qualitätsanforderungen – die Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Auch können Überversorgung wie auch Unterversorgung die Qualität negativ beeinflussen. Aus diesen Gründen benennt § 1 Abs. 1 LKHG nicht nur Bedarfsgerechtigkeit als Grundsatz, sondern auch das Ziel einer medizinisch zweckmäßigen Versorgung. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaussektor zu gewährleisten, ist die Vergabe von Versorgungsaufträgen an Krankenhäuser mit daran gekoppelten Qualitätsanforderungen ein wichtiger Baustein. Die im Rahmen der Krankenhausvergütungsreform des Bundes vorgesehenen Qualitätskriterien beschreiben die strukturellen Voraussetzungen pro Leistungsgruppe, die bei den Krankenhausstandorten vorliegen müssen, sowie ggf. Auswahlkriterien.

6. Ambulantisierung

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt kann heute eine Vielzahl an Eingriffen, die bisher stationär durchgeführt wurden, oftmals in gleicher Qualität ambulant erbracht werden. Dies kann zum einen zu Kosten-Einsparungen führen und zum anderen zu einer grundsätzlich geringeren Belastung für die Patientinnen bzw. Patienten, da diese – bedingt durch einen kürzeren Behandlungsaufenthalt – einem geringeren Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Zudem wirken ambulante Eingriffe dem demographisch bedingten Anstieg von stationären Krankenhausleistungen entgegen und schonen somit die pflegerischen Ressourcen im Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund ist eine stärkere Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials ein wichtiges krankenhauplanerisches Ziel.

7. Digitalisierung, telemedizinische und sektorenübergreifende Versorgung

Digitalisierung, insbesondere der Ausbau bestehender digitaler Infrastruktur und interoperabler, niederschwelliger Zugangspunkte, wie beispielsweise plattformbasierte Angebote wie MEDI:CUS, zur Stärkung von Netzwerkstrukturen, moderne Technologien und Innovationen haben einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Ihre Integration, wie z. B. die elektronische Patientenakte, Telemedizin und moderne medizinische Geräte, wird in der Krankenhausplanung berücksichtigt. Dies dient auch dazu, die Sektorengrenzen zu überwinden. Die sektorenübergreifende Versorgung zielt auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten ab, die zugleich wirtschaftlich effizient ist. Es bedarf daher einer stärkeren Vernetzung der Versorgungssysteme und einer Überwindung starrer Sektorengrenzen. Die Klinikträger sind angehalten, bestehende Versorgungsangebote und zukünftige medizinische Konzepte sektorenübergreifend in die regionalen Versorgungsstrukturen einzubinden, insbesondere auch unter Nutzung von digitalen Angeboten wie MEDI:CUS.

8. Nachhaltigkeit

Das Gesundheitswesen trägt eine große Verantwortung für Nachhaltigkeit – im ökologischen, sozialen und ökonomischen Sinne. Hierzu gehört in erster Linie die Investitionskostenförderung, welche durch ihre Förderprogramme Krankenhausstrukturen in ihrer baulichen Ausgestaltung in Richtung Nachhaltigkeit einschließlich der Klimaziele des Landes beeinflussen kann. Jedoch hat auch die Vergabe von Versorgungsaufträgen einen Einfluss. Doppelvorhaltungen von Krankenhausstrukturen – insbesondere mit geringer Auslastung – können durch die gezielte Vergabe von Versorgungsaufträgen vermieden oder reduziert und u. a. der sogenannte ökologische Fußabdruck minimiert werden.

Für die weitere Verankerung der Nachhaltigkeit in der Krankenhausplanung wird an die Nachhaltigkeitsstrategie des Landes Baden-Württembergs angeknüpft. Die Krankenhausplanungsbehörde bezieht den Landeskrankenhausausschuss hierbei eng ein.

III. Somatik

Nachfolgend wird die Krankenhausplanung für die Somatik beschrieben.

1. Planungssystematik

Gemäß § 6 Abs. 1a LKHG kann der Krankenhausplan auf Basis von Leistungsgruppen und einer räumlichen Gliederung in Versorgungsregionen aufgestellt werden. Um den vielfältigen Herausforderungen und Chancen zu begegnen, erfolgt die Krankenhausplanung in der somatischen stationären Versorgung zukünftig nach Leistungsgruppen in drei Planungsebenen (Stadt-/Landkreis, Versorgungsregion, Land Baden-Württemberg). Die Leistungsgruppen und die ihnen zugeordneten Planungsebenen werden nachfolgend beschrieben.

1.1. Leistungsgruppen

Die zukünftige Krankenhausplanung Baden-Württembergs wird durch die Planung nach Leistungsgruppen nach Anlage 1 zu § 135e SGB V differenziert, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Durch die Leistungsgruppen wird eine präzisere Bedarfsanalyse ermöglicht. Ziel ist ein wirtschaftlich effizientes und qualitativ hochwertiges sowie bedarfsgerechtes Versorgungssystem.

Die Leistungsgruppen sind an bundesgesetzlich definierte Qualitätskriterien geknüpft, die für die Leistungserbringung vorausgesetzt werden. Hierdurch wird zukünftig auch eine Abstimmung der Krankenhausplanung zwischen den Bundesländern mit gleicher Systematik erleichtert.

Eine Leistungsgruppe ist jeweils einer Planungsebene zugeordnet. Eine Ausnahme gilt bei der Leistungsgruppe Intensivmedizin, die sowohl der Ebene Stadt-/Landkreis als auch der Versorgungsregion-Ebene zugeordnet ist. Der Stadt-/Landkreis-Ebene ist sie in der Ausprägung „Mindestvoraussetzung“ und der Versorgungsregion-Ebene in der Ausprägung sowohl „Komplex“ als auch „Hochkomplex“ zugeordnet. Die Zuordnung einer Leistungsgruppe zu einer Planungsebene erfolgt in Abwägung von Erreichbarkeit und Komplexität der Leistung.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen an den jeweiligen Krankenhausstandort erfolgt durch Verbescheidung durch das jeweils zuständige Regierungspräsidium nach Vorgabe durch die Krankenhausplanungsbehörde. Die Bescheide bestimmen den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen bleibt hiervon unberührt.

1.2. Planungsebenen

Die Planungsebenen dienen der Strukturierung der Versorgung und Zuordnung von Leistungsgruppen zu geografisch definierten Gebieten und bilden eine maßgebliche Grundlage für krankenhauplanerische Entscheidungen. Sie unterstützen die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg im Kontext von knappen finanziellen wie auch personellen Ressourcen, medizinisch-technischem Fortschritt, fortschreitender Digitalisierung und dem Bestreben nach bestmöglicher Qualität der Versorgung: Dies erfolgt durch eine detailliertere Planung mit Leistungsgruppen, deren Bedarfe auf einer konkreten Planungsebene ermittelt werden.

Die Planungsebenen gliedern sich in die Ebene 1 der Stadt- und Landkreise, die Ebene 2 der Versorgungsregionen und die Ebene 3 des Bundeslandes Baden-Württemberg. Dabei werden auf der kleinsten Ebene der Stadt- und Landkreise vor allem Leistungsgruppen der Grund- und Regelversorgung abgebildet. Der Ebene der Versorgungsregionen sind spezialisierte Leistungsgruppen zugeordnet. Die Ebene des Landes Baden-Württemberg enthält besonders hochspezialisierte Leistungsgruppen, wie beispielsweise Organtransplantationen oder Herzchirurgie. Bei diesen Leistungsgruppen liegt aufgrund von Art und Komplexität bereits ein zentralisiertes Angebot vor. Speziell bei diesen Leistungen nimmt aufgrund ihrer hohen Komplexität die Erreichbarkeit eine untergeordnete Rolle ein.

Grundsätzlich gilt: Je spezieller eine Leistungsgruppe ist, desto mehr sollte sie auf wenige, spezialisierte Krankenhäuser konzentriert sein, um eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen.

Die Zuordnung einer Leistungsgruppe zu einer Planungsebene bedeutet, dass sie auf der entsprechenden Planungsebene mindestens einmal vorgehalten werden soll. Wie oft eine Leistungsgruppe innerhalb einer Planungsebene schließlich vergeben wird, bestimmt sich grundsätzlich nach den beschriebenen Grundsätzen und Planungszielen der Krankenhausplanung (vgl. Kapitel II. Grundsätze der Krankenhausplanung und Planungsziele) und insbesondere nach dem ermittelten Bedarf, der Erfüllung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppe nach § 135e SGB V und der Auswahlkriterien nach § 6a Abs. 1 S. 5 KHG sowie etwaigen weiteren landeseigenen Auswahlkriterien.

1.2.1 Stadt-/Landkreis

Der Ebene 1 Stadt-/Landkreis sind die folgenden grund- und regelversorgenden Leistungsgruppen zugeordnet: Allgemeine Innere Medizin (LG 1), Allgemeine Chirurgie (LG 14), Geburten (LG 42), Geriatrie (LG 56) sowie Intensivmedizin (LG 64 – Ausprägung: Mindestvoraussetzung).⁶

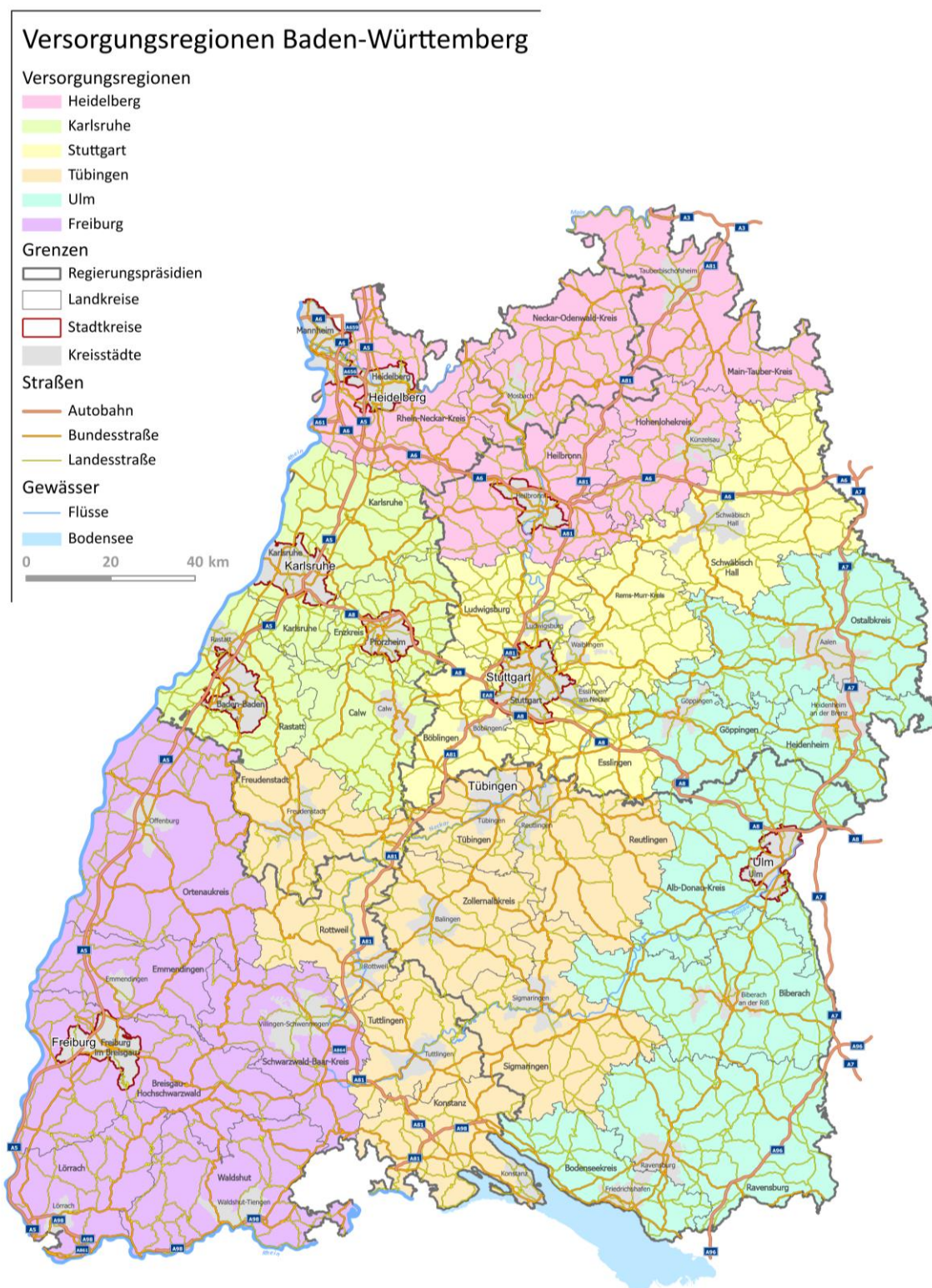
Diese Leistungsgruppen sind jeweils mindestens einmal in jedem Stadt- bzw. Landkreis vorzuhalten. Dabei ist die Vorhaltung i. S. v. mindestens einmal pro Planungsebene auch dann gegeben, wenn ein Landkreis eine bestimmte Leistungsgruppe nicht vorhält, der Stadtkreis, der vom betreffenden Landkreis umschlossen wird, jedoch schon (dies gilt auch für den umgekehrten Fall). Hierzu zählen insbesondere der Landkreis Rastatt mit dem Stadtkreis Baden-Baden, der Enzkreis mit dem Stadtkreis Pforzheim sowie der Landkreis Heilbronn mit dem Stadtkreis Heilbronn.

