



Gutachten zur Krankenhauslandschaft Rheinland-Pfalz

Berlin, März 2025



Impressum

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Friedrichstr. 149

10117 Berlin

pd-g.de/

Inhaltsverzeichnis

Impressum	1
Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	18
Abkürzungsverzeichnis	21
1 Ausgangssituation	23
1.1 Ziele des Gutachtens	23
1.2 Aufbau des Gutachtens	24
1.3 Geografie und Bevölkerungsverteilung von Rheinland-Pfalz	25
1.3.1 Geografie	25
1.3.2 Bevölkerungsverteilung	26
1.3.3 Demografische Entwicklung	29
1.4 Status quo der Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz	31
2 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung	33
2.1 Äußere Rahmenbedingungen	33
2.1.1 Fachkräftemangel	33
2.1.2 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Versorgung	38
2.1.3 Krankenhausreform des Bundes	39
2.1.4 Medizinisch-technischer Fortschritt	40
2.2 Herausforderung aus Sicht der Planungsbehörde	41
2.2.1 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen	41
2.2.2 Konzentration von Leistungen	43
3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten	45
4 Status quo der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz	49
4.1 Die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich	49
4.2 Die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz	53
4.2.1 Strukturen der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz	55
4.2.2 Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Rheinland-Pfalz von 2019 bis 2023	60
4.2.3 Analyse der vollstationären Fälle auf Basis der NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023	66
4.2.4 Stationäre Einpendler und Auspendler	77
5 Prognose	79
5.1 Prognose der vollstationären Fälle in Rheinland-Pfalz auf der Wohnortebene bis 2035	82

5.2	Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Rheinland-Pfalz bis 2035	86
5.3	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	90
6	Ausgesuchte Themenkomplexe der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz	92
6.1	Schlaganfallversorgung	92
6.1.1	Behandlung von Schlaganfällen in Rheinland-Pfalz	94
6.1.2	Versorgungssituation der Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz	99
6.1.3	Zusammenfassung und Empfehlungen	109
6.2	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	111
6.2.1	Versorgungssituation der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Rheinland-Pfalz	112
6.2.2	Zusammenfassung und Empfehlungen	124
6.3	Onkologische Versorgung	125
6.3.1	Status quo der onkologischen Versorgung	127
6.3.2	Zusammenfassung und Empfehlungen	136
6.4	Herzmedizinische Versorgung	136
6.4.1	Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt	136
6.4.2	Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“	138
6.4.3	Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“	154
6.4.4	Leistungsgruppe „13.1 – Herzchirurgie“	167
6.5	Geburtshilfe und Perinatalzentren	179
6.5.1	Versorgungssituation der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz	180
6.5.2	Perinatalzentren	192
6.5.3	Zusammenfassung und Empfehlungen	197
6.6	Kinder- und Jugendmedizin	198
6.6.1	Versorgungssituation der Kinder- und Jugendmedizin in Rheinland-Pfalz	200
6.6.2	Zusammenfassung und Empfehlungen	210
6.7	Notfall- und Traumaversorgung	211
6.7.1	Stationäre Notfallversorgung	211
6.7.2	Rettungsdienst und zentrale Leitstellen	219
6.7.3	Traumaversorgung	224
6.7.4	Zusammenfassung und Empfehlungen	230
6.8	Geriatric	232
6.8.1	Versorgungssituation der Geriatric in Rheinland-Pfalz	233
6.8.2	Zusammenfassung und Empfehlungen	244

6.9	Mindestmengen	246
6.9.1	Versorgungsanalyse der Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	249
6.9.2	Versorgungsanalysen der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	253
6.9.3	Versorgungsanalysen der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	256
6.9.4	Versorgungsanalysen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	260
6.9.5	Versorgungsanalysen thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	263
6.9.6	Zusammenfassung und Empfehlungen	266
6.10	Psychiatrische und psychosomatische Versorgung	267
6.10.1	Fallzahlentwicklung	272
6.10.2	Verweildauer	275
6.10.3	Versorgungssituation in den Versorgungsregionen	277
6.10.4	Standort- und Erreichbarkeitsanalysen	295
6.10.5	Prognose der voll- und teilstationären Fälle in den Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Erwachsenenversorgung sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2035	316
6.10.6	Zusammenfassung und Empfehlungen	317
7	Management Summary und Handlungsempfehlungen	321

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz sowie die Versorgungsgebiete	26
Abbildung 2:	Bevölkerungsdichte je Landkreis / kreisfreier Stadt in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	28
Abbildung 3:	Entwicklung der Einwohnerzahl in den jeweiligen Versorgungsgebieten in Rheinland-Pfalz bis 2035	29
Abbildung 4:	Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz nach Alterskohorte im Vergleich von 2020 und 2035	30
Abbildung 5:	Gesundheitspersonal nach Altersgruppen (2022)	34
Abbildung 6:	Anzahl der Krankenhäuser 2019 bis 2023 im Bundesvergleich	49
Abbildung 7:	Trägerstruktur der Krankenhäuser im Jahr 2023 im Bundesvergleich	50
Abbildung 8:	Vollstationäre Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2019 und 2023 im Bundesvergleich	51
Abbildung 9:	Durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW in den Jahren 2019 und 2023 im Bundesvergleich	52
Abbildung 10:	Bettenauslastung in den Jahren 2019 und 2023 im Bundesvergleich	53
Abbildung 11:	Rheinland-Pfalz unterteilt in die fünf Versorgungsgebiete	54
Abbildung 12:	Versorgungsregionen der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz	55
Abbildung 13:	Durchschnittlich betriebsbereit aufgestellte Betten rheinland-pfälzischer Krankenhausstandorte nach Trägerschaft für das Jahr 2023	57
Abbildung 14:	Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Rheinland-Pfalz von 2019 bis 2023	61
Abbildung 15:	Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Rheinland-Pfalz von 2019 bis 2023	62
Abbildung 16:	Entwicklung der nominellen Fallzahlen nach Aufnahmeanlass im DRG- und PEPP-Bereich zwischen 2019 und 2023	63
Abbildung 17:	Nominelle Fallzahlentwicklung und prozentuale Verteilung nach Aufnahmeanlass im DRG- und PEPP-Bereich von 2019 bis 2023	63
Abbildung 18:	Betten gemäß StaLA-RLP 2023, \emptyset belegte Betten und Auslastung je Versorgungsgebiet im Jahr 2023	65
Abbildung 19:	Anzahl der ein- und auspendelnden Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 für den vollstationären Bereich	78
Abbildung 20:	Prognose für vollstationäre Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz bis zum Jahr 2035	83
Abbildung 21:	Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Rheinland-Pfalz bis 2035	87

Abbildung 22:	Prognose der erforderlichen Bettenkapazitäten auf der Ebene des Behandlungsortes in Rheinland-Pfalz bis 2035	89
Abbildung 23:	Entwicklung der vollstationären Fälle der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) zwischen 2019 und 2023	94
Abbildung 24:	Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) je Krankenhausstandort im Jahr 2023	95
Abbildung 25:	Analyse der Fälle mit Diagnose „Schlaganfall“ nach Standort mit und ohne Stroke-Unit-Bezug für das Jahr 2023	100
Abbildung 26:	Erreichbarkeit eines Standortes mit Stroke-Unit-Bezug im Jahr 2023 unter Berücksichtigung von Stroke Units angrenzender Bundesländer	104
Abbildung 27:	Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz mit Hauptdiagnose Schlaganfall	105
Abbildung 28:	Erreichbarkeit eines Standortes mit 24/7 Thrombektomie im Jahr 2023 unter Berücksichtigung von Standorten angrenzender Bundesländer	106
Abbildung 29:	Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zur nächsten beziehungsweise zweitnächsten zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Unit in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023	107
Abbildung 30:	Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort mit Hauptdiagnose Schlaganfall im Jahr 2023	108
Abbildung 31:	Erreichbarkeit eines Standortes mit 24/7 Thrombektomieangebot im Jahr 2023 unter Berücksichtigung von Standorten angrenzender Bundesländer	109
Abbildung 32:	Vollstationäre Fälle in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	113
Abbildung 33:	Fälle mit dem OPS 8-552 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesvergleich	114
Abbildung 34:	Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“	115
Abbildung 35:	Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	116
Abbildung 36:	Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	116
Abbildung 37:	Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	117
Abbildung 38:	Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	118