Ergänzend zu den oben genannten Leistungsgruppen soll zudem von mindestens einem Standort je Stadt-/Landkreis eine Basisnotfallversorgung gewährleistet werden.

⁶ Nach Anlage 1 zu § 135e SGB V ist nach derzeitiger Rechtslage (Stand: 05.02.2026) auch eine LG 65 Notfallmedizin vorgesehen. Wenn diese Leistungsgruppe bestehen bleibt, ist diese auch der Planungsebene Stadt-/Landkreis zugeordnet.

1.2.2 Versorgungsregionen

Ebene 2 bilden die sechs Versorgungsregionen (Abb. 2), die mit diesem Krankenhausplan festgelegt werden.



© 2025 LGL-BW, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Abbildung 2: Versorgungsregionen Baden-Württemberg

Die Versorgungsregionen tragen zur Gliederung eines bedarfsgerechten und leistungsfähigen stationären Versorgungsangebots sowie zur Vorhaltung möglichst gleichwertiger Versorgungsstrukturen und Lebensverhältnisse in Baden-Württemberg bei (z. B. vorhandene Bettenkapazitäten im Verhältnis zur Anzahl der Bevölkerung sowie Krankenhaus-Standorte pro Versorgungsregion, vgl. Tabelle 1).

Der Zuschnitt der Versorgungsregionen orientiert sich am tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung, also den jeweiligen Behandlungsorten. Patientenbewegungen zwischen den Regionen werden somit bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt. Die Versorgungsregionen bestehen aus den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. Sie sind nicht starr abgegrenzt, sondern nehmen auch die Versorgungssituation in den angrenzenden Versorgungsregionen in Betracht. Die Versorgung ist in den jeweiligen Grenzregionen einer Versorgungsregion ganzheitlich zu betrachten, z. B. im Fall von kreisübergreifenden Strukturvorhaben oder bei versorgungsregionsüberschreitender Versorgung. Insbesondere in den Grenzregionen der Versorgungsregionen sind Patientenwanderungen in andere oder von anderen Versorgungsregionen oder Bundesländern Realität. Das Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl für die Patientinnen und Patienten wird auch durch die Versorgungsregionen nicht eingeschränkt. Die Versorgungsregionen können anhand strukturräumlicher Kennziffern (Tab. 1) charakterisiert werden.

Versorgungsregion	Gesamtfallzahl (DRG und PEPP)	Krankenhaus-Standorte	Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner pro Krankenhaus-Bett Somatik*	Bewohnerinnen und Bewohner in Mio.
VR Freiburg	315.596	47	243,9	1,75
VR Heidelberg	378.384	44	213,2	1,92
VR Karlsruhe	255.360	29	248,3	1,56
VR Stuttgart	459.091	42	266,5	2,77
VR Tübingen	248.188	31	270,5	1,56
VR Ulm	289.793	39	264,3	1,78

Tabelle 1: Strukturräumliche Kennziffern der Versorgungsregionen

Quelle: § 21-KHEntgG-Datensätze des Datenjahres 2023 sowie Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2023. *Stand vom 27.11.2024, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Referat 52

Den Versorgungsregionen sind jeweils die folgenden Leistungsgruppen zugeordnet:

Komplexe Gastroenterologie (LG 4), Komplexe Nephrologie (LG 5), Komplexe Pneumologie (LG 6), Stammzelltransplantation (LG 8), Leukämie und Lymphome (LG 9), EPU/Ablation (LG 10), Interventionelle Kardiologie (LG 11), Kardiale Devices (LG 12), Minimalinvasive Herzklappenintervention (LG 13), Kinder- und Jugendchirurgie (LG 15), Bauchaortenaneurysma (LG 18), Carotis operativ/ interventionell (LG 19), Komplexe periphere arterielle Gefäße (LG 20), Endoprothetik Hüfte (LG 23), Endoprothetik Knie (LG 24), Revision Hüftendoprothese (LG 25), Revision Knieendoprothese (LG 26), Spezielle Traumatologie (LG 27), Wirbelsäuleneingriffe (LG 28), Thoraxchirurgie (LG 29), Bariatrische Chirurgie (LG 30), Lebereingriffe (LG 31), Ösophaguseingriffe (LG 32), Pankreaseingriffe (LG 33), Tiefe Rektumeingriffe (LG 34), Augenheilkunde (LG 35), Haut- und Geschlechtskrankheiten (LG 36), MKG (LG 37), Urologie (LG 38), Allgemeine Frauenheilkunde (LG 39), Ovarial-CA (LG 40), Senologie (LG 41), Perinataler Schwerpunkt (LG 43), Perinatalzentrum Level 1 (LG 44), Perinatalzentrum Level 2 (LG 45), Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (LG 46), HNO (LG 50), Neurochirurgie (LG 52), Allgemeine Neurologie (LG 53), Stroke Unit (LG 54), Neuro-Frühreha (NNF, Phase B, LG 55), Palliativmedizin (LG 57) sowie Intensivmedizin (LG 64 – Ausprägung: sowohl Komplex als auch Hochkomplex).⁷ Damit umfasst diese Ebene den Großteil der Leistungsgruppen.

⁷ Nach Anlage 1 zu § 135e SGB V sind nach derzeitiger Rechtslage (Stand: 05.02.2026) auch die LG 3 Infektiologie, LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie sowie die LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen. Wenn diese Leistungsgruppen bestehen bleiben, sind diese auch der Planungsebene Versorgungsregion zugeordnet.

1.2.3 Land Baden-Württemberg

Der Ebene 3 Land Baden-Württemberg sind die folgenden hochspezialisierten Leistungsgruppen zugeordnet: Komplexe Endokrinologie und Diabetologie (LG 2), Komplexe Rheumatologie (LG 7), Plastische und Rekonstruktive Chirurgie (LG 17), Herzchirurgie (LG 21), Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche (LG 22), Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation (LG 48), Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome (LG 49), Cochleaimplantate (LG 51), Darmtransplantation (LG 58), Herztransplantation (LG 59), Lebertransplantation (LG 60), Lungentransplantation (LG 61), Nierentransplantation (LG 62) sowie Pankreastransplantation (LG 63).

Tabelle 2 zeigt zusammengefasst die Zuordnung der Leistungsgruppen zu den drei Planungsebenen.

Planungsebene	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)
Stadt-/Landkreis	1	Allgemeine Innere Medizin
Stadt-/Landkreis	14	Allgemeine Chirurgie
Stadt-/Landkreis	42	Geburten
Stadt-/Landkreis	56	Geriatrie
Stadt-/Landkreis	64	Intensivmedizin (<u>Ausprägung</u> : Mindestvoraussetzung)
Stadt-/Landkreis	65	Notfallmedizin ⁸
Versorgungsregion	3	Infektiologie ⁹
Versorgungsregion	4	Komplexe Gastroenterologie
Versorgungsregion	5	Komplexe Nephrologie
Versorgungsregion	6	Komplexe Pneumologie
Versorgungsregion	8	Stammzelltransplantation
Versorgungsregion	9	Leukämie und Lymphome
Versorgungsregion	10	EPU/Ablation
Versorgungsregion	11	Interventionelle Kardiologie
Versorgungsregion	12	Kardiale Devices
Versorgungsregion	13	Minimalinvasive Herzklappenintervention
Versorgungsregion	15	Kinder- und Jugendchirurgie
Versorgungsregion	16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie ¹⁰
Versorgungsregion	18	Bauchaortenaneurysma

⁸⁻¹¹ Nach Anlage 1 zu § 135e SGB V sind nach derzeitiger Rechtslage (Stand: 05.02.2026) auch die LG 65 Notfallmedizin, LG 3 Infektiologie, LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie sowie LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen.

Versorgungsregion	19	Carotis operativ/ interventionell
Versorgungsregion	20	Komplexe periphere arterielle Gefäße
Versorgungsregion	23	Endoprothetik Hüfte
Versorgungsregion	24	Endoprothetik Knie
Versorgungsregion	25	Revision Hüftendoprothese
Versorgungsregion	26	Revision Knieendoprothese
Versorgungsregion	27	Spezielle Traumatologie
Versorgungsregion	28	Wirbelsäuleneingriffe
Versorgungsregion	29	Thoraxchirurgie
Versorgungsregion	30	Bariatrische Chirurgie
Versorgungsregion	31	Lebereingriffe
Versorgungsregion	32	Ösophaguseingriffe
Versorgungsregion	33	Pankreaseingriffe
Versorgungsregion	34	Tiefe Rektumeingriffe
Versorgungsregion	35	Augenheilkunde
Versorgungsregion	36	Haut- und Geschlechtskrankheiten
Versorgungsregion	37	MKG
Versorgungsregion	38	Urologie
Versorgungsregion	39	Allgemeine Frauenheilkunde
Versorgungsregion	40	Ovarial-CA
Versorgungsregion	41	Senologie
Versorgungsregion	43	Perinataler Schwerpunkt
Versorgungsregion	44	Perinatalzentrum Level 1
Versorgungsregion	45	Perinatalzentrum Level 2
Versorgungsregion	46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
Versorgungsregion	47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin ¹¹
Versorgungsregion	50	HNO
Versorgungsregion	52	Neurochirurgie
Versorgungsregion	53	Allgemeine Neurologie
Versorgungsregion	54	Stroke Unit
Versorgungsregion	55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
Versorgungsregion	57	Palliativmedizin
Versorgungsregion	64	Intensivmedizin (<u>Ausprägung</u> : sowohl Komplex als auch Hochkomplex)
Land	2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
Land	7	Komplexe Rheumatologie

Land	17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
Land	21	Herzchirurgie
Land	22	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
Land	48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation
Land	49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome
Land	51	Cochleaimplantate
Land	58	Darmtransplantation
Land	59	Herztransplantation
Land	60	Lebertransplantation
Land	61	Lungentransplantation
Land	62	Nierentransplantation
Land	63	Pankreastransplantation

Tabelle 2: Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Planungsebenen

2. Bedarfsanalyse

Im Folgenden werden verschiedene Begrifflichkeiten erläutert. Anschließend erfolgt die Darstellung der Bedarfsanalyse. Das Vorgehen für die erstmalige Leistungsgruppenuzuweisung an die Krankenhaustandorte wird im Kapitel III. Somatik, 3. Planungsverfahren beschrieben.

2.1. Definition „Bedarfsermittlung“ und „Bedarfsprognose“

Im Rahmen der Bedarfsanalyse erfolgt eine Bedarfsermittlung des gegenwärtigen und eine Prognose hinsichtlich des zukünftig zu erwartenden stationären Versorgungsbedarfs (vgl. BVerwG, Beschluss vom 25. 10. 2011, Az. 3 B 17.11 m.w.N.).

Grundsätzlich und der bisherigen Rechtsprechung folgend wird der stationäre Versorgungsbedarf aus der aktuellen bzw. zuletzt beobachtbaren Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen abgeleitet (vgl. VGH Mannheim, Urteil vom 16.04.2015, Az. 10 S 96/13 m.w.N.). Die Bedarfe nach stationärer Krankenhausversorgung der Bevölkerung werden in der neuen Krankenhausplanung jeweils für eine Leistungsgruppe auf einer Planungsebene beschrieben, d.h. entweder auf Ebene des Stadt- oder Landkreises, der Versorgungsregion oder des Landes. Die Bedarfsbeschreibung ist damit räumlich nach Stadt-/Landkreis, Versorgungsregion und Land strukturiert. Diesen Planungsebenen werden zur Planung und damit fachlich Leistungsgruppen zugeordnet. Hierzu wurde im Rahmen der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg vom 25. Juli 2024 geregelt, dass bei der Krankenhausplanung insbesondere eine räumliche Gliederung in Versorgungsregionen erfolgen kann (§ 6 Abs. 1a LKHG).

Im Rahmen der Neukonzeptionierung der Krankenhausplanung Baden-Württembergs kommt der Bedarfsanalyse eine besondere Bedeutung zu, denn der zukünftige Bedarf, i.S.v. erwartbaren Krankenhausfällen, soll stärker als bisher berücksichtigt werden. Dies ist geboten, da sich die zukünftigen Bedarfe nach stationären Krankenauskapazitäten – im Vergleich zum Status Quo – verändern. Haupttreiber dieser Veränderungen sind insbesondere der demographische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt sowie damit einhergehende fortschreitende Bestrebungen, bisher stationäre Eingriffe ambulant zu erbringen. Es werden daher insbesondere die demographische Entwicklung sowie die Ambulantisierung bei der Prognose des zukünftig zu erwartenden stationären Versorgungsbedarfs als maßgebliche Faktoren einbezogen. Dieses Vorgehen entspricht auch der ständigen Rechtsprechung, wonach in die Bedarfsanalyse stets alle wesentlichen Gesichtspunkte tatsächlicher oder rechtlicher Art, die den Bedarf beeinflussen, einzubeziehen sind (vgl. BVerwG, Beschluss vom 25. 10. 2011, Az. 3 B 17.11 m.w.N.).

2.2. Methodik der Bedarfsanalyse

Nachfolgend wird die Methodik der Bedarfsanalyse erläutert.

2.2.1 Behandlungsdaten der Krankenhäuser

Datengrundlage für die Bedarfsanalyse, zur Ermittlung des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs an Krankenhausleistungen, sind Daten nach § 21 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG). Die Basis bildet somit das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten von Krankenhausleistungen in baden-württembergischen Krankenhäusern. Die Bedarfsanalyse hat auf einer aktuellen Datengrundlage zu erfolgen.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifiziert – entsprechend der Vorgaben des InEK – Grouper-Software (nachfolgend „Grouper“), die i.V.m. § 21 Abs. 3c KHEntgG dazu dient, die von den Krankenhäusern erbrachten Behandlungsfälle zu den nach in Anlage 1 zu 135e SGB V definierten Leistungsgruppen zuzuordnen. Sofern es ausreichend konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass der verwendete Grouper in bestimmten Fällen nicht sachgerechte Fallzuordnungen vornimmt, kann dies in der Krankenhausplanung ergänzend berücksichtigt werden. Davon umfasst sind u.a. auch technische Änderungen in der Grouper-Spezifikation.

2.2.2 Demographische Entwicklung in Baden-Württemberg

Die demographische Entwicklung wird im Wesentlichen durch die Geburtenrate, das Sterbengeschehen und die Wanderungsbewegungen charakterisiert. In Baden-Württemberg lebten zu Beginn des Jahres 2024 ca. 11,2 Mio. Menschen.¹² Die Bevölkerungsprognose des Landes Baden-Württemberg (Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020; obere Variante) zeigt einen Anstieg der Bevölkerung auf 11,3 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner bis zum Jahr 2035 (Abb. 3).¹³ Die Bevölkerungsdaten des aktuellen Zensus 2022 liegen über der Ausgangsbasis der Bevölkerungsprognose, was das dynamische Geschehen verdeutlicht und auch einen Anstieg der Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2035 wahrscheinlicher macht.

¹² [Bevölkerung nach Nationalität – vierteljährlich \(Basis Zensus 2022\) - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg](#) (abgerufen am 01.04.2025).

¹³ [Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppen - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg](#) (abgerufen am 01.04.2025).

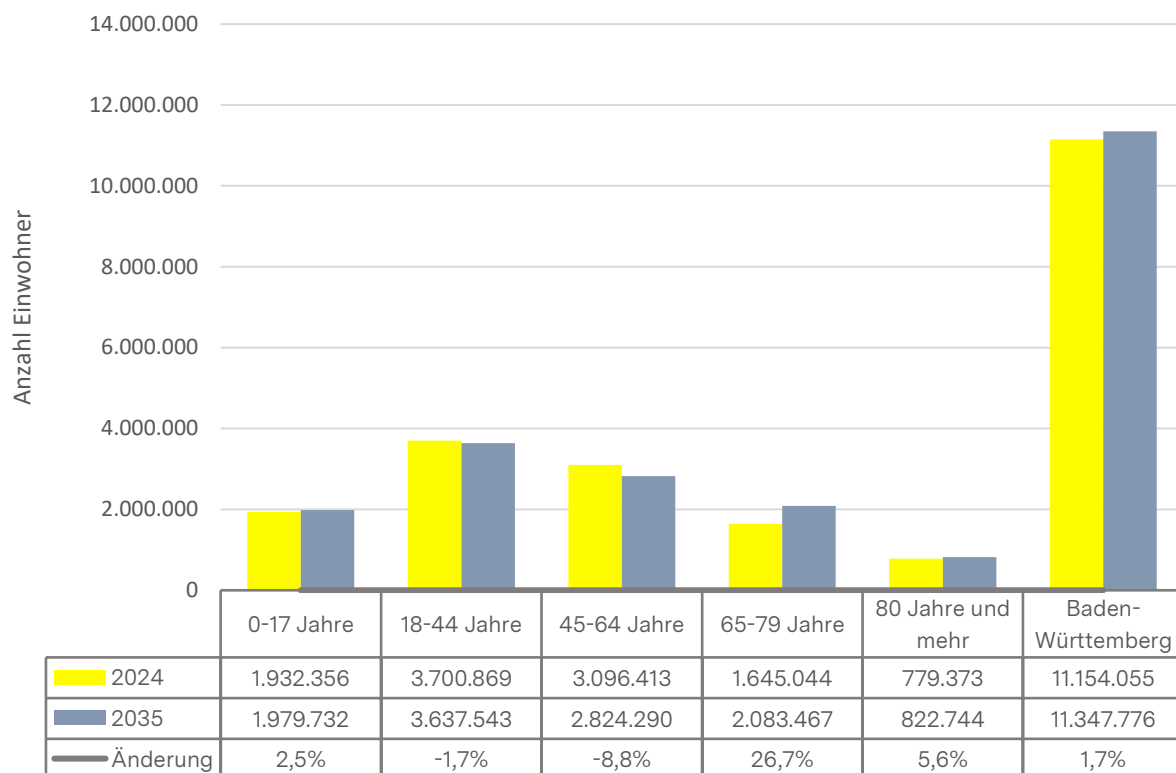


Abbildung 3: Bevölkerungsprognose des Landes Baden-Württemberg (Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020; obere Variante)

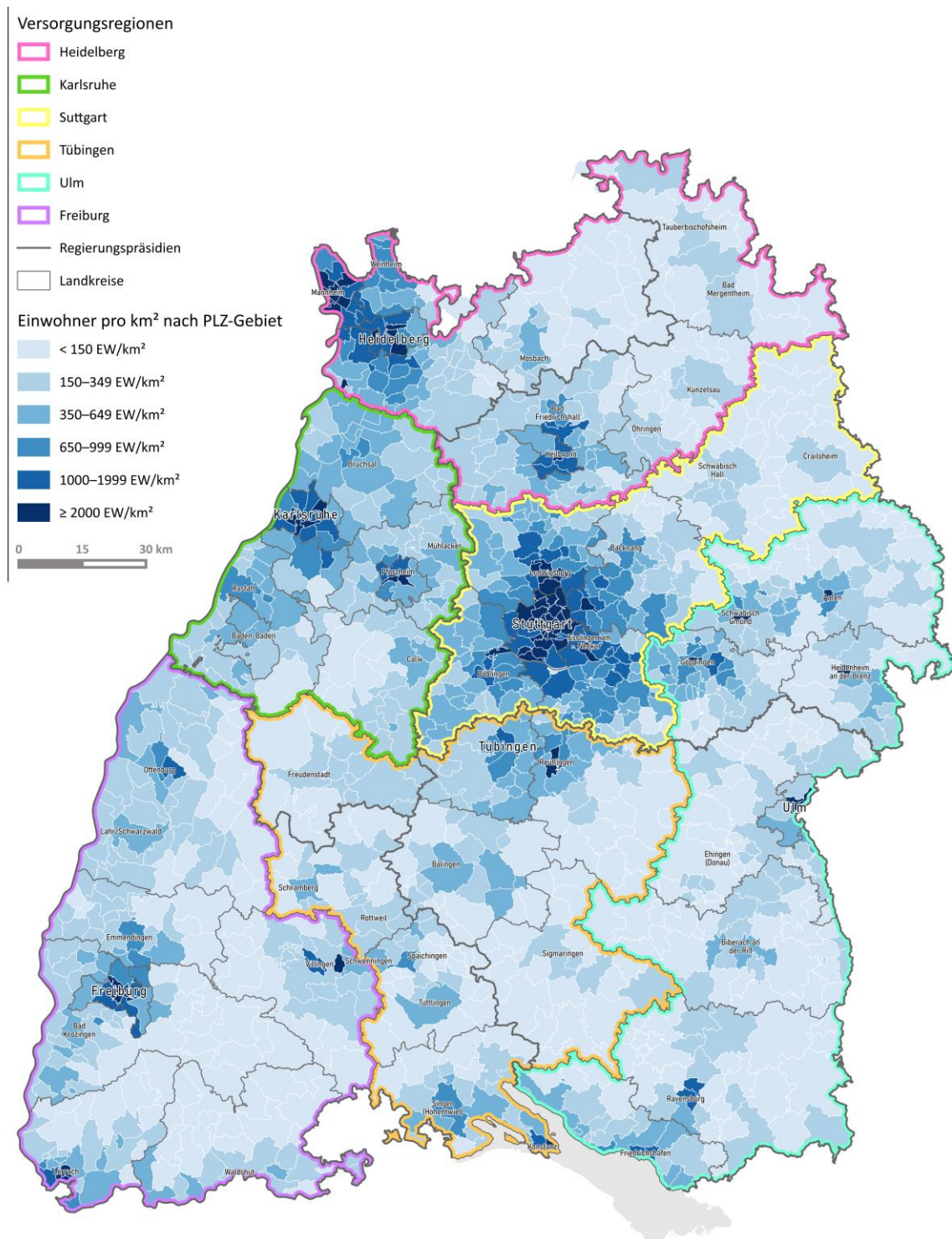
Der demographische Wandel führt zu einer Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Der Altersquotient gibt das Verhältnis der Bevölkerung ab 65 Jahren und älter bezogen auf 100 Personen von 20 bis unter 65 Jahre an. Dieser Anteil steigt von 35,4 % in 2023 auf 46,7 % im Jahr 2035¹⁴, was eine deutliche Veränderung im Altersaufbau zeigt.

Die veränderte Altersstruktur im Prognosezeitraum bis 2035 hat einen großen Einfluss auf die zu erwartende Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, da höhere Altersgruppen i. d. R. auch höhere Behandlungshäufigkeiten aufweisen. Bei einer isolierten Betrachtung der prognostizierten demographischen Entwicklung – ohne Einbezug von Ambulantisierung – wäre grundsätzlich mit einer steigenden Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen im Jahr 2035 zu rechnen.

Als Grundlage für die Bestimmung von möglichen Veränderungen der Krankenhaushäufigkeiten aufgrund demographischer Entwicklungen werden die Daten der Bevölkerungsvorausberechnung bis 2035 des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg (Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020; obere Variante) herangezogen. Die Berechnung

¹⁴ [Bevölkerungsvorausberechnung mit Jugend-, Alten- und Gesamtquotient - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg](#)

des Bedarfs erfolgt grundsätzlich mit der durchschnittlichen Bevölkerungsvorausberechnung Baden-Württembergs. Der Grund hierfür liegt darin, dass das Einzugsgebiet eines behandelnden Standorts in der Regel nicht nur aus einem, sondern aus mehreren Landkreisen mit unterschiedlichen Bevölkerungsdichten (siehe Abb. 4) sowie verschiedenen Bevölkerungsentwicklungen besteht. Dies spiegelt sich auch in den Daten wider: Einerseits finden Bewegungen zwischen den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs statt, andererseits werden auch Patientinnen und Patienten aus benachbarten Bundesländern in Baden-Württemberg behandelt.