Abbildung 39: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023	119
Abbildung 40: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023	120
Abbildung 41: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023	121
Abbildung 42: Anteil der Versorgung in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023	122
Abbildung 43: Betrachtung der Auspendlerinnen und Auspendler mit dem OPS-Kode 8-552 im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz	123
Abbildung 44: Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb von Rheinland-Pfalz mit dem OPS-Kode 8-552, bezogen auf den Landkreis des jeweiligen Wohnorts für das Datenjahr 2022	124
Abbildung 45: Am häufigsten gemeldete Krebsneuerkrankungen von Frauen und Männern in Rheinland-Pfalz, Betrachtungszeitpunkt 2021, alle Altersgruppen ab 18 Jahren	127
Abbildung 46: Übersicht ausgewählter Krebszentren in Rheinland-Pfalz im Jahr 2024	128
Abbildung 47: Erreichbarkeit eines zertifizierten Brustkrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	130
Abbildung 48: Erreichbarkeit eines Prostatakrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	131
Abbildung 49: Erreichbarkeit eines Lungenkrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	132
Abbildung 50: Erreichbarkeit eines Darmkrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	134
Abbildung 51: Erreichbarkeit eines onkologischen Zentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	135
Abbildung 52: Entwicklung der vollstationären Fälle der Hauptdiagnose Herzinfarkt (I20 bis I22) zwischen 2019 und 2023	137
Abbildung 53: Vollstationäre Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	140
Abbildung 54: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“	141
Abbildung 55: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	142
Abbildung 56: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	143

Abbildung 57: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	144
Abbildung 58: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	145
Abbildung 59: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023	146
Abbildung 60: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023	147
Abbildung 61: Entwicklung des prozentualen Anteils der Fälle mit den HD I20 bis I22, die an einem Standort ohne HKL behandelt wurden, für den Zeitraum 2019 bis 2023	148
Abbildung 62: Erreichbarkeit eines Krankenhausstandortes mit Fällen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ und verfügbaren Herzkatheterlabor im Jahr 2023	149
Abbildung 63: Erreichbarkeit des zweitnächsten Krankenhausstandortes mit Fällen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ und einem verfügbaren Herzkatheterlabor im Jahr 2023	150
Abbildung 64: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Standort mit einem Herzkatheterlabor in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023	151
Abbildung 65: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023	152
Abbildung 66: Anteil der Versorgung in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/kreisfreier Stadt im Jahr 2023	153
Abbildung 67: Vollstationäre Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	156
Abbildung 68: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „08.1 EPU / Ablation“	157
Abbildung 69: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	158
Abbildung 70: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	158
Abbildung 71: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	159

Abbildung 72: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.1 – EPU / Ablation“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	160
Abbildung 73: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	161
Abbildung 74: Erreichbarkeit eines Versorgers mit mindestens 100 versorgten Fälle aus der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	162
Abbildung 75: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	163
Abbildung 76: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	164
Abbildung 77: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	165
Abbildung 78: Anteil der Versorgung in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/kreisfreier Stadt im Jahr 2023	166
Abbildung 79: Vollstationäre Fälle in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	169
Abbildung 80: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „13.1 – Herzchirurgie“	170
Abbildung 81: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	171
Abbildung 82: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	171
Abbildung 83: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	172
Abbildung 84: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „13.1 – Herzchirurgie“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	173
Abbildung 85: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023	174
Abbildung 86: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023	175
Abbildung 87: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023	176

Abbildung 88: Anteil der Versorgung in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/kreisfreier Stadt im Jahr 2023	177
Abbildung 89: Vollstationäre Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	180
Abbildung 90: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „21.4 – Geburten“	182
Abbildung 91: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	183
Abbildung 92: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen in der LG „21.4 – Geburten“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	183
Abbildung 93: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „21.4 – Geburten“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	184
Abbildung 94: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „21.4 – Geburten“ sowie Zuordnung zu Versorgungsstufen im Jahr 2023	186
Abbildung 95: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „21.4 – Geburten“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	186
Abbildung 96: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023	188
Abbildung 97: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023	189
Abbildung 98: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen im Alter von 15 bis 49 Jahren zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023	190
Abbildung 99: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023	191
Abbildung 100: Anteil der Versorgung in der LG „21.4 – Geburten“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023	192
Abbildung 101: Erreichbarkeit von Perinatalzentren Level 1 im Jahr 2024	194
Abbildung 102: Erreichbarkeit eines alternativen Perinatalzentrums Level 1 im Jahr 2024	196
Abbildung 103: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen im Alter von 15 bis 49 Jahren zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Perinatalzentrum Level 1 in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	197
Abbildung 104: Vollstationäre Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	200
Abbildung 105: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“	201

Abbildung 106: Vollstationäre Fälle in der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	202
Abbildung 107: Vollstationäre Fälle in der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	202
Abbildung 108: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	203
Abbildung 109: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	203
Abbildung 110: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	204
Abbildung 111: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	205
Abbildung 112: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023	206
Abbildung 113: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023	207
Abbildung 114: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 0 bis 17 Jahren zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023	208
Abbildung 115: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023	209
Abbildung 116: Anteil der Versorgung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023	210
Abbildung 117: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens Basisnotfallversorgung im Jahr 2023	213
Abbildung 118: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit mindestens Basisnotfallversorgung im Jahr 2023	214
Abbildung 119: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Standort mit mindestens Basisnotfallversorgung in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023	215
Abbildung 120: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens erweiterter Notfallversorgung im Jahr 2023	216

Abbildung 121: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Standort mit mindestens erweiterter Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023	217
Abbildung 122: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens umfassender Notfallversorgung im Jahr 2023	218
Abbildung 123: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Standort mit umfassender Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023	219
Abbildung 124: Rettungsdienst-Karte Rheinland-Pfalz 2023	220
Abbildung 125: Anzahl der Notfalleinsätze in Rheinland-Pfalz, differenziert nach Zielkrankenhaus und Versorgungsgebiet im Jahr 2023	222
Abbildung 126: Stationsübersicht und Abdeckung der Luftrettung in Rheinland-Pfalz	223
Abbildung 127: Erreichbarkeit eines TraumaZentrums der DGU nach Versorgungsstufe im Jahr 2024	226
Abbildung 128: Erreichbarkeit eines alternativen TraumaZentrums der DGU nach Versorgungsstufe im Jahr 2024	227
Abbildung 129: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten TraumaZentrum der DGU in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	228
Abbildung 130: Erreichbarkeit eines überregionalen TraumaZentrums der DGU im Jahr 2024	229
Abbildung 131: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten überregionalen TraumaZentrum der DGU in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024	230
Abbildung 132: Vollstationäre Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	234
Abbildung 133: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz in der LG „27.1 – Geriatrie“	235
Abbildung 134: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023	236
Abbildung 135: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „27.1 – Geriatrie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035	236
Abbildung 136: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „27.1 – Geriatrie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035	237
Abbildung 137: Vollstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023	238
Abbildung 138: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023	239

Abbildung 139: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023	240
Abbildung 140: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023	241
Abbildung 141: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter ab 60 Jahren zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023	242
Abbildung 142: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023	243
Abbildung 143: Anteil der Versorgung in der LG „27.1 – Geriatrie“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023	244
Abbildung 144: Erbrachte Fallmengen für Lebertransplantationen, Nierentransplantationen und der allogenen Stammzelltransplantation je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024	249
Abbildung 145: Erbrachte Fallmenge für Knie-TEP je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024	250
Abbildung 146: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Knie-TEP im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024	251
Abbildung 147: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Knie-TEP im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 mit einer Eingriffszahl größer oder gleich 100	252
Abbildung 148: Erbrachte Fallmenge komplexer Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024	253
Abbildung 149: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Pankreas im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024	254
Abbildung 150: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Pankreas im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 und einer Eingriffszahl von mindestens 20	255
Abbildung 151: Erbrachte Fallmenge komplexer Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024	256
Abbildung 152: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Ösophagus im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024	257
Abbildung 153: Erreichbarkeit eines Standortes in RLP und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Ösophagus im Leistungszeitraum 2, der die geforderte Mindestmenge von 26 erreichte	259