© 2025 LGL-BW, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Abbildung 4: Bevölkerungsdichte und Versorgungsregionen Baden-Württemberg

2.2.3 Ambulantisierung

Der medizinisch-technische Fortschritt führt zu einem gegenläufigen Trend hinsichtlich der zu erwartenden Krankenhausfälle. Eine Vielzahl an medizinischen Leistungen, die bisher stationär durchgeführt werden, können oftmals in gleicher Qualität und einer höheren Kosteneffektivität in einem ambulanten Setting erbracht werden. Gleichzeitig kann die Exposition gegenüber Krankheitserregern und psychischen Belastungen vermindert werden. Die Realisierung des Potenzials ambulanter Eingriffe wirkt der demographisch bedingten steigenden Anzahl von Krankenhausleistungen entgegen und schont die knappe pflegerische Ressource im Krankenhaus. Die Stärke ist dabei abhängig vom Grad der Realisierung von Ambulantisierung. Um diese Bedeutung der Ambulantisierung zu betonen, wurde im Rahmen der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg vom 25. Juli 2024 u.a. geregelt, dass bei der Krankenhausplanung „die Ausrichtung hin zu einer stärkeren Ambulantisierung“ berücksichtigt werden soll (§ 4 Abs. 1 S. 6 LKHG). Es können allerdings durch medizinischen Fortschritt auch neue stationäre Behandlungsmöglichkeiten entstehen.

Zur Abschätzung des Effekts aus einer fortschreitenden Ambulantisierung wird das durch das IGES Institut GmbH erstellte Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V herangezogen (IGES 2022).¹⁵

Für die Bestimmung der Ambulantisierungsfaktoren wurde der potenziell ambulantisierbare Anteil der Fälle im Jahr 2023 berechnet. Dabei ist davon auszugehen, dass der errechnete Wert nicht sofort operativ umgesetzt wird und eine umfassende Realisierung erst 2033 erreicht sein wird. Das ambulante Potenzial wird daher im Rahmen der Bedarfsprognose über 10 Jahre anteilig in jeweils identischer Höhe verteilt. Die Ambulantisierungspotenziale unterscheiden sich je nach Leistungsgruppe. So gibt es Leistungsgruppen mit einem höheren Anteil ambulanter Fälle und Leistungsgruppen mit geringerem oder gar keinem Potenzial. Über alle Leistungsgruppen hinweg beträgt der Ambulantisierungsfaktor durchschnittlich ca. 1 % pro Jahr. Die unterschiedlichen Ambulantisierungspotenziale der einzelnen Leistungsgruppen leiten sich im Wesentlichen aus der unterschiedlichen Intensität eines chirurgischen Eingriffs (Ermittlung über OPS-Codes) und der Einbeziehung von Kontextfaktoren, wie zum Beispiel alters- und komorbiditätsbedingten Risiken ab. Mit Verweis auf die entsprechenden Aussagen im Gutachten des IGES Instituts wird grundsätzlich die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung bei minimal-invasiven (z. B. laparoskopischen) Verfahren höher eingeschätzt als bei offen-chirurgischen Operationen. Gleiches gilt für die Unterscheidung von klein- versus großflächigen Eingriffen.⁵ Durch die ermittelten OPS-Codes und die Kontextfaktoren ergeben sich bundeslandspezifische Ambulantisierungspotenziale. Für Baden-Württemberg beträgt das Ambulantisierungspotenzial bspw. in der Leistungsgruppe HNO

¹⁵ [IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf](#) (abgerufen am 01.04.2025)

4,5 % p.a. während in der Leistungsgruppe Herzchirurgie ein Ambulantisierungspotenzial von 0,0 % ermittelt wird.¹⁶

2.2.4 Weitergehende Systematik der Bedarfsanalyse

Jede Leistungsgruppe wird einer Planungsebene (Stadt-/Landkreis, Versorgungsregion oder Land) zugeordnet. Die Bedarfsermittlung erfolgt je nach Planungsebene auf Grundlage des Orts der Leistungserbringung. Dabei erfolgt hinsichtlich der zunächst vorgesehenen nachrichtlichen Ausweisung von Plätzen eine differenzierte Ermittlung nach voll- und teilstationären Fällen.

Der gegenwärtige Bedarf wird durch die Krankenhaushäufigkeiten je Leistungsgruppe ermittelt. Dies erfolgt in 19-Fünf-Jahres-Altersgruppen, getrennt nach Geschlecht und Leistungsgruppe. In einem weiteren Schritt werden diese Krankenhaushäufigkeiten auf die prognostizierte Einwohnerzahl im jeweiligen Prognosejahr hochgerechnet. Anschließend werden die so ermittelten Fallzahlen um das Ambulantisierungspotenzial vermindert, sodass eine Prognose hinsichtlich der zu erwartenden stationären Krankenhausesfälle erzielt wird. Die Bedarfsanalyse bildet hierbei grundsätzlich den übergeordneten Rahmen für die Betrachtung des krankenhausplanerischen Einzelfalls, dessen konkrete Umstände mit Blick auf die Versorgungssituation und -Entwicklung insgesamt jeweils maßgeblich für die finale Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde sein werden.

Bei der fallbezogenen Bedarfsermittlung findet die (Entwicklung der) durchschnittliche(n) Verweildauer keine Berücksichtigung, da diese für die Berechnung der quantitativen Größe „Fallzahl“ nicht benötigt wird. Zur Verfahrensweise für die Investitionskostenförderung siehe Kapitel VII.

¹⁶ Vgl. [Abschnitt A zum Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, 2025](#), S. 59 ff.

3. Planungsverfahren

Zur Umsetzung der Krankenhausvergütungsreform des Bundes (KHVVG) wird zunächst grundsätzlich das jetzige Leistungsspektrum der jeweiligen Krankenhausstandorte in Leistungsgruppen übertragen. Besonderheiten in Einzelfällen finden Berücksichtigung. Das Verwaltungsverfahren zur Zuweisung von Leistungsgruppen wird mittels einer digitalen Kommunikations- und Antragsplattform durchgeführt. Über diese können die Betriebsträger der Krankenhäuser u. a. auch weitere Leistungsgruppen beantragen.

Zur Umsetzung der bundesgesetzlichen Regelungen wird der Medizinische Dienst Baden-Württemberg mit der Prüfung der Qualitätskriterien gemäß § 275a Abs. 2 S. 1 i. V. m. § 275a Abs. 2 S. 7 SGB V beauftragt. Das Ergebnis wird u. a. der Krankenhausplanungsbehörde übermittelt. Basierend auf den auf der digitalen Kommunikations- und Antragsplattform eingegangenen Anträgen werden die in Kapitel II beschriebenen Grundsätze der Krankenhausplanung und Planungsziele sowie die in Kapitel III. 1. dargestellte Planungssystematik angewandt. In diesem Zuge bildet auch das Ergebnis der in Kapitel III. 2 beschriebenen Bedarfsanalyse eine zentrale Grundlage für die abschließende krankenhauserische Entscheidung. Auch das Ergebnis der Prüfungen des Medizinischen Dienstes wird im Zusammenhang mit Kapitel II. 5. Qualitativ hochwertige Versorgung berücksichtigt. Die Feststellung, welchem Krankenhausstandort welche Leistungsgruppe(n) krankenhauserisch zugewiesen wird/werden, erfolgt per Bescheid des jeweils zuständigen Regierungspräsidiums an den entsprechenden Betriebsträger.

Mit der erstmaligen krankenhauserischen Zuweisung von Leistungsgruppen werden bisherig erteilte Versorgungsaufträge ersetzt. Nachrichtlich werden die bis dahin ausgewiesenen Gesamtbetten und teilstationären Plätze je Standort ausgewiesen.

Die Krankenhausplanung unterstützt das Ziel des § 39 Abs. 1 SGB V, wonach vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus erst dann in Betracht zu ziehen ist, wenn zuvor geprüft wurde, ob das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Teilstationäre Versorgungsangebote werden nachrichtlich an den jeweiligen Krankenhausstandorten ausgewiesen. Bisher gilt, dass vor der krankenhauserischen Ausweisung eine ergänzende Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V über das hierbei zu erbringende Leistungsspektrum getroffen wird. Im Falle einer Nichteinigung innerhalb von sechs Monaten entscheidet das Land.

Geeignete Krankenhausstandorte werden durch die Planungsbehörde als Fachkrankenhaus ausgewiesen. Die Grundlage für die Ausweisung als Fachkrankenhaus bildet hierbei insbesondere die bundeseinheitliche rechtliche Definition nach dem SGB V, die ggf. auf Landesebene noch näher zu konkretisieren sein wird.

In der Übergangsphase zwischen Inkrafttreten dieses Krankenhausplans und der erstmaligen Zuweisung von Leistungsgruppen bleiben die bisherigen Versorgungsaufträge erhalten und es besteht grundsätzlich weiterhin die Möglichkeit entsprechende Änderungs- und Neuaufnahmeanträge an die Planungsbehörde auf Basis von Fachabteilungen und Betten und Plätzen zu stellen.

4. Verbundbildung und Kooperation

Es gibt verschiedene Formen der Zusammenarbeit von Krankenhausstandorten. Sie unterscheiden sich im Wesentlichen insbesondere in ihrer rechtlichen Struktur. Für eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung ist eine enge Zusammenarbeit von Krankenhausstandorten von hoher Bedeutung, denn sie verhindert Parallel- bzw. Doppelstrukturen, bündelt Expertise und sichert flächendeckend hochwertige Behandlung und dient der Sicherstellung der medizinischen Aus- und Weiterbildung – insbesondere auch in ländlichen Regionen. Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit lässt sich wie folgt kategorisieren:

- **Kooperationen:** Mehrere Krankenhausstandorte arbeiten zusammen, um Ressourcen zu teilen oder gemeinsame Ziele zu verfolgen, behalten aber weitgehend ihre rechtliche und wirtschaftliche Eigenständigkeit. Ein Krankenhausstandort kann grundsätzlich Kooperationsgeber für eine Leistungsgruppe und Kooperationsnehmer für eine andere Leistungsgruppe sein. Für jede einzelne Kooperation ist zwischen dem kooperationsgebenden und dem kooperationsnehmenden Krankenhausstandort zu unterscheiden. Dies ist in der abzuschließenden Kooperationsvereinbarung entsprechend festzuhalten. Dabei muss erkennbar sein, für welche Leistungsgruppe(n) die Kooperation geschlossen wird.
- **Telemedizinische Netzwerke:** Diese Verbünde nutzen Informations- und Kommunikationstechnologien, um den Austausch zwischen medizinischem Personal zu erleichtern und die Patientenversorgung über geografische Distanzen hinweg zu verbessern.
- **Kliniknetzwerke:** Krankenhausstandorte und andere medizinische Einrichtungen (z. B. medizinische Versorgungszentren (MVZ)) bilden ein Netzwerk, um die Patientenversorgung zu verbessern. Dies kann unter anderem den Austausch und Abstimmung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten oder auch das Teilen von Ressourcen umfassen.
- **Verbünde** (Klinikketten, Konzerne und strategische Partnerschaften): Hierbei handelt es sich um Klinikgruppen, bei denen Krankenhausstandorte und andere medizinische Einrichtungen unter einer zentralen Leitung oder Verwaltung stehen. Häufig stehen diese Verbünde unter einer einheitlichen Trägerschaft.
- **Medizinische Aus- und Weiterbildungsverbünde:** Krankenhäuser im ländlichen Raum können eine wichtige Funktion als akademische Lehrkrankenhäuser in der medizinischen Ausbildung und als Weiterbildungsstätten in der ärztlichen Weiterbildung einnehmen. Die Kooperation von Krankenhaus-Standorten im Rahmen von Aus- und Weiterbildungsverbünden gewinnt hierbei zunehmend an Bedeutung.

In Baden-Württemberg ist die Zusammenarbeit von Krankenhausstandorten in Klinikketten, Konzernen und strategischen Partnerschaften Kooperationen gleichgestellt. Diese werden im Folgenden synonym verwendet. Für die Erfüllung der Vorgaben der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen können Kooperationen von besonderer Relevanz sein. Hinsichtlich der praktischen Ausgestaltung der für diesen Zweck nötigen Kooperationen gelten für die baden-württembergischen Krankenhausstandorte deshalb folgende **Rahmenbedingungen**:

- Ein Krankenhausstandort kann mit mehreren Leistungserbringern kooperieren. So können insbesondere auch Maximalversorger Kooperationsgeber für mehrere Krankenhausstandorte sein. Ein Kooperationsnehmer sollte pro Leistungsgruppe grundsätzlich nur auf einen Kooperationsgeber zurückgreifen. Ausnahmen sind in begründeten Fällen jedoch möglich.
- Die Krankenhausplanungsbehörde behält sich vor, Kooperationen aus triftigem Grund nicht anzuerkennen (z.B. sofern keine praktische Zusammenarbeit zu erkennen ist).
- Kooperationsgebende Krankenhausstandorte, welche die Qualitätskriterien der entsprechenden Leistungsgruppe vollständig erfüllen, können entsprechende Kooperationen eingehen.
- Die Anforderungen an Kooperationspartner aus der vertragsärztlichen Versorgung sind dieselben wie die, die an Krankenhausstandorte gestellt werden.
- Veränderungen oder Kündigungen von Kooperationsverträgen sind der Krankenhausplanungsbehörde durch den Krankenhausträger nach Aufforderung durch die Krankenhausplanungsbehörde mitzuteilen. Relevante Veränderungen oder Kündigungen von Kooperationsverträgen sind umgehend und ohne Aufforderung der Krankenhausplanungsbehörde zu melden, sofern die für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien nicht mehr erfüllt werden. Die Kooperationsvereinbarung ist auch den Vertragsparteien nach § 18 KHG auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.
- Kooperationen sind grundsätzlich auf Dauer anzulegen.

Zum **Nachweis der** Erfüllung von Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe ggf. erforderlichen **Kooperation** ist zwischen den Kooperationspartnern ein schriftlicher Kooperationsvertrag zu schließen, welcher der Krankenhausplanungsbehörde auf Anforderung vorzulegen ist. Mehrere Kooperationen mit demselben Kooperationspartner können in einem Vertragswerk zusammengefasst werden. Die Inhalte des Kooperationsvertrages (Nachweis) sollen insbesondere Folgendes zum Inhalt haben:

- Angaben zu Kooperationspartnern inklusive Standortnummer und Institutionskennzeichen

- Nennung der betreffenden Leistungsgruppe(n)
- Angaben zur fachspezifischen Eignung des Kooperationspartners (Qualitätskriterien)
- Angaben zum Kooperations-/Leistungsort, Verortung/Entfernung zum Kooperationspartner
- Angaben zum Kooperationsinhalt/-umfang
- Angaben zu personellen und apparativen Ressourcen
- Angaben zur Erfüllung der zeitlichen Verfügbarkeit gemäß des jeweiligen Qualitätskriteriums der entsprechenden Leistungsgruppe
- Angaben zur Kooperationsdauer
- Angaben zu Kündigungsvereinbarungen

Räumlich naheliegende Kooperationspartner sollen bei gleicher fachlicher Eignung bevorzugt werden. Abweichungen sind zu begründen. Kooperationen und Netzwerke mit Partnern in anderen Versorgungsregionen können bestehen bleiben oder neu gebildet werden. Sofern lediglich konsiliarische Leistungen erbracht werden sollen, die auch telefonisch oder per Telemedizin erbracht werden können, kommt es auf die Entfernung nicht an. Bei der Kooperation zur Vorhaltung von Geräten muss entsprechend der Anforderungen aus den Qualitätskriterien die zeitliche Verfügbarkeit gewährleistet sein.

5. Sektorenübergreifende Versorgung(splanung)

Der demographische Wandel stellt das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung wird die bedarfsgerechte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung immer wichtiger. Angesichts knapper finanzieller und insbesondere personeller Ressourcen stellt dies eine Herausforderung dar. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer gewinnt deshalb immer größere Bedeutung. Dies gilt sowohl im intersektoralen Bereich (ambulant/stationär/Rehabilitation/Pflege) als auch intrasektoral (z. B. zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten) sowie mit neuen, sektorenübergreifenden Berufsbildern wie Community Health Nurses (CHN). Letzteres soll dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgungen abzubauen und dadurch die Qualität und Kontinuität der Versorgung insgesamt zu verbessern. Eine verbesserte sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann so dazu beitragen, angesichts des demographischen Wandels und des wachsenden Fachkräftemangels im Gesundheitssystem eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Als neue Form eines Krankenhauses wurden im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) die Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜVE) geschaffen. SÜVE sind wesentlich auf Initiative Baden-Württembergs hin entwickelt worden. Jedoch blieben wichtige von Baden-Württemberg eingeforderte Aspekte unberücksichtigt.

Das stationäre Angebot einer SÜVE wird gemäß § 115g Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V Pflichtleistungen aus der Inneren Medizin sowie der Geriatrie umfassen. Darüber hinaus sollen weitere stationäre Leistungen von einer SÜVE geleistet werden können sowie noch darüberhinausgehende, sofern die SÜVE dabei von einem kooperierenden Krankenhaus telemedizinisch unterstützt wird (§ 115g Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. § 115g Abs. 3 S. 1 Nr. 2 und 3 SGB V). Um welche stationären Leistungen es sich hierbei jeweils im Einzelnen handelt, war von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bis Ende 2025 im Rahmen einer Vereinbarung festzulegen.

Die SÜVE können in Zukunft ein wichtiges Element zur Sicherstellung der Versorgung sein. Dafür ist eine bedarfsgerechte, regional angepasste Ausgestaltung von grundlegender Bedeutung.

Zusätzlich können SÜVE gemäß § 115g Abs. 1 SGB V ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung, ambulantes Operieren nach § 115b SGB V und sonstige, durch Krankenhäuser erbringbare ambulante Leistungen sowie daneben Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V leisten. Darüber hinaus

können Pflegeleistungen nach SGB XI in wirtschaftlich und organisatorisch eigenständigen Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Bestimmung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen

In Baden-Württemberg soll die Entscheidung, ob ein Krankenhaus als Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung weiterbetrieben wird, zukünftig anhand der folgenden Kriterien erfolgen:

- **bisheriges Leistungsvolumen:** eher kleineres Haus der Grund- und Regelversorgung, mit geringem Leistungsspektrum, Schwerpunkte vor allem in Innerer Medizin, Geriatrie; kein bedarfsnotwendiger Beitrag zur Notfallversorgung
- Zentral ist bedarfsbezogene **regional angepasste Ausgestaltung und Steuerung**
- regionaler **Versorgungsbedarf**
- bestehende **Versorgungsstrukturen und Erreichbarkeiten**, z.B.: Welche größeren Krankenhäuser bestehen mit welchem Angebot in welcher Entfernung? Ist ein Kurzzeit- und Übergangspflege-Angebot vorhanden, vrs. auch mittelfristig? Wie ist die ambulante Versorgungssituation?
- **Wirtschaftlichkeit**
- **Qualität** der Versorgung

Die Bestimmung zur SÜVE erfolgt nach entsprechender Prüfung durch Bescheid.

Eine wichtige Voraussetzung für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Betrieb einer SÜVE ist die konkrete Ausgestaltung der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene.

Gremium nach § 90a SGB V

Baden-Württemberg strebt schon lange eine möglichst umfassende, sektorenübergreifende Versorgung an und hat bereits 2011 ein Gremium nach § 90 a SGB V, den Sektorenübergreifenden Landesausschuss, geschaffen. Im Jahr 2022 wurde dieser zum Sektorenübergreifenden Landesausschuss für Gesundheit und Pflege (SLA) erweitert. Dies verdeutlicht, dass eine sektorenübergreifende Versorgung neben dem Thema Gesundheit auch die Langzeitpflege betrifft. Der SLA kann als gemeinsames Gremium der verschiedenen Sektoren sektorenübergreifende Bedarfs- und Versorgungsfragen diskutieren und Handlungsempfehlungen entwickeln. Dabei ist mittel- und langfristig nicht nur Ziel von Baden-Württemberg, die Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung innerhalb der Regelungen des SGB V zu überwinden. Vielmehr sollen auch die Sektorengrenzen zwischen SGB

V und SGB XI, also zwischen Gesundheitsversorgung und der ambulanten und stationären Langzeitpflegeversorgung, überwunden werden.

6. Koordination, Vernetzung und Krisenvorsorge

Die COVID-19-Pandemie hat in besonderem Maße gezeigt, wie wichtig gute Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen sind. So erfolgte die Koordination freier und belegbarer Intensivkapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten durch eine Be- und Verlegungssteuerung innerhalb der baden-württembergischen sechs COVID-19-Versorgungsregionen. Diese Versorgungsregionen wurden nun weiterentwickelt (Vgl. Kapitel III. 1.2.2 Versorgungsregionen), um auch für die grundsätzliche Krankenhausplanung fungieren zu können. Gleichzeitig wird die Krisenvorsorge insbesondere in Anbetracht vielfältiger geopolitischer Herausforderungen immer bedeutender.

In den Bereich der Krisen-Vorsorge bzw. des Krisen-Managements – auch im Rahmen des Zivilschutzes – fallen insbesondere auch

- Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemäß KHVVG (§ 6b S. 1 KHG) sowie
- die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung,

welche teils durch sowohl bundesrechtliche als auch länderspezifische Regelungen konkretisiert werden.

Bundesgesetzlich werden im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben beschrieben, die durch das KHVVG eingeführt worden sind. Insbesondere bei Großschadenslagen, der Intensivmedizin und Notfallversorgung sieht § 6b S. 1 Nr. 1 KHG als Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe die krankenhausesübergreifende Koordination von Versorgungsprozessen und -kapazitäten vor. In Baden-Württemberg stellen hierbei die weiterentwickelten Versorgungsregionen – parallel zu ihrer Rolle in der grundsätzlichen Krankenhausplanung – eine wichtige geografische Grundlage dar, um in etwaigen zukünftigen Krisenereignissen in den Regionen die Versorgung, mögliche Engpässe und Belastungsspitzen zu koordinieren. Hierbei steuern geeignete Krankenhaus-Standorte bei etwaigen zukünftigen überregionalen Krisenereignissen krankenhausesübergreifende Koordinierungs- und Versorgungsprozesse.

§ 6b S. 1 Nr. 2 KHG sieht als weitere Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe die Konzeption und die Koordination des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste vor.

Die näheren Inhalte der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b S. 1 KHG legen die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG fest. Daraufhin können ggf. Koordinierungs- und Vernetzungsfunktionen gem. § 6b KHG im Rahmen des Zuweisungsverfahrens näher definiert werden.

Die Planungsbehörde wird im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen voraussichtlich einem geeigneten Krankenhausstandort pro Versorgungsregion Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b S. 1 KHG zuweisen. Die Koordination und Vernetzung der Versorgung und sonstige bereits etablierte oder neue Kooperationen, die über eine Versorgungsregion hinausgehen, werden dadurch nicht eingeschränkt. In Baden-Württemberg übernehmen im Einklang mit § 6b KHG neben den Universitätsklinika auch andere geeignete Krankenhäuser der Maximalversorgung Aufgaben der Koordination und Vernetzung.

Zur Stärkung der Krisenresilienz der Krankenhäuser wurde ein „[Rahmenplan zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung Baden-Württemberg](#)“ in Zusammenarbeit mit der „*Klinikübergreifenden Sicherheitskonferenz Baden-Württemberg*“ (KLÜSIKO) erarbeitet. Dieser soll den Krankenhausträgern als Grundlage für deren individuelle Alarm- und Einsatzpläne dienen.

Der Rahmenplan enthält neben Handlungsempfehlungen auch konkrete Maßnahmen zur Bewältigung von Großschadensereignissen. Er geht dabei von einem All-Gefahrenansatz aus. Die Krankenhäuser sind dazu aufgerufen, auf Basis ihrer individuellen Alarm- und Einsatzpläne Reaktionen auf Schadenslagen mit den verbundenen Maßnahmen regelmäßig zu üben, um entsprechendes praktisches Know-How aufzubauen und für Großschadensereignisse einsatzbereit zu sein.

7. Medizinische Fachplanungen (Versorgungskonzepte) und besondere Aufgaben

Gemäß § 4 Abs. 1 LKHG kann der Krankenhausplan durch medizinische Fachplanungen (Versorgungskonzepte) ergänzt werden. Das LKHG sieht in § 6 Abs. 1 LKHG zudem besondere Aufgaben vor, welche Krankenhäusern zugewiesen werden können. Aus **Versorgungskonzepten** kann insofern die Zuweisung besonderer Aufgaben per Bescheid resultieren.

Besondere Aufgaben lassen sich in

- **bundeseinheitliche** und **landeseigene „Zentren“** bzw. Schwerpunkte sowie
- **besondere Behandlungsaufgaben**

differenzieren (Abbildung 5). Diese werden nachfolgend näher beschrieben.