Abbildung 154: Erbrachte Fallmenge für die chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024	260
Abbildung 155: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-CA-Chirurgie) im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024	261
Abbildung 156: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-CA-Chirurgie) im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024, der die ab dem 01.01.2025 geltende Mindestmenge von 100 Eingriffen bereits 2023 erreichte	262
Abbildung 157: Erbrachte Fallmenge für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024	263
Abbildung 158: Erreichbarkeit eines Standortes in RLP und angrenzender Bundesländer für thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Leistungszeitraum 2	264
Abbildung 159: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Leistungszeitraum 2, der die ab dem 01.01.2025 geltende Mindestmenge von 75 Eingriffen bereits 2023 erreichte	265
Abbildung 160: Auslastung der aufgestellten Betten und Plätze im Bereich der voll- beziehungsweise teilstationären Versorgung, unterteilt nach Psychiatrie/Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	272
Abbildung 161: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle in den Jahren 2019 bis 2023	273
Abbildung 162: Verteilung der vollstationären PEPP-Fälle nach Altersklassen für die Jahren 2019 und 2023	273
Abbildung 163: Vollstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023	274
Abbildung 164: Anteil der vollstationären PEPP-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall nach Behandlungsbereich in den Jahren 2019 bis 2023	274
Abbildung 165: Teilstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023	275
Abbildung 166: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023	276
Abbildung 167: Durchschnittliche Verweildauer der teilstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023	277
Abbildung 168: Vollstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	278

Abbildung 169: Prozentualer Anteil der vollstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	280
Abbildung 170: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychiatrie im Jahr 2023	281
Abbildung 171: Vollstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychosomatik mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	282
Abbildung 172: Prozentualer Anteil der vollstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychosomatik mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	283
Abbildung 173: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychosomatik im Jahr 2023	284
Abbildung 174: Teilstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	285
Abbildung 175: Prozentualer Anteil der teilstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	286
Abbildung 176: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychiatrie im Jahr 2023	287
Abbildung 177: Teilstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychosomatik mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	288
Abbildung 178: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychosomatik im Jahr 2023	289
Abbildung 179: Vollstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	290
Abbildung 180: Prozentualer Anteil der vollstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	291
Abbildung 181: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	292
Abbildung 182: Teilstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	293

Abbildung 183: Prozentualer Anteil der teilstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs- Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	294
Abbildung 184: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	295
Abbildung 185: Standorte mit vollstationären PEPP-Fällen nach Behandlungsbereichen im Jahr 2023	296
Abbildung 186: Standorte mit teilstationären PEPP-Fällen nach Behandlungsbereichen im Jahr 2023	296
Abbildung 187: Vollstationäre PEPP-Fälle je Standort im Behandlungsbereich Psychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	297
Abbildung 188: Vollstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychosomatik inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	298
Abbildung 189: Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023	299
Abbildung 190: Alternative Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023	300
Abbildung 191: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger der vollstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	301
Abbildung 192: Teilstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	302
Abbildung 193: Teilstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychosomatik inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	303
Abbildung 194: Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023	304
Abbildung 195: Alternative Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023	305
Abbildung 196: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger der teilstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	306

Abbildung 197: Vollstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	308
Abbildung 198: Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	309
Abbildung 199: Alternative Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	310
Abbildung 200: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten-beziehungsweise zweitnächsten Versorger der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	311
Abbildung 201: Teilstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023	312
Abbildung 202: Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	313
Abbildung 203: Alternative Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	314
Abbildung 204: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten-beziehungsweise zweitnächsten Versorger der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023	315
Abbildung 205: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten im PEPP-Bereich Psychiatrie und Psychosomatik für das Jahr 2035	317

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anzahl der vollstationären Krankenhausstandorte, der vollstationären Fälle 2023 sowie die durchschnittliche Auslastung nach betriebsbereit aufgestellten Betten je Versorgungsgebiet	56
Tabelle 2:	Anzahl der durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten nach Bettenclustern, Standorten und Versorgungsgebiet im Jahr 2023 gemäß Zählung nach Standortnummern	58
Tabelle 3:	Anzahl der durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten nach Bettenclustern, Standorten und Versorgungsgebiet im Jahr 2023 gemäß Zählung nach IK-Nummern	59
Tabelle 4:	Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023	68
Tabelle 5:	Leistungsgruppen und Anzahl der Standorte, die Fälle in der jeweiligen Leistungsgruppe im Jahr 2023 behandelten	71
Tabelle 6:	Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023	73
Tabelle 7:	Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort nach NRW-Leistungsbereichen im Jahr 2023	75
Tabelle 8:	Prognose der Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Erwartungswerten 2023 und 2035 (Wohnort Rheinland-Pfalz)	85
Tabelle 9:	Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2035 auf Leistungsgruppenebene (Behandlungsort Rheinland-Pfalz)	88
Tabelle 10:	Verweildauerabhängige Sollnutzungsgrade	90
Tabelle 11:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zur Schlaganfallversorgung in zertifizierten Stroke Units im Betrachtungsjahr 2024	96
Tabelle 12:	Auswertung der Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz nach definierten Clustern für das Jahr 2023	98
Tabelle 13:	Anzahl der versorgten Schlaganfälle nach Standortkategorie und Versorgungsgebiet im Jahr 2023	101
Tabelle 14:	Aufnahmearläufe gemäß § 21-KHEntgG-Daten 2023 von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall	101
Tabelle 15:	Entlassgründe gemäß § 21-KHEntgG-Daten 2023 von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall	102
Tabelle 16:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Betrachtungsjahr 2023	112
Tabelle 17:	Krebszentren in Rheinland-Pfalz, Stichtag: 22. Oktober 2024	126
Tabelle 18:	Eingruppierung aller Fälle mit den Hauptdiagnose I20 bis I22 nach der NRW-Leistungsgruppensystematik für das Jahr 2023	138

Tabelle 19:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zu der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Betrachtungsjahr 2023	138
Tabelle 20:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zu der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Betrachtungsjahr 2023	154
Tabelle 21:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Betrachtungsjahr 2023	167
Tabelle 22:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „21.4 – Geburten“ im Betrachtungsjahr 2023	179
Tabelle 23:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Betrachtungsjahr 2023	199
Tabelle 24:	Anzahl der Transporte im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz, differenziert nach Versorgungsgebiet des Zielkrankenhauses	221
Tabelle 25:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zu den DGU TraumaZentren im Betrachtungsjahr 2024	225
Tabelle 26:	Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „27.1 – Geriatrie“ im Betrachtungsjahr 2023	233
Tabelle 27:	Leistungen mit Mindestmengen gemäß Mindestmengenregelungen des G-BA im Jahr 2024	246
Tabelle 28:	Gegenüberstellung der zehn häufigsten Hauptdiagnosen für das Jahr 2023 unterteilt nach den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik.	269
Tabelle 29:	PEPP-Strukturkategorien	269
Tabelle 30:	Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023	279
Tabelle 31:	Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychosomatik nach Bundesland im Jahr 2023	282
Tabelle 32:	Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023	285
Tabelle 33:	Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychosomatik nach Bundesland im Jahr 2023	288
Tabelle 34:	Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023	290
Tabelle 35:	Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023	293

Tabelle 36:	Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der vollstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023	302
Tabelle 37:	Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der teilstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023	307
Tabelle 38:	Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	312
Tabelle 39:	Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023	315

Abkürzungsverzeichnis

<i>AOP-Katalog</i>	Katalog ambulant durchführbarer Operationen
<i>CT</i>	Computertomografie
<i>DGNER</i>	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation
<i>DRG</i>	Diagnosis-Related Groups
<i>EPU</i>	Elektrophysiologische Untersuchung
<i>EW</i>	Einwohnerinnen und Einwohner
<i>FQI 1.0</i>	Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2012-2015
<i>FQI 2.0</i>	Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative 2.0, 2018-2020
<i>FQI 2.1</i>	Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.1, 2018-2024
<i>g</i>	Gramm
<i>G-BA</i>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<i>GFK</i>	Geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung
<i>hcb</i>	Institute for Health Care Business GmbH
<i>HKL</i>	Herzkatheterlabor
<i>ICD</i>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<i>IK</i>	Institutskennzeichen
<i>InEK</i>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
<i>KHEntgG</i>	Krankenhausentgeltgesetz
<i>KHG</i>	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz
<i>KHVVG</i>	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
<i>KI</i>	Künstliche Intelligenz
<i>KJP</i>	Kinder- und Jugendpsychiatrie
<i>km²</i>	Quadratkilometer
<i>LG</i>	Leistungsgruppe
<i>LHKM</i>	Linksherzkatheter-Messplatz
<i>MAGS</i>	Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
<i>MWG</i>	Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz
<i>NNF</i>	Neurologisch neurochirurgische Komplexbehandlung
<i>NRW-Leistungsgruppen</i>	Leistungsgruppen basierend auf der Nordrhein-Westfalen Definition
<i>OECD</i>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<i>OPS</i>	Operationen - und Prozedurenschlüssel
<i>PEPP</i>	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