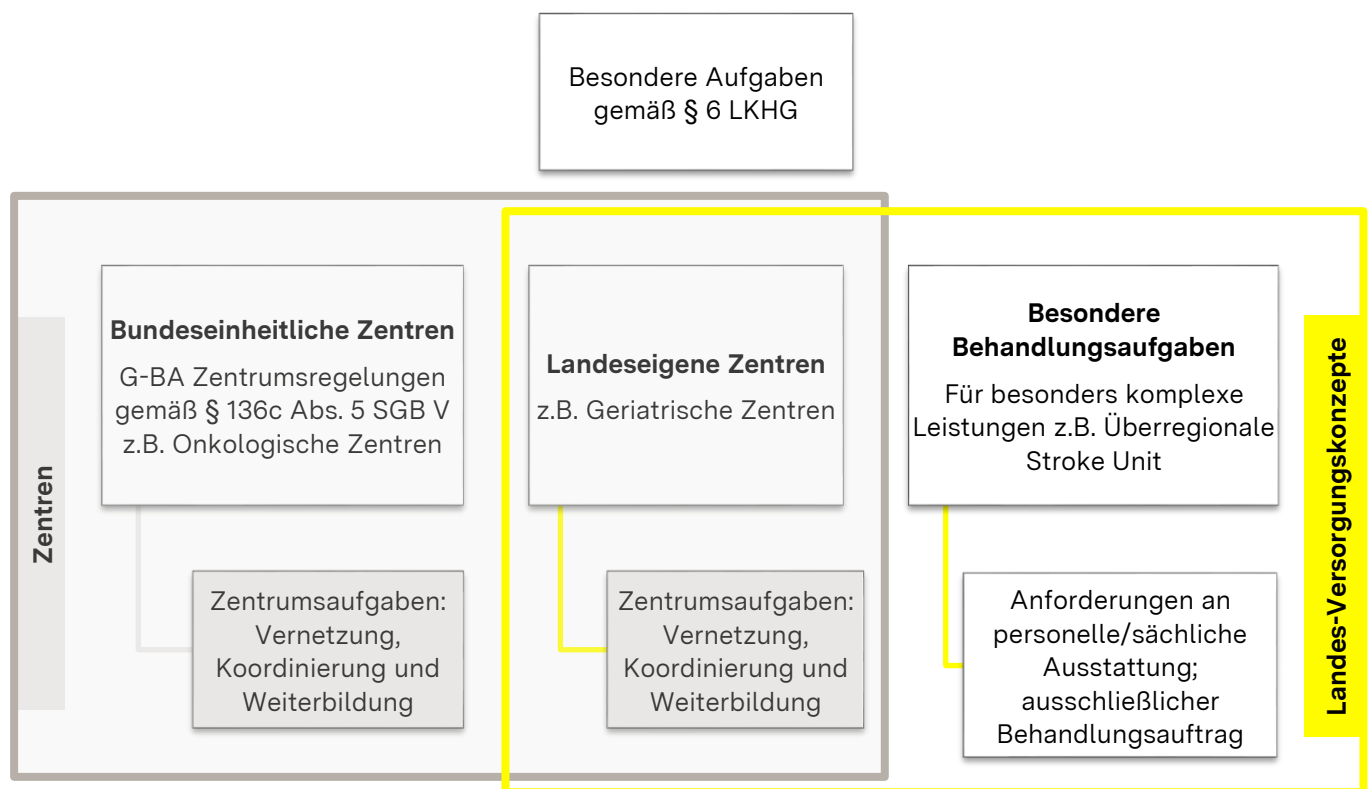


Abb. 5: Besondere Aufgaben gemäß § 6 LKHG

Bundeseinheitliche und landeseigene Zentren bzw. Schwerpunkte haben für den entsprechenden Fachplanungsbereich Vernetzungs-, Koordinierungs- und Weiterbildungsaufgaben zum Inhalt. Neben Vernetzungs-, Koordinierungs- und Weiterbildungsaufgaben steht bei besonderen Behandlungsaufgaben die Zuweisung konkreter, komplexer Behandlungsaufgaben im Fokus. Unter Landes-Versorgungskonzepten (Abb. 5) fallen sowohl landeseigene Zentren

bzw. Schwerpunkte als auch besondere Behandlungsaufgaben. Diese bestehenden Fachplanungen gelten grundsätzlich auch über die Zuweisung von Leistungsgruppen hinaus weiter, soweit sie weitergehende qualitative Anforderungen als diejenigen aus der entsprechenden Leistungsgruppe enthalten.

7.1. Bundeseinheitliche Zentren

Die besonderen Aufgaben von bundeseinheitlichen Zentren bzw. Schwerpunkten sind gemäß § 136c Abs. 5 SGB V in den G-BA Zentrumsregelungen in der derzeit (Stand: 05.02.2026) verfügbaren Fassung vom 18.04.2024 festgelegt. Mit der Erfüllung der geltenden Qualitätsanforderungen der jeweiligen Zentrumsart laut G-BA Zentrumsregelungen und der sogenannten besonderen Aufgaben, wie z. B. der Durchführung/Unterstützung eines Tumorboards für ein anderes Krankenhaus sowie der krankenhaushausplanerischen Ausweisung als Zentrum/Schwerpunkt besteht grundsätzlich Anspruch auf Zentrumszuschläge. Ziel dieser Zuschläge ist es, besonderes medizinisches Fachwissen flächendeckender verfügbar zu machen sowie hinsichtlich des entsprechenden fachspezifischen Bereichs Koordinierung und Vernetzung unter den Krankenhäusern zu fördern. In Baden-Württemberg werden derzeit folgende bundeseinheitliche Zentrumsarten ausgewiesen (Tab. 3):

Anlage Zentrumsregelungen G-BA
Anlage 1 – Seltene Erkrankungen
Anlage 2 – Onkologische Zentren sowie kinderonkologische Zentren
Anlage 4 – Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie
Anlage 6 – Neurovaskuläre Zentren
Anlage 7 – Lungenzentren

Tabelle 3: Übersicht in Baden-Württemberg ausgewiesener bundeseinheitlicher Zentren

7.2. Landes-Versorgungskonzepte

Nachfolgend werden die Landes-Versorgungskonzepte (Abb. 5) dargestellt.

7.2.1 Landeseigene Zentren

Unter den Betreff der landeseigenen Zentren bzw. Schwerpunkte fallen Aufgaben der Vernetzung, Koordinierung und Weiterbildung an Krankenhäusern, die nicht durch bundeseinheitliche Regelungen gemäß § 136c Abs. 5 SGB V gedeckt, aber durch das Land Baden-Württemberg vorgesehen sind. Dies gilt derzeit für die folgenden Bereiche (Tab. 4):

Landeseigener Zentrumsbereich	Ausprägung
Schmerzversorgung	Regionale Schmerzzentren Überregionale Schmerzzentren
Geriatrische Versorgung	Geriatrische Schwerpunkte Geriatrische Zentren
Personalisierte Medizin	Zentren für Personalisierte Medizin

Tabelle 4: Landeseigene Zentren und deren Ausprägung

Im Folgenden werden die landeseigenen Zentrumsbereiche erläutert:

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen

Chronische Schmerzen sind nicht nur Symptom einer zugrundeliegenden Erkrankung, sondern können auch ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen, wenn sie länger als drei Monate anhalten oder wiederkehrend auftreten. Die Schmerzchronifizierung wird durch multifaktorielle biologische, psychische und soziale Faktoren bedingt und aufrechterhalten.

Die überwiegende Zahl chronisch Schmerzkranker wird ambulant haus- und fachärztlich, von niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und -therapeuten, Physio- und Psychotherapeutinnen und -therapeuten unimodal behandelt. Neben den ambulanten Behandlungsformen ist die Möglichkeit einer stationären und teilstationären multimodalen Behandlung erforderlich.

Überregionale und Regionale Schmerzzentren sind für eine umfassende und fachkompetente Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen akuten und chronischen nicht-tumorassoziierten und tumorassoziierten Schmerzen verantwortlich. Sie müssen über interdisziplinäre und personelle Kompetenz sowie eingehende diagnostische und therapeutische Ausstattungen und Konzepte im ambulanten und (teil)stationären Setting verfügen. Die eingesetzten Konzepte orientieren sich an aktuellen wissenschaftlichen und evidenzbasierten Therapieprinzipien und am Ansatz einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST). Die Zentren unterstützen ambulant und klinisch tätige Schmerzmedizinerinnen und -mediziner in spezifischen Fragen der Diagnostik und Behandlung. Wesentliche Aufgabe ist der Aufbau von innerklinischen und außerklinischen Kooperationen mit dem Ziel, die interdisziplinäre algesiologische Diagnostik und erforderliche Therapie als auch ein Nachsorgekonzept zu gewährleisten. Die Arbeitsweise der überregionalen und regionalen Schmerzzentren erfolgt unter Berücksichtigung der regionalen Infra- und Versorgungsstruktur. Die überregionalen Schmerzzentren engagieren sich neben der Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten in Forschung und Lehre. Der Ausweisung von regionalen und überregionalen Schmerzzentren liegen Qualitätskriterien zugrunde, die bei Bedarf angepasst werden.

Geriatrie

Die demographische Entwicklung erfordert eine deutliche Fokussierung des Krankenhaus- und Versorgungssystems auf die Bedürfnisse älterer Menschen. Grundlage hierfür ist das Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg, das die Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung im Land festlegt. Das Konzept verfolgt das Ziel, älteren Menschen ein möglichst langes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und beschreibt hierzu die notwendigen Strukturen einer wohnortnahen, sektorenübergreifenden Versorgung.

Einen besonderen Schwerpunkt legt das Geriatriekonzept auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“. Dieser Grundsatz betont, dass vorhandene Rehabilitationspotenziale konsequent genutzt werden sollen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder zu verringern und damit Autonomie und Teilhabe älterer Menschen bestmöglich zu erhalten. Das Konzept umfasst Prävention, die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, die Akutbehandlung und Rehabilitation, die palliative Versorgung und grundlegend auch die pflegerische Versorgung in den verschiedenen geriatrischen Versorgungsstrukturen.

Auf Grundlage des Geriatriekonzeptes erfolgt die Ausweisung geriatrischer Schwerpunkte und geriatrischer Zentren im Krankenhausplan des Landes. Dabei werden insbesondere Qualitätssicherungsanforderungen, festgelegte Strukturmerkmale und Kooperationsverpflichtungen geprüft.

Personalisierte Medizin

Personalisierte Medizin zielt darauf ab, passgenaue Behandlungsstrategien zu finden und die optimale Therapie für eine bestimmte Erkrankung einer Patientin oder eines Patienten zum richtigen Zeitpunkt einzusetzen. Dabei werden innovative Diagnostik- und Therapieformen genutzt, u. a. molekulargenetische, pathologische und bildgebende Verfahren. Einen wichtigen Bereich bildet die Onkologie.

Baden-Württemberg hat schon früh ein Versorgungskonzept entwickelt, das von der Landesregierung in der Sitzung des Ministerrats am 16. Juli 2019 als Grundlage für die weitere Fachplanung für die Personalisierte Medizin in Baden-Württemberg beschlossen wurde (Verweis: Fachkonzeption für Zentren für Personalisierte Medizin (ZPM) in Baden-Württemberg vom 28.03.2019).

Auf dieser Basis wurden vier Zentren für Personalisierte Medizin (ZPM) an den Universitätsklinikum Ulm, Freiburg, Heidelberg und Tübingen 2019 krankenhaushausplanerisch ausgewiesen. An den ZPM werden harmonisierte Konzepte zur molekularen Analyse von Tumorerkrankungen umgesetzt und darauf beruhend Therapieempfehlungen in den Molekularen Tumorboards (MTB) getroffen.

Die ZPM sind untereinander im ZPM-Verbund Baden-Württemberg vernetzt und betreiben eine gemeinsame Dateninfrastruktur. Gemeinsame Standards und abgestimmte Qualitätskontrollen gewährleisten eine vergleichbare Versorgungsleistung an allen vier Zentren.

Eine regionale Versorgungsstruktur durch Kooperation der ZPM mit den Onkologischen Zentren an regionalen Krankenhäusern sowie Onkologischen Schwerpunktpraxen ermöglicht es, die Angebote der Personalisierten Medizin landesweit verfügbar zu machen.

Nachfolgend werden die besonderen Behandlungsaufgaben beschrieben.

7.2.2 Besondere Behandlungsaufgaben

Besondere Behandlungsaufgaben beziehen sich auf besonders komplexe Leistungen für die im Rahmen eines Versorgungskonzeptes Anforderungen zur Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität festgelegt werden (z. B. besondere Qualitätsanforderungen für die Versorgung von Schlaganfällen). Den Standorten, denen für ein spezifisches Fachgebiet besondere Behandlungsaufgaben mit den einhergehenden strukturellen Anforderungen zugewiesen werden, wird – mit der Zielsetzung hohe Qualität zu gewährleisten – zugleich gewissermaßen ein ausschließlicher Behandlungsauftrag für das entsprechende spezifische Fachgebiet gegenüber anderen Versorgern erteilt. Für den Bereich der Schlaganfallversorgung werden in Baden-Württemberg besondere Behandlungsaufgaben zugewiesen (Tab. 5):

Behandlungsbereich	Besondere Behandlungsaufgaben
Schlaganfallversorgung	Gemäß Schlaganfallkonzept: • Schlaganfallversorgung lokal • Schlaganfallversorgung regional • Schlaganfallversorgung überregional

Tabelle 5: Besondere Behandlungsaufgaben in Baden-Württemberg

Im Folgenden wird die Schlaganfallversorgung als Bereich mit besonderen Behandlungsaufgaben erläutert.

Schlaganfallversorgung

Die Prognose von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall kann durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden. Zur Gewährleistung einer effektiven Versorgung dient die baden-württembergische Konzeption zur Akutversorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus.

Diese sieht vor, dass alle Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall unmittelbar nach dem Ereignis in ein Krankenhaus mit einer zertifizierten Schlaganfalleinheit eingeliefert werden.

Für die stationäre Versorgung sind drei Versorgungsebenen vorgesehen:

- lokale Schlaganfalleinheit (Lokale Stroke Unit),
- regionaler Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) und
- Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit).

Die Konzeption definiert für die Stroke Units Mindestanforderungen an Krankenhausstruktur, apparativer und personeller Ausstattung sowie an die Prozessqualität. Diese entsprechen für regionale und überregionale Schlaganfalleinheiten den Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG). Mit Ausnahme der in der Konzeption aufgeführten expliziten Unterscheidungsmerkmale muss auch die lokale Schlaganfalleinheit den strukturellen und prozessualen Zertifizierungskriterien der DSG für eine regionale Stroke Unit entsprechen.

Die aktuelle Schlaganfallkonzeption ist auf der Website des Sozialministeriums unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/krankenhaeuser/medizinische-fachplanungen> veröffentlicht.

Im Sinne des § 4 Abs. 1 LKHG behält sich das Land vor, den Krankenhausplan durch weitere medizinische Fachplanungen zu ergänzen. Die Fortschreibung weiterer medizinischer Fachplanungen ist der [Website](#) des Sozialministeriums zu entnehmen.

IV. Psychiatrie und Psychosomatische Medizin

Baden-Württemberg wird im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zunächst an der etablierten Planung festhalten und keine Leistungsgruppensystematik einführen.

Die Krankenhausplanung erfolgt demnach auf Grundlage der Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO). Diese sieht für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vor. Der Bedarf an stationären Betten und teilstationären Plätzen wird für die jeweiligen Fachgebiete getrennt ermittelt und ausgewiesen. Individuelle medizinische und organisatorische Sachverhalte können dabei berücksichtigt werden.

Neben dem vorliegenden Kapitel im Krankenhausplan befasst sich der „Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg“ (Landespsychiatrieplan) mit der Planung, Koordinierung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg. Er regelt die Struktur und den Umfang der psychiatrischen Versorgung, einschließlich der ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten sowie die Vernetzung von Hilfen und Unterstützungsangeboten. Der Landespsychiatrieplan enthält auch Empfehlungen für die Förderung von Prävention, Früherkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen. Der Landespsychiatrieplan dient als Richtschnur für das Handeln der Landesregierung und der beteiligten Akteurinnen und Akteure und beschreibt Ziele, Strategien und Strukturen zur Weiterentwicklung der Hilfeangebote.

1. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sollen möglichst ambulant stattfinden. In den Jahren der COVID-19-Pandemie kam es jedoch zu einem starken Anstieg an psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, der den ambulanten Sektor vor erhebliche Herausforderungen stellte. Dementsprechend haben sich in den vergangenen Jahren die Fallzahlen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erheblich erhöht. Die Kliniken sind trotz Ausweisung von zusätzlichen Betten im Rahmen des Corona-Sonderbedarfs an ihre Kapazitätsgrenzen gelangt. Eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen leidet zunehmend an sozialen Phobien und anderen schweren Störungen, die eine Einzelbelegung der Zimmer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfordern. Um dieser Entwicklung zu begegnen, wird der planerisch vorgegebene Bettennutzungsgrad für die stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von 90 % auf 70 % herabgesetzt.

Der Bedarf an Planbetten wird entsprechend der gefestigten Rechtsprechung aus der tatsächlichen Nachfrage ermittelt. Die Gesamtbettenzahl ergibt sich durch Anwendung der Burton-Hill-Formel unter Einbeziehung des planerischen Richtwerts der Bettennutzung von 70 %. Individuelle medizinische und organisatorische Sachverhalte können dabei berücksichtigt werden.

$$\text{Bedarf an Planbetten} = \frac{\text{Vollstationäre Belegungstage}}{365 * 70 \%}$$

Für die Ermittlung des Bedarfs an teilstationären Plätzen wird davon ausgegangen, dass diese nur an Werktagen betrieben werden:

$$\text{Bedarf an Planplätzen} = \frac{\text{Teilstationäre Belegungstage}}{250 * 70 \%}$$

Im Fall konkurrierender Anträge sollen Plätze und Betten primär denjenigen Kliniken zugesprochen werden, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, um deren Episoden mit Akutüberlastungen zu reduzieren.

Die Suchtversorgung für Kinder und Jugendliche sowie die Versorgung von intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen sind gesondert zu betrachten.

Bei der Standortauswahl liegt der Schwerpunkt auf der Sicherstellung einer durchgängigen Behandlungskette zwischen ambulanter und (teil-)stationärer Behandlung und auf der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Jugendhilfe sowie den Kinderkliniken. Weiterhin

sollen die Erfordernisse von Forschung und Lehre, von Aus- und Weiterbildung und die Unterstützung innovativer Versorgungsansätze berücksichtigt werden.

Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist die „Stationsäquivalente Behandlung“ (StäB) als Teil der vollstationären Versorgung inzwischen etabliert. Über den Umfang der StäB-Plätze entscheidet der Krankenhausträger im Rahmen seiner krankenhauplanerisch ausgewiesenen Betten.

2. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie erfolgt die Bedarfsermittlung landesweit und unter Berücksichtigung eines Sollnutzungsgrades der Betten und teilstationären Plätze von 90 %. Für das Jahr 2025 berechnet sich für das Land Baden-Württemberg, unter Berücksichtigung der Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung nach Alters- und Geschlechtsgruppen, ein Bedarf von insgesamt 630.696 Behandlungstagen.¹⁷ Aus diesem Bedarf werden landesweit 1.566 Betten und 517 Plätze festgelegt (insgesamt 2.083 Betten/Plätze), was einem Anteil der teilstationären Versorgung i. H. v. 25 % entspricht. Bis zum Jahr 2030 berechnet sich für das Land Baden-Württemberg im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine sinkende Zahl an Behandlungstagen (620.776 bzw. -1,57 %) und demzufolge ein geringerer Bedarf an Betten/Plätzen. Die Bedarfsprognose zeigt, dass die für das Fachgebiet relevanten typischerweise jüngeren Altersgruppen aufgrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2030 zahlenmäßig rückläufig sind. Aufgrund der volatilen Entwicklung des Leistungsgeschehens ist eine erneute Bedarfsermittlung im Jahr 2030 vorgesehen.

Grundlage der Ermittlung der Betten und Plätze sind die nach § 21 KHEntgG übermittelten und abgerechneten psychosomatischen Belegungstage. Die Betten ergeben sich aus den vollstationären psychosomatischen Belegungstagen des letzten Kalenderjahres, dividiert durch das Produkt aus 365 Kalendertagen und dem Sollnutzungsgrad von 90 %:

$$\text{Bedarf an Planbetten} = \frac{\text{Vollstationäre Belegungstage}}{365 * 90 \%}$$

Zur Ermittlung der Plätze werden die teilstationären psychosomatischen Belegungstage des letzten Kalenderjahres durch das Produkt aus 250 Kalendertagen und dem Sollnutzungsgrad von 90 % dividiert:

$$\text{Bedarf an Planplätzen} = \frac{\text{Teilstationäre Belegungstage}}{250 * 90 \%}$$

Bei der Ausweisung von neuen Versorgungsangeboten können regionale Aspekte berücksichtigt werden. Weicht die Auslastung der voll- oder teilstationären Versorgungsangebote wesentlich von dem Sollnutzungsgrad der krankenhaushausplanerisch ausgewiesenen Betten/Plätze ab, behält sich das Land Baden-Württemberg vor, ausgewiesene Betten und Plätze zu reduzieren. Dies ist bei einer Unterschreitung des Nutzungsgrades von 60 % spätestens gegeben.

¹⁷ Datengrundlage: Datensatz nach § 21 KHEntgG des Jahres 2023 und voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg "Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020" (obere Variante))

Die Ausweisung psychosomatischer Behandlungsangebote soll im Wesentlichen in Form teilstationärer Behandlungsangebote erfolgen, um unter anderem auch in diesem Versorgungssegment die wohnortnahe Versorgung zu sichern und weiter auszubauen. Perspektivisch soll der Anteil teilstationärer Versorgungsangebote bis zu einem Anteil von 25 % ausgebaut werden, um der hohen Bedeutung teilstationärer Versorgungsangebote gerecht zu werden. Zudem sollen die Versorgungsangebote möglichst eng mit der somatischen Medizin verknüpft sein. Dies kann mit der Einrichtung von psychosomatischen Betten/Plätzen an somatischen Krankenhäusern oder durch qualifizierte und leistungsfähige Kooperationen sichergestellt werden. Eine Anbindung an ambulante Versorgungsangebote, z. B. in Form von Kooperationen mit Psychosomatischen Institutsambulanzen oder niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten sollte ebenfalls vorgesehen werden.

3. Psychiatrie und Psychotherapie

Der Bedarf an Planbetten im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie wird entsprechend der gefestigten Rechtsprechung aus der tatsächlichen Nachfrage ermittelt. Die Gesamtbettenzahl ergibt sich durch Anwendung der Burton-Hill-Formel unter Einbeziehung des planerischen Richtwerts der Bettennutzung von 90 %. Individuelle medizinische und organisatorische Sachverhalte können dabei berücksichtigt werden.

$$\text{Bedarf an Planbetten} = \frac{\text{Vollstationäre Belegungstage}}{365 * 90 \%}$$

Für die Ermittlung des Bedarfs an teilstationären Plätzen wird davon ausgegangen, dass diese nur an Werktagen betrieben werden:

$$\text{Bedarf an Planplätzen} = \frac{\text{Teilstationäre Belegungstage}}{250 * 90 \%}$$

Die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist als Teil der vollstationären Versorgung im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie auf dem Wege sich zu etablieren. Über den Umfang der StäB-Plätze entscheidet der Krankenhausträger im Rahmen seiner krankenhaushausplanerisch ausgewiesenen Betten.

V. Grenzüberschreitende Abstimmung in der Krankenhausplanung

Es ist gelebte Praxis, dass Patientinnen und Patienten auch über Landes- und Bundesgrenzen hinweg stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. § 6 Abs. 2 KHG sieht insofern vor, dass die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen ist, sofern ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung hat.

Auch führen gegenwärtige Entwicklungen wie Fachkräftemangel, knappe finanzielle Ressourcen, der medizinisch-technische Fortschritt und das Bestreben nach bestmöglicher Qualität dazu, dass die geeignetste Versorgungsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten nicht zwangsläufig in deren Wohnsitzlandkreis liegen muss. Dies gilt insbesondere für die grenznahen Bereiche.

Das „*Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung*“ von Partnerschaft Deutschland – Berater der öffentlichen Hand GmbH von Januar 2025 hat gezeigt, dass es größere grenzüberschreitende Patientenströme bei der stationären Versorgung gibt: Im Jahr 2022 ließen sich rund 132.000 Einpendlerinnen und Einpendler in Baden-Württemberg stationär versorgen und rund 97.000 Auspendlerinnen und Auspendler außerhalb Baden-Württembergs. Baden-Württemberg verzeichnete 2022 insofern ein positives Pendlersaldo i. H. v. rund 37 %. Die meisten einpendelnden Personen stammten aus den Bundesländern Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen. Dabei sind die Patientenströme von Baden-Württemberg nach Bayern und von Bayern nach Baden-Württemberg deutlich stärker als die Patientenbewegungen zwischen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz bzw. Hessen. Auch ließen sich im Jahr 2022 mehr Patientinnen und Patienten aus Baden-Württemberg in bayrischen Krankenhäusern versorgen als umgekehrt. Bei den Auswertungen konnten Patientinnen und Patienten, die sich im Ausland behandeln ließen, nicht berücksichtigt werden, da derzeit verfügbare Datengrundlagen diese nicht umfassen. Umgekehrt wurden insofern auch Patientinnen und Patienten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, sich aber in Baden-Württemberg behandeln ließen, entsprechend nicht berücksichtigt (Quelle: Seite 58, [Abschnitt A zum Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung](#) – PD 2025).