<i>PKW</i>	Personenkraftwagen
<i>PLZ 5</i>	Fünfstellige Postleitzahl
<i>PLZ 8</i>	Achtstellige Postleitzahl
<i>PPP-RL</i>	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
<i>PpUGV</i>	Pflegepersonaluntergrenzenverordnung
<i>PsychKHG</i>	Landesgesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen
<i>RettdG</i>	Rettungsdienstgesetz
<i>RLP</i>	Rheinland-Pfalz
<i>SGB V</i>	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
<i>SGB VII</i>	Siebtens Buch Sozialgesetzbuch
<i>StLA-RLP</i>	Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz
<i>TemeS-RLP</i>	Telemedizinische Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz
<i>VG MW</i>	Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald
<i>VG RN</i>	Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe
<i>VG RP</i>	Versorgungsgebiet Rheinpfalz
<i>VG TR</i>	Versorgungsgebiet Trier
<i>VG WP</i>	Versorgungsgebiet Westpfalz

1 Ausgangssituation

1.1 Ziele des Gutachtens

Entsprechend den Vorgaben des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) sind die Bundesländer dazu verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen. Dadurch soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige, digital ausgestattete und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser gewährleistet werden.¹

Der derzeit gültige Krankenhausplan für das Land Rheinland-Pfalz gilt seit 2019, hatte einen ursprünglichen Planungshorizont bis 2025 und wurde bis Ende 2026 verlängert. Die Verlängerung soll dazu dienen, die neuen Anforderungen des zum 12.12.2024 in Kraft getretenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) bei der zukünftigen Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Die im Krankenhausplan festgelegten Aufgaben umfassen die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sowohl in den städtischen als auch ländlichen Gebieten, die konsequente Förderung der Versorgungsqualität, die Sicherstellung der Notfallversorgung in den Krankenhäusern sowie die Weiterentwicklung der Altersmedizin vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.²

Zur Vorbereitung auf den zukünftig zu erstellenden Krankenhausplan, insbesondere vor dem Hintergrund des Reformvorhabens des Bundes im Rahmen des KHVVG, hat das Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (MWG) die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH beauftragt, ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz zu erstellen. Das Gutachten hat das Ziel, den Ist-Zustand der Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen zu untersuchen und aufbauend auf den Analysen Handlungsempfehlungen für eine mögliche Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft aufzuzeigen. Das Gutachten hat nicht das Ziel, konkrete Empfehlungen für den Aus- oder Umbau einzelner Krankenhausstandorte zu geben, sondern bietet einen umfassenden Überblick über die Krankenhauslandschaft und den erforderlichen Bedarf.

Eine wesentliche Anpassung im KHVVG ist die Einführung einer deutschlandweit einheitlichen Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen. Da bis zum Abschluss der Analysen im vorliegenden Gutachten noch keine abschließende und öffentlich zugängliche Definition der im KHVVG genannten Leistungsgruppen vorlag, wurden im Bereich der Somatik auf die für die nordrhein-westfälische Krankenhausplanung definierten Leistungsgruppen (NRW-Leistungsgruppen)³ zurückgegriffen. Für die Analyse der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wurde, auch aufgrund der fehlenden Differenzierung nach psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen innerhalb der zugehörigen NRW-Leistungsgruppen, in Teilen eine Auswertung basierend auf den PEPP-Strukturkategorien⁴ gewählt.

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

² Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz (2024): Krankenhausplanung, <https://mwg.rlp.de/themen/gesundheit/gesundheitsliche-versorgung/krankenhauswesen/krankenhausplanung/planung>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³ Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2024): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024. Hinweis: Es gab im Oktober 2024 eine Aktualisierung der Definition, die nicht in diesem Gutachten berücksichtigt wurde.

⁴ Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

1.2 Aufbau des Gutachtens

Das vorliegende Gutachten gliedert sich in sieben Kapitel. Zunächst wird im ersten Kapitel die Ausgangssituation in Rheinland-Pfalz beschrieben. Neben übergreifenden Aspekten wie Geografie, Bevölkerungsverteilung und demografischen Entwicklungen wird auch der aktuelle Krankenhausplan thematisiert.

Das zweite Kapitel fokussiert die Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung. Neben den externen Rahmenbedingungen wie dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel, der COVID-19-Pandemie und dem medizinisch-technischen Fortschritt werden darüber hinaus auch die Implikationen von Entwicklungen wie der Ambulantisierung und der Konzentration von Leistungen betrachtet.

Im Anschluss an die ersten beiden Kapitel folgen die methodischen Grundlagen im Kapitel drei. Hier werden insbesondere die verwendeten Datenquellen und ihre Aufbereitung beschrieben.

Im Kapitel vier wird der Status quo der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz analysiert. Die Krankenhausversorgung wird zum einen mit der Versorgung in den übrigen Bundesländern verglichen. Zum anderen werden die Strukturen und Entwicklungen des stationären Versorgungsgeschehens sowie die Patientenwanderungen dargestellt. Zudem erfolgt eine Analyse der stationären rheinland-pfälzischen Fälle auf Basis der NRW-Leistungsgruppensystematik.

Das Kapitel fünf befasst sich anschließend mit der Prognose der vollstationären Fallzahlen bis zum Jahr 2035.

Im sechsten Kapitel werden verschiedene vertiefende Analysen zu ausgewählten Themenbereichen präsentiert. Folgende Themenkomplexe werden dabei adressiert

- Schlaganfallversorgung
- Neurologisch-neurochirurgische frührehabilitative Versorgung
- Onkologische Versorgung
- Herzmedizinische Versorgung
- Geburtshilfe und Perinatalzentren
- Kinder- und Jugendmedizin
- Notfall- und Traumaversorgung
- Geriatrie
- Mindestmengen
- Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Abgerundet werden die Betrachtungen des Gutachtens mit einer Management Summary und den Handlungsempfehlungen die im Kapitel sieben zu finden.

1.3 Geografie und Bevölkerungsverteilung von Rheinland-Pfalz

1.3.1 Geografie

Das Bundesland Rheinland-Pfalz liegt im Südwesten Deutschlands. Die Grundfläche beträgt rund 19.858 km², was rund 5,6 % der Gesamtfläche Deutschlands entspricht.⁵ Damit gehört Rheinland-Pfalz zu den kleineren Flächenländern (Platz neun im Bundesvergleich). Das Bundesland Rheinland-Pfalz grenzt an die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg, das Saarland sowie an die Nachbarländer Frankreich, Luxemburg und Belgien.

Rheinland-Pfalz ist durch eine vielfältige Topografie gekennzeichnet, die wesentlichen Einfluss auf die Krankenhausplanung hat. Insgesamt 14,7 % der Bodenfläche wird für Verkehrs- beziehungsweise Siedlungszwecke genutzt. Der überwiegende Anteil (rund 84 %) besteht aus Vegetationsflächen (Landwirtschafts- und Waldflächen).⁶ Die Mittelgebirgsregionen – darunter die Eifel, der Hunsrück und der Pfälzerwald sowie die großen Flüsse wie Rhein, Mosel, Saar, Lahn und Nahe – prägen die räumliche Struktur des Bundeslandes. Die Flüsse und die sie begleitenden Täler bilden zwar bedeutende Verkehrskorridore, stellen jedoch auch natürliche Barrieren dar, die in einigen Gebieten die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen für die Bevölkerung erschweren können.

Die geografischen Rahmenbedingungen erfordern daher eine detaillierte Analyse der jeweiligen Versorgungswege, um insbesondere im Falle eines medizinischen Akutereignisses wie einem Herzinfarkt eine schnelle und bedarfsgerechte medizinische Versorgung in allen Regionen zu gewährleisten.

⁵ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): Rheinland-Pfalz heute, https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/kurzinformationen/RLP_heute_2024.pdf, zuletzt abgerufen am 28.11.2024.

⁶ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2022): Statistisches Jahrbuch 2022, https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/jahrbuch/Jahrbuch_2022_Kapitel_1_-_Geografie_und_Klima.pdf, zuletzt abgerufen am 11.12.2024.