Die verzeichneten Patientenströme unterstreichen die Notwendigkeit einer grenzüberschreitenden Abstimmung in der Krankenhausplanung. Des Weiteren haben sich auch Abstimmungen über Bundesgrenzen hinaus bereits in der Corona-Pandemie bewährt, um hohe Patientenzahlen mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf zu koordinieren und bestmöglich zu versorgen: Ein wöchentlich tagendes Steuerungsgremium zur Aufnahme ausländischer Patientinnen und Patienten wurde am 09.11.2020 eingerichtet. Ziel war die Konkretisierung des

Umfangs der Unterstützung bei Hilfe-Ersuchen ausländischer Staaten. Es wurde regelmäßig entschieden, wie viele Patientinnen und Patienten aus anderen Staaten in baden-württembergischen Krankenhäusern angesichts insgesamt begrenzter Kapazitäten aufgenommen werden konnten.

Im Rahmen der Arbeit der Expertengruppe EpiRhin wurden während der Corona-Pandemie Informationen zu grenzüberschreitenden Infektionsgeschehen und COVID-19-Kontaktpersonen zwischen den Gesundheitsbehörden im Elsass, Basel und Baden-Württemberg geteilt, um frühzeitig Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten einzuleiten, um somit das Auftreten von Folgefällen, mitunter Umständen schweren Verläufen, zu reduzieren.

Auch gibt es durch TRISAN, dem trinationalen Kompetenzzentrum von Frankreich, der Schweiz und Deutschland für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, bereits weitere Vorarbeiten im Bereich der länderübergreifenden Kooperation. Ziel von TRISAN ist es, die Potenziale der Gesundheitskooperation am Oberrhein weiter zu entwickeln und die grenzbedingten Herausforderungen für Gesundheitsakteurinnen und -akteure, Fachkräfte sowie Patientinnen und Patienten zu identifizieren und einen Beitrag zu deren Bewältigung zu leisten. TRISAN arbeitet an der Vernetzung, der Wissensproduktion und der Begleitung von Projekten sowie einem aktiven Informationsmanagement, insbesondere zu den folgenden Themen: Patientenmobilität, Fachkräftemangel, Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen der Internationalen Bodensee-Konferenz (IBK) ist auf die Arbeit der Kommission „Gesundheit und Soziales“ zu verweisen. Im Fokus der Zusammenarbeit stehen neben Abstimmungen zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zukunft der Pflege auch das Rettungswesen im Bodenseeraum.

Zukünftig wird ein regelmäßiger Austausch mit den angrenzenden Bundesländern Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz anvisiert, um die grenzüberschreitende krankenhausplanerische Abstimmung zu verankern. Dies soll insbesondere dazu beitragen, in Anbetracht der genannten Entwicklungen eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Bevölkerung in den grenznahen Bereichen auch in Zukunft zu gewährleisten.

Des Weiteren wird in Bezug auf die Nachbarländer Frankreich und Schweiz die Beschaffung weiterer Datengrundlagen angestrebt, um die Größenordnung der betreffenden Patientenbewegungen besser abschätzen zu können. Je nach Intensität der Patientenströme kann ggf. auch hier eine grenzüberschreitende Abstimmung in der Krankenhausplanung anvisiert werden.

Die grenzüberschreitende Abstimmung in der Krankenhausplanung ist auch von der wohlwollenden Kooperation der benachbarten Bundesländer und angrenzenden Staaten abhängig. Das Land Baden-Württemberg ist dabei bestrebt, an die guten Abstimmungen während als

auch außerhalb der Corona-Pandemie anzuknüpfen und insofern die grenzüberschreitende Abstimmung weiter zu stärken und zu institutionalisieren.

VI. Ausbildungsstätten

Nach § 2 Nr. 3 Buchst. e) KHG werden die Investitionskosten der mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten (§ 2 Nr. 1a KHG) in die Krankenhausförderung einbezogen. Es handelt sich gemäß § 2 Nr. 1a KHG um staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung u.a. für die Berufe

- Ergotherapeut, Ergotherapeutin,
- Diätassistent/in,
- Hebamme, Entbindungspfleger,
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Krankenpflegehelfer/in,
- medizinischer Technologe/in für Laboratoriumsanalytik,
- medizinischer Technologe/in für Radiologie,
- Logopäde, Logopädin,
- Orthoptist/in sowie
- medizinischer Technologe/in für Funktionsdiagnostik,

sofern die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind.

VII. Investitionskostenförderung

Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe des § 8 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Nach § 11 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) werden zur Förderung des Krankenhausbaus in Baden-Württemberg jährliche Investitionsprogramme (Jahreskrankenhausbauprogramme) aufgestellt. Das Jahreskrankenhausbauprogramm wird vom für Gesundheit zuständigen Ministerium nach Maßgabe des § 8 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss (LKHA) unter Berücksichtigung der im Staatshaushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel erstellt. Anschließend wird das Jahreskrankenhausbauprogramm vom Ministerrat abschließend beraten; die Auswahl der Förderung der jeweiligen Projekte unterliegt dabei grundsätzlich der abschließenden Zustimmung des Ministerrates. Für die Aufnahme eines Krankenhausinvestitionsvorhabens in das Jahreskrankenhausbauprogramm sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

▪ Krankenhausplanung

Das jeweilige Bauvorhaben hat wichtige krankenhauplanerische Grundsätze und Ziele des Landes zu verfolgen. Das Krankenhaus muss die Vorgaben des Krankenhausplanes erfüllen, wirtschaftlich arbeiten sowie leistungsfähig und bedarfsgerecht sein. Vorhaben, die einen Beitrag zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesamtstruktur des Krankenhauswesens im Land (z. B. flächendeckende Grundversorgung oder Konzentration bei gleichzeitigem Abbau von Doppelvorhaltungen) leisten können, kommt eine hohe Förderwürdigkeit zu.

▪ Sektorenübergreifende Versorgung

Präventiv und digital vor ambulant vor stationär – das ist ein zentraler Leitsatz mit Blick auf die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Krankenhausbauvorhaben sollen deshalb mit dem baulichen und medizinischen Konzept das Zielbild der sektorenübergreifenden Versorgung befördern. Medizinkonzepte sollen sektorenübergreifend entwickelt werden. Dabei sind passgenaue Lösungen für die jeweilige Region zu erarbeiten, aus denen hervorgeht, wie sich das Krankenhaus in die Versorgungslandschaft mit Pflegeheimen, Rehabilitation und der ambulanten Versorgung einbettet.

Die Beförderung der sektorenübergreifenden Versorgung bedeutet unter anderem auch, Ambulantisierungspotenziale überall dort zu heben, wo Leistungen bislang stationär erbracht werden, die in gleicher Qualität ambulant erbracht werden könnten. Bundesgesetzlich wird

dies etwa mit der Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs vorangetrieben. Es gilt, die Strukturen der Krankenhäuser so weiter zu entwickeln, dass Ambulantisierungspotenziale gehoben werden können. Ein anderes Beispiel ist die Notfallversorgung: Integrierte Notfallzentren mit einem gemeinsamen Tresen von Notaufnahme und ambulanter Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg haben das Ziel, Patientinnen und Patienten direkt in die richtige Versorgungsebene zu steuern.

▪ **Optimierung**

Höchste Priorität für eine Förderung genießen Vorhaben, die der Verbesserung des Krankenhausbetriebs dienen (z. B. Optimierung von Krankenhausstandorten, Konzentrationsprozesse, Bildung von Behandlungsschwerpunkten, Zusammenschluss von Krankenhäusern durch den Bau einer zentralen Einheit, die bestenfalls auch die Erreichbarkeit für die Bevölkerung verbessert, Digitalisierungsvorhaben). Um einen Beitrag zur Reduktion der Kosten im Gesundheitswesen zu leisten, müssen sich durch solche Projekte die Betriebskosten reduzieren lassen bzw. Effizienzsteigerungen ergeben. Gleichzeitig muss eine medizinisch leistungsfähige Patientenversorgung sichergestellt werden. Hierzu gehören auch Maßnahmen wie die Kooperation und die Zusammenarbeit einzelner Krankenhäuser, beispielsweise im Bereich der Beschaffung, Apotheke, Verwaltung, Labor und Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte. Mit diesen Strukturmaßnahmen müssen nachhaltige Synergieeffekte, wie beispielsweise durch die gemeinsame Nutzung von Standorten erzielt werden. Die Auswirkungen des Vorhabens auf die Betriebskosten sind zu berücksichtigen. Auch die Erfüllung baurechtlicher oder sonstiger notwendiger Maßnahmen dient der Optimierung eines Krankenhausstandortes. Mit solchen Vorhaben wird die Betriebssicherheit und damit die Existenz des Krankenhauses sichergestellt. Die Maßnahmen sollen darüber hinaus die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der Steigerung der Attraktivität von Gesundheits- und Pflegeberufen sowie der Erleichterung von Arbeitsvorgängen ist die Ausstattung von modernen Arbeitsplätzen unabdingbar. Digitalisierung muss in allen Krankenhäusern konsequent mitgedacht werden. Dies bedeutet, dass zukünftig eine ausreichende Abbildung der dafür anfallenden Kosten im Krankenhausfinanzierungssystem benötigt wird. Dazu gehört es auch, Möglichkeiten zur Förderung von Software as a Service u. a. mitzudenken.

▪ **Planungsstand**

Ein wesentliches Kriterium für die Aufnahme einer Maßnahme in ein Jahreskrankenhausbauprogramm ist der Verfahrensstand. Das berücksichtigte Projekt sollte im Programmjahr bewilligt und möglichst auch begonnen werden. Dies erfordert eine hohe Antragsqualität sowie Baureife. Projekte können bei entsprechender Beschleunigung des Planungsverfahrens vorgezogen in ein Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommen werden.

▪ **Nachhaltiges und klimakonformes Bauen**

Die Krankenhausförderung soll im Rahmen der bundesgesetzlich definierten Vorgaben des dualen Fördersystems landesweit einen Beitrag zum nachhaltigen Bauen leisten: Im Rahmen der Vorhabenprüfung werden die Vereinbarkeit mit den Klimazielen des Landes, insbesondere der Erreichung der Netto-Treibhausgasneutralität bis 2040, Aspekte der Bestandsweaternutzung oder auch das Einsparpotenzial von Bodenversiegelung als auch die Nutzung nachhaltiger Baustoffe sowie Aspekte des klimaangepassten Bauens mit einbezogen. Damit werden im vorgeschalteten baufachlichen, projektspezifischen Prüfverfahren Grundsätze und Kriterien des nachhaltigen Bauens bei anstehenden Förderentscheidungen angemessen berücksichtigt. Voraussetzung für die Förderung von Neu- und Erweiterungsbauten von Krankenhäusern ist zudem gemäß § 14 Abs. 1a LKHG die Anwendung eines CO₂-Schattenpreises bei der Planung der Maßnahme im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung. Die ökologisch anzustrebende Ressourcenschonung führt langfristig unter anderem auch zu geringeren Betriebskosten. Dies trägt zu einer weiteren Stärkung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses und damit zur nachhaltigen Standortsicherung bei.

▪ **Regionalität**

Im Rahmen der Priorisierung sollen bei der jeweiligen Auswahlentscheidung auch die regionale Ausgewogenheit und die Verteilung der Projekte auf ländliche Bereiche und Ballungsgebiete mit einfließen.

▪ **Trägerpluralität**

Weiterhin wird von der Förderbehörde die im Landeskrankenhausgesetz (§ 1 Abs. 2 LKHG) verankerte Trägerpluralität berücksichtigt. In den Jahreskrankenhausbauprogrammen werden regelmäßig sowohl Vorhaben von öffentlichen, privaten und frei-gemeinnützigen Trägern aufgenommen.

Neben der Einzelförderung wird den Krankenhäusern jährlich eine Pauschalförderung gewährt, die ihnen zur freien, zweckgebundenen Verfügung steht. Die Pauschalförderung dient insbesondere der Deckung kleinerer Baumaßnahmen sowie der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, wie medizinische Großgeräte, Medizintechnik und weitere Einrichtungsgegenstände.