Landkreise und kreisfreie Städte

Rheinland-Pfalz



Abbildung 1: Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz sowie die Versorgungsgebiete⁷

1.3.2 Bevölkerungsverteilung

In Rheinland-Pfalz lebten im Jahr 2023 rund 4,1 Millionen Menschen.⁸ Diese verteilten sich auf die in der Abbildung 1 dargestellten 24 Landkreise, 12 kreisfreien Städte und die Versorgungsgebiete. Die Landeshauptstadt Mainz war mit rund 221.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW) die größte rheinland-pfälzische Stadt. Dahinter lagen mit ebenfalls mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die kreisfreien Städte Ludwigshafen (rund 174.000 EW), Koblenz (rund 115.000 EW) und Trier (rund 112.000 EW).⁹

⁷ In Anlehnung an Statistisches Landesamt (2022): Statistisches Jahrbuch, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/RPHeft_mods_00022801, zuletzt abgerufen am 27.11.2024.

⁸ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): Bevölkerungsvorgänge 2022, Kennziffer: A1023 202200, ISSN: 1430-5054, https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/RPHeft_derivate_00008299/A1023_202200_1j_K.pdf, zuletzt abgerufen am 09.12.2024.

⁹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): Bevölkerungsvorgänge 2022, Kennziffer: A1023 202200, ISSN: 1430-5054, https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/RPHeft_derivate_00008299/A1023_202200_1j_K.pdf, zuletzt abgerufen am 09.12.2024.

Mit 210 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer (EW/km²) lag Rheinland-Pfalz 2023, bezogen auf die Bevölkerungsdichte, unter dem Bundesdurchschnitt von 237 EW/km².¹⁰ Im bundesweiten Vergleich lag Rheinland-Pfalz damit an neunter Stelle. Die Kennzahl EW/km² auf Bundeslandebene ist jedoch nur beschränkt aussagekräftig, da sie nichts über die Verteilung der Bevölkerung innerhalb des Bundeslandes aussagt.

In Rheinland-Pfalz war die Bevölkerung im Jahr 2023 sehr heterogen verteilt. Während die Bevölkerungsdichte in den kreisfreien Städten Mainz (2.257 EW/km²), Ludwigshafen (2.251 EW/km²) oder Speyer (1.203 EW/km²) deutlich über dem durchschnittlichen Niveau von Rheinland-Pfalz lag, wohnten in den Landkreisen Vulkaneifel (68 EW/km²), Cochem-Zell (91 EW/km²) oder Bernkastel-Wittlich (99 EW/km²) die wenigsten Einwohnerinnen und Einwohner je km².¹¹ Die Abbildung 2 verdeutlicht dies auf der Ebene der fünfstelligen Postleitzahlregionen. Vor allem in Mainz, Ludwigshafen, Koblenz und Trier war die Bevölkerungsdichte verhältnismäßig hoch. Konkret wies das Postleitzahlgebiet Mainz-Neustadt (55118) mit rund 13.392 EW/km² die höchste Einwohnerdichte bezogen auf das Jahr 2023 auf. Die niedrigste Einwohnerdichte hingegen verzeichnete das Postleitzahlgebiet Üttfeld (54619) im Eifelkreis Bitburg-Prüm mit rund 24 EW/km².

¹⁰ Statista (2024): Bevölkerungsdichte in Deutschland von 1991 bis 2023, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/440766/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland/>, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹¹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): Bevölkerungsvorgänge 2022, Kennziffer: A1023 202200, ISSN: 1430-5054, https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/RPHeft_derivate_00008299/A1023_202200_1j_K.pdf, zuletzt abgerufen am 09.12.2024.

Bevölkerungsdichte (2023)

Einwohnerinnen und Einwohner (EW) je Quadratkilometer

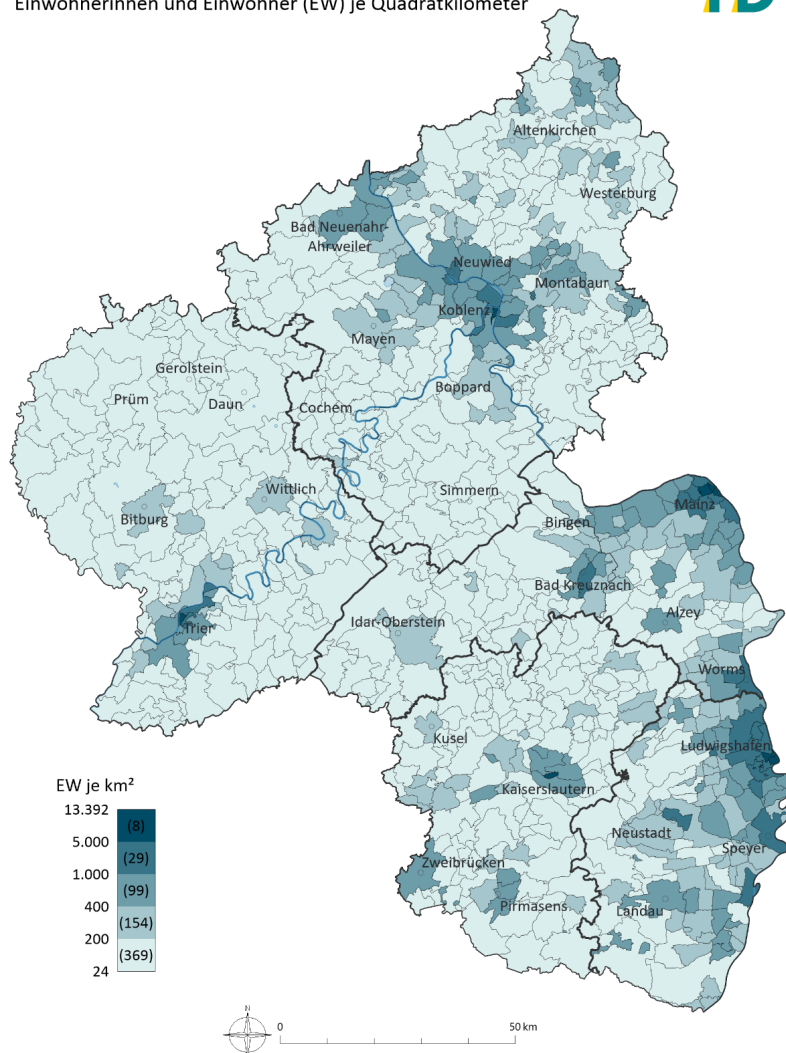


Abbildung 2: Bevölkerungsdichte je Landkreis / kreisfreie Stadt in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023¹²

Die vielen ländlichen Regionen mit einer niedrigen Bevölkerungsdichte stellen die Krankenhausplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor Herausforderungen. Dies liegt insbesondere am Spannungsfeld aus flächendeckender Basisnotfallversorgung und Zentralisierung von Leistung.

¹² Eigene Darstellung auf Basis der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamt Rheinland-Pfalz (2020) sowie weiterer demografischer Daten auf Gemeindeebene. Die Zahl in Klammern in der Legende steht für die jeweils betreffende Anzahl der PLZ-5-Gebiete.

1.3.3 Demografische Entwicklung

Die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz wird bis 2035 um rund 1,8 % auf rund 4,2 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner wachsen.¹³ Die Abbildung 3 zeigt, dass die Bevölkerung im Versorgungsgebiet Rheinpfalz am stärksten wachsen wird, mit einem Zuwachs von rund 3,5 %. Für das Versorgungsgebiet Westpfalz hingegen wird ein Bevölkerungsrückgang von rund -1,3 % prognostiziert.

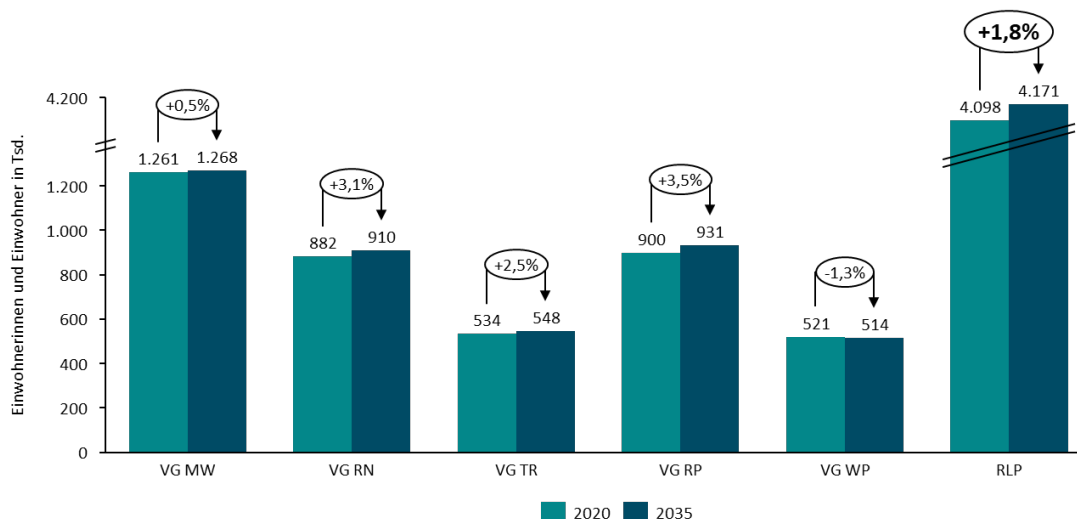


Abbildung 3: Entwicklung der Einwohnerzahl in den jeweiligen Versorgungsgebieten in Rheinland-Pfalz bis 2035¹⁴

Auch bestehen deutliche Unterschiede in der Entwicklung innerhalb der einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte. Während für Mainz und den Rhein-Pfalz-Kreis (jeweils rund +4,8 %) bis 2035 ein Bevölkerungszuwachs prognostiziert wird, wird im selben Zeitraum ein Rückgang der Bevölkerung in Pirmasens (rund -4,5 %) und der Südwestpfalz (rund -3,7 %) prognostiziert.¹⁵

Der bis 2035 prognostizierte Bevölkerungsrückgang ist neben den unterstellten Wanderungsbewegungen der reinland-pfälzischen Bevölkerung (Zuwanderung und Abwanderung von Menschen zwischen verschiedenen Regionen oder Bundesländern) unter anderem auf die niedrige Geburtenrate zurückzuführen. Von 2004 bis 2016 stieg die Geburtenrate von 1,36 auf 1,6 Kinder je Frau in der Altersgruppe von 15 bis unter

¹³ Eigene Berechnung auf der Grundlage der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2020): Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz, Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020), https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2070/2022/Demografischer_Wandel.pdf, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹⁴ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2020): Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz, Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020), https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2070/2022/Demografischer_Wandel.pdf, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹⁵ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2020): Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz, Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020), https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2070/2022/Demografischer_Wandel.pdf, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

45 Jahren. Seit dem Jahr 2021 ist die Geburtenrate allerdings erneut gesunken und lag im Jahr 2023 bei 1,41 Kindern je Frau¹⁶ (Bundesdurchschnitt: 1,35 Kinder je Frau¹⁷).

Infolge des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs und der niedrigen Geburtenrate, verbunden mit einer steigenden Lebenserwartung, wird sich auch die Altersstruktur in Rheinland-Pfalz in den nächsten Jahren verändern. Während das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz im Jahr 1990 bei 39 Jahren lag, stieg es im Jahr 2022 auf 45 Jahre und lag damit etwas über dem Bundesdurchschnitt von 44,6 Jahren.¹⁸ Dazu wird ein Anstieg der Lebenserwartung bei Frauen auf rund 85 Jahre und bei Männern auf rund 82 Jahre angenommen.¹⁹

Für die kommenden Jahre zeigt sich eine deutliche Verschiebung der Altersgruppen in Rheinland-Pfalz (Abbildung 4). Der Anteil der Personen über 64 Jahre wird bis 2035 deutlich ansteigen. Diese Entwicklung ist in allen Versorgungsgebieten zu verzeichnen, jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt. Den höchsten Anteil an Personen über 64 Jahren wiesen im Jahr 2020 das Versorgungsgebiet Westpfalz und das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald mit jeweils einem Anteil von rund 23 % auf, was leicht über dem Durchschnitt von Rheinland-Pfalz von rund 22 % lag.

2035 wird der Anteil der älteren Bevölkerung in Rheinland-Pfalz auf rund 28 % ansteigen. Auch hier werden die Versorgungsgebiete Westpfalz und Mittelrhein-Westerwald im Vergleich zu den anderen Versorgungsgebieten mit rund 29 % voraussichtlich den höchsten Anteil an Personen über 64 Jahren aufweisen. Gleichzeitig wird der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter in Rheinland-Pfalz bis 2035 um rund 6 Prozentpunkte von 59 % auf 53 % abnehmen.

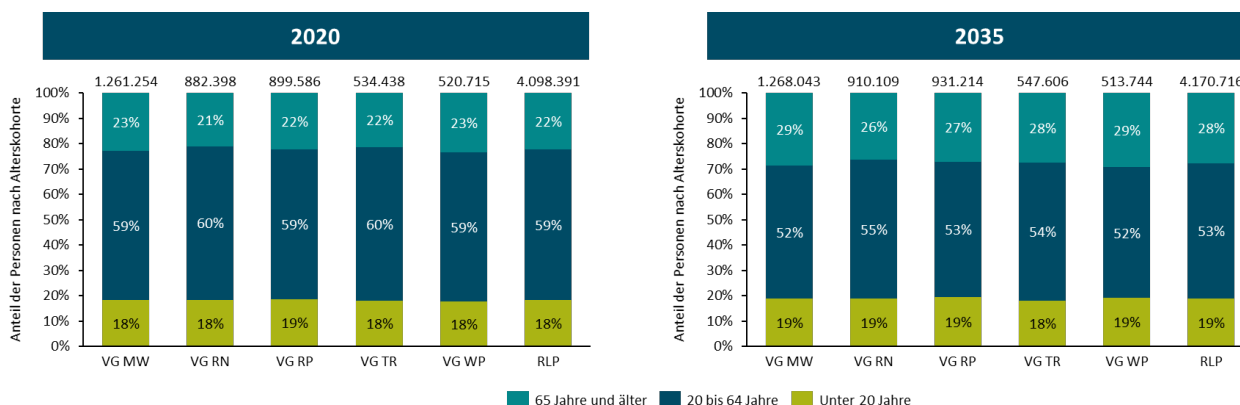


Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz nach Alterskohorte im Vergleich von 2020 und 2035²⁰

¹⁶ Statistisches Bundesamt (2024): 12612-0104: Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau): Bundesländer, Jahre, Altersgruppen, <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12612-0104&bypass=true&levelindex=0&levelid=1707135230268#breadcrumb>, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹⁷ Statistisches Bundesamt Destatis (2024): Bevölkerung – Geburten, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹⁸ Statistisches Bundesamt (2023): Bevölkerung nach dem Gebietsstand, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerungsstand-gebietsstand-werte.html>, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹⁹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2020): Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz, Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020), https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2070/2022/Demografischer_Wandel.pdf, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

²⁰ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2020): Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz, Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020), https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2070/2022/Demografischer_Wandel.pdf, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

1.4 Status quo der Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz

Durch das KHG sind die Länder verpflichtet, einen Krankenhausplan aufzustellen. Damit wird das Ziel verfolgt, Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsge- rechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. In Rheinland-Pfalz ist dies als öffentliche Aufgabe im Landeskrankenhausgesetz festgeschrieben. Ein wesent- liches Instrument zur Erreichung dieses Ziels ist die Aufstellung des Landeskrankenhausplans.^{21/22}

Der aktuelle Krankenhausplan wurde im Jahr 2019 aufgestellt. Aufgrund der Zeitplanung zur Umsetzung des KHVVG wurde seine Gültigkeit um ein Jahr bis 2026 verlängert. Er beschreibt die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung existierenden 76 Plankrankenhäuser an knapp 100 Krankenhausstandorten in Rheinland- Pfalz sowie 11 Vertragskrankenhäuser gemäß § 108 SGB V.^{23/24} Es handelt sich insgesamt um einen Rah- menplan, der von einer detaillierten Planung absieht.^{25/26/27/28}

Die Krankenhausplanung der somatischen Fächer erfolgt in den 5 Versorgungsgebieten Mittelrhein-Wes- terwald, Rheinhessen-Nahe, Rheinpfalz, Westpfalz und Trier. Demgegenüber orientiert sich die Planung der psychiatrischen und psychosomatischen Fächer an 20 (für Erwachsene) und 10 (für Kinder- und Jugendliche) zu beplanenden Pflichtversorgungsregionen.²⁹

Die Abteilungen der Krankenhausstandorte werden jeweils in der Unterteilung in Haupt- und Belegabtei- lungen sowie in entsprechende Fachabteilungen ausgewiesen. Letztere untergliedern sich in insgesamt 22 vollstationäre Fachgebiete.³⁰ Zusätzlich sind in vier Krankenhäusern Abteilungen mit interdisziplinären Betten ausgewiesen.³¹

Als maßgebliche Bezugsgröße für die Krankenhausplanung dienen bisher die Planbetten. In ausgewählten Fachgebieten werden zudem tagesklinische Plätze ausgewiesen. Zusätzlich zur quantitativen Benennung von Betten und Plätzen werden spezielle Leistungsangebote und Kompetenzen qualitativ erfasst. Auch die

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

²² § 2 Absatz 1 und 2 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz.

²³ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

²⁴ Im Dezember 2024 wurde das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz in den Krankenhausplan aufgenommen.

²⁵ Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz: Krankenhausplanung, <https://mwg.rlp.de/themen/gesundheit/gesundheitsliche-versorgung/krankenhauswesen/krankenhausplanung/planung>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

²⁶ Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz (2019, Nummer 22): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025.

²⁷ Degen, H. (2024): Ausgangslage der Krankenhausplanung in den Bundesländern, erschienen in: Krankenhausreport 2024, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-68792-5_1, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

²⁸ Deutsches Ärzteblatt (2024): Rheinland-Pfalz: Neuer Krankenhausplan soll ab 2027 greifen, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/156197/Rheinland-Pfalz-Neuer-Krankenhausplan-soll-ab-2027-greifen>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

²⁹ Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz (2019, Nummer 22): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025.

³⁰ Zu den ausgewiesenen Fachgebieten gehören: Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Geriatrie, Gynäkologie / Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Herzchirurgie, Innere Medizin, Intensivmedizin / Anästhesie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Konservative Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Urologie, Strahlentherapie.

³¹ Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz (2019, Nummer 22): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025.

Dimensionen Erreichbarkeit und Sollnutzungsgrade³² zählen zu den im Krankenhausplan aufgeführten Planungsgrößen.³³

Basierend auf den Planbetten werden die Standorte der Allgemeinkrankenhäuser in Versorgungsstufen, bestehend aus Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgern, eingeteilt und Fachkrankenhäuser ausgewiesen. Daraus ergeben sich dann die Versorgungsaufträge der jeweiligen Krankenhäuser.³⁴

Länderübergreifend sieht das KHVVG für die somatische Versorgung zukünftig eine Abkehr von der bisherigen, auf Planbetten basierenden Planungsmethode hin zu einer fallzahlorientierten Planung, die sich an Leistungsgruppen orientiert. Rheinland-Pfalz wird die ab dem Jahr 2027 nach dem KHVVG vergütungsrechtlich vorgeschriebene Zuweisung von Leistungsgruppen auch zur Grundlage der Planung für die somatischen Fachgebiete machen.^{35/36}

³² Der Nutzungsgrad der Betten gibt die durchschnittliche Auslastung der aufgestellten Betten an. Der Sollnutzungsgrad stellt dabei eine normative Vorgabe dar, der je Bundesland selbst festgelegt wird.

³³ Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz (2019, Nummer 22): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025.

³⁴ Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz (2019, Nummer 22): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025.

³⁵ Weiterführende Informationen zum Reformvorhaben finden sich in Abschnitt 2.1.3 des Gutachtens.

³⁶ Deutsches Ärzteblatt (2024): Rheinland-Pfalz: Neuer Krankenhausplan soll ab 2027 greifen, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/156197/Rheinland-Pfalz-Neuer-Krankenhausplan-soll-ab-2027-greifen>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

2 Herausforderungen und Trends der stationären Versorgung

2.1 Äußere Rahmenbedingungen

2.1.1 Fachkräftemangel

Nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in vielen anderen Branchen in Deutschland ist die Verfügbarkeit von Fachkräften eine große Herausforderung. Ein Grund dafür ist das Ungleichgewicht zwischen der Anzahl an Personen, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden und denjenigen, die neu in den Arbeitsmarkt eintreten. Insbesondere die geburtenstarke Generation der „Babyboomer“³⁷ wird dem Arbeitsmarkt ab circa 2023 nicht mehr zur Verfügung stehen.³⁸

Konkret bedeutet dies für die kommenden Jahre, dass jährlich circa 1,3 Millionen Erwerbstätige in Rente gehen, während nur circa 0,8 Millionen Erwerbstätige neu auf den Arbeitsmarkt hinzukommen werden.³⁹ Damit steigt die Zahl der Rentnerinnen und Rentner im Verhältnis zur erwerbstätigen Bevölkerung jährlich um rund 500.000 Personen. Basierend auf der in Abschnitt 1.3 beschriebenen Bevölkerungsentwicklung für Rheinland-Pfalz kann der entsprechende Zuwachs an Rentnerinnen und Rentnern im Verhältnis zur erwerbstätigen Bevölkerung in Rheinland-Pfalz auf etwa 25.000 bis 30.000 Personen jährlich geschätzt werden. Gemessen an dem Bevölkerungsanteil von Rheinland-Pfalz an der Gesamtbevölkerung Deutschlands ist dies ein erwartbarer Wert.

Verdeutlicht wird dies außerdem durch die Altersverteilung des Gesundheitspersonals, dargestellt in der Abbildung 5. Während 26 % des Gesundheitspersonals 2022 zwischen 50 und 60 Jahren alt sind, sind nur 16 % unter 30 Jahren. Im Hinblick auf den demografischen Wandel (vgl. Abschnitt 1.3.3) stellt dies eine existenzielle Herausforderung für Krankenhäuser dar.

³⁷ Die Jahrgänge zwischen 1955 und 1969. Quelle: Sange, R., von Wulffen, K. (2022): Die Generation der Babyboomer in Deutschland, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-34512-9_1, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³⁸ Heller, C. (2024): Herausforderungen einer Neustrukturierung aus Krankenhaussicht, erschienen in Krankenhaus-Report 2024, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³⁹ Heller, C. (2024): Herausforderungen einer Neustrukturierung aus Krankenhaussicht, erschienen in Krankenhaus-Report 2024, <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

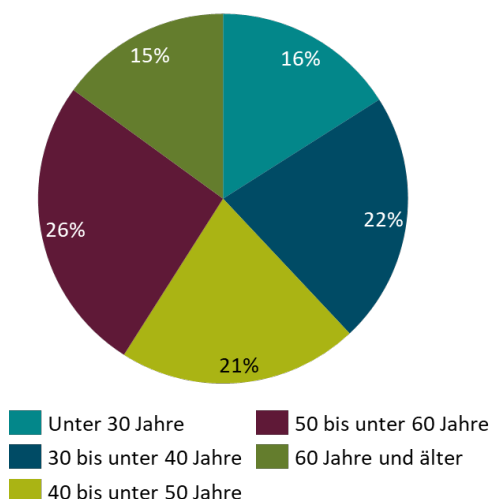


Abbildung 5: Gesundheitspersonal nach Altersgruppen (2022)⁴⁰

Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2021 treten personelle Engpässe von Fachpersonal zwar bundesweit auf, jedoch gibt es regionale Unterschiede. Demnach ist unter anderem Rheinland-Pfalz tendenziell von einem etwas höheren Fachkräftemangel betroffen.⁴¹

Die im August bis September 2024 von den Gutachtenden befragten Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz bewerten den Fachkräftemangel unterschiedlich stark. Dabei variieren die Ergebnisse je nach Berufsgruppe. Insbesondere beim Pflegedienst gaben rund 50 % (n=40) der teilnehmenden Krankenhausstandorte an, dass diese vom Fachkräftemangel stark bis sehr stark betroffen waren. Beim Ärztlichen Dienst lag dieser Anteil mit rund 41 % (n=33) ein wenig niedriger.

Die Anzahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten lag 2022 bei bundesweit rund 6 Millionen Personen.⁴² Im Vergleich zu den Vorjahren stellt dies einen positiven Trend dar. Insbesondere die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegedienstes sind mit insgesamt rund 57 % aller im Krankenhaus Beschäftigten die größte Berufsgruppe.⁴³ Dies bestätigt auch der Krankenhausreport 2023 mit dem Schwerpunktthema „Personal“. Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen bezogen auf die Bevölkerung.⁴⁴ Setzt man dies jedoch in Relation zur Zahl der stationären Fälle in deutschen Krankenhäusern – die in Deutschland, verglichen mit

⁴⁰ Destatis (2024): Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2022, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Grafik/Interaktiv/gesundheitspersonal-altersgruppen.html>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴¹ Bertelsmann Stiftung (2021): Fachkräftengpässe und Zuwanderung aus Unternehmenssicht in Deutschland 2021: Stärkerer Anstieg als im Vorjahr angenommen, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/fachkraefteengpaesse-und-zuwanderung-aus-unternehmenssicht-in-deutschland-2021-staerkerer-anstieg-als-im-vorjahr-angenommen-all>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴² Destatis (2024): Pressemitteilung Nr. 082 vom 1. März 2024, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_082_23526.html, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴³ Statista (2024): Anzahl des Krankenhauspersonals in Deutschland nach Berufsgruppen im Zeitraum von 2019 bis 2023, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161100/umfrage/krankenhauspersonal-nach-berufsgruppen-1998-und-2008/>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁴ Köppen, J., Busse, R. (2023): Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich, in Krankenhausreport 2023, Klauber, J. et al., https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_2, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

anderen europäischen Ländern, überdurchschnittlich hoch ist –, wird erkennbar, dass das hiesige Personal im internationalen Vergleich deutlich mehr Patientinnen und Patienten versorgen muss.⁴⁵ Dies führt nicht nur zu einer hohen Arbeitsbelastung der Fachkräfte, sondern ist auch hinsichtlich negativer Auswirkungen auf die Versorgungssituation kritisch zu betrachten.

Einige Studien untersuchten in diesem Zusammenhang die Auswirkungen des Fachkräftemangels auf die Qualität der Patientenversorgung anhand der Nurse-to-patient-Ratio. Diese beschreibt das Verhältnis zwischen der Anzahl an Patientinnen und Patienten sowie dem verfügbaren Pflegefachpersonal. Die Ergebnisse zeigen, dass eine geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft zu einem besseren Ergebnis führt, beispielsweise hinsichtlich der Verweildauer oder der Mortalität.^{46/47}

Dies wird auch in dem im Jahr 2024 erschienenen Gutachten mit dem Titel „Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege bestätigt. Dieser hat sich im ersten Jahr nach seiner Gründung am 1. Februar 2023 intensiv mit der Fachkräftesituation im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt. Es werden weitere Folgen der Personalengpässe angeführt, wie beispielsweise die Gefährdung einer flächendeckenden Versorgung, eine gesundheitsgefährdende Arbeitsbelastung des Personals und damit verbunden eine höhere Anzahl krankheitsbedingter Fehltag sowie die Überforderung des Nachwuchses in der Ausbildung. Das hat zur Folge, dass eine niedrigere Arbeitszufriedenheit und eine höhere Wahrscheinlichkeit des Berufsausstiegs die Gesamtsituation verschärfen.⁴⁸

Die Einführung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes im Jahr 2019 war ein Ansatz zur Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege. Die Ziele des Gesetzes waren eine bessere personelle Ausstattung und verbesserte Arbeitsbedingungen durch eine Reihe von Maßnahmen. Darunter fallen beispielsweise die Förderung der Einstellung von Pflegekräften, die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem (DRG-System)⁴⁹ oder Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie.⁵⁰ Darüber hinaus wurden ab 2019 in zunächst vier Bereichen Pflegepersonaluntergrenzen gemäß der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene eingeführt, die sukzessive auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgeweitet wurden. Kliniken, die die Untergrenzen unterschreiten, werden wirtschaftlich sanktioniert. Auf diese Weise sollten sowohl die pflegerische Versorgung als auch die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal durch die Verbesserung

⁴⁵ Köppen, J., Busse, R. (2023): Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich, in Krankenhausreport 2023, Klauber, J. et al., https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_2, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁶ Kane, R. L. et al. (2007): The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis, erschienen in: Medical care, 45(12), S. 1195–1204.

⁴⁷ Griffiths, P. et al. (2014): The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements, Project Report, University of Southampton, Faculty of Health Sciences.

⁴⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, S. XXII–XXIII, Gutachten 2024, 2., durchgesehene Auflage, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁹ DRG steht für Diagnosis-related Groups.

⁵⁰ Bundesministerium für Gesundheit (2021): Sofortprogramm Pflege, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

des Personalschlüssels auf den Stationen verbessert werden.⁵¹ Mittlerweile sind Pflegepersonaluntergrenzen in 20 Bereichen vorgegeben.⁵² Mit der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) findet sich für den psychiatrischen und psychosomatischen Bereich ein vergleichbares Instrument zu Verbesserung der Personalsituation.

Um den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nachhaltig zu bewältigen, sind daher Maßnahmen zur Entlastung des bestehenden Personals, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Gewinnung von Nachwuchskräften unerlässlich. Hierzu hat der „Ovale Tisch“ des Ministerpräsidenten die „Fachkräftestrategie für Rheinland-Pfalz 2022–2026“ herausgegeben⁵³ und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung die „Fachkräftestrategie Pflege Rheinland-Pfalz 2025“ entwickelt, die bis 2028 umgesetzt werden soll. Zentrale Themen sind die Qualifikation, Gewinnung und Bindung von Fachkräften sowie Digitalisierung und Innovation.⁵⁴

In diesem Zusammenhang hat das das Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz den Gutachtenden die nachfolgenden Ausführungen zukommen lassen:⁵⁵

Seit 2002 wird in Rheinland-Pfalz in regelmäßigen Abständen die Arbeitsmarktanalyse „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe“ zur Fachkräftesituation in allen Gesundheitsfachberufen durchgeführt. Auf dieser Basis werden seit 2012 Fachkräfteinitiativen zur Fachkräftesicherung vom Arbeitsministerium umgesetzt.

Die Arbeitsmarktanalyse „Branchenmonitoring 2010“ zeigte eine Fachkräftelücke von 2.266 fehlenden Pflegefachkräften (Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern sowie Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpflegern), um die Nachfrage der Pflegeeinrichtungen zu decken. Als Antwort auf diese Herausforderung leitete die Landesregierung mit den Partnerinnen und Partnern des Gesundheitswesens und der Pflege in Rheinland-Pfalz die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2012-2015 (FQI 1.0) ein.

Die Maßnahmen in den Handlungsfeldern Aus- und Weiterbildung, Vor- und Nachqualifizierung, Weiterentwicklung der Pflege, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Beschäftigungsbedingungen, Öffentlichkeitsarbeit und ausländische Pflegekräfte waren erfolgreich. So konnte die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in der Altenpflegeausbildung um 31 %, in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung um 17 % und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung um 13 % gesteigert werden. Trotz dieses Erfolges bestand im Jahr 2015 aufgrund der demografischen Entwicklung immer noch eine Fachkräftelücke von 2.250 und im Jahr 2018 von 2.941 fehlenden Pflegefachkräften.

⁵¹ Augurzky, B., Finke, S. (2023): Vergütung der Pflege im Krankenhaus: neue Ansätze, erschienen in Krankenhaus-Report 2023, Klauber, J. et al., https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66881-8_15, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁵² InEK GmbH (2024): Umsetzung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV) für das Jahr 2025, <https://www.g-drg.de/einspaltig/pflegepersonaluntergrenzen-2025/umsetzung-der-verordnung-zur-festlegung-von-pflegepersonaluntergrenzen-in-pflegesensitiven-bereichen-in-krankenhaeusern-ppugv-fuer-das-jahr-2025>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁵³ Ovaler Tisch Rheinland-Pfalz (2022): Fachkräftestrategie für Rheinland-Pfalz 2022–2026, https://fachkraeftestrategie.rlp.de/fileadmin/fachkraeftestrategie/Dokumente/STK-2205049_Broschuere_Fachkraeftestrategie-220808_1221_shk-WEB-Einzelseiten.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁵⁴ Die Ausführungen im restlichen Abschnitt basieren auf den Eigenangaben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung vom 28.02.2025 und spiegeln alleine die Meinung des Ministeriums wider. Die Gutachtenden haben lediglich sprachliche beziehungsweise formale Anpassungen vorgenommen.

Aufgrund dieser Fachkräftesituation wurde die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative 2.0, 2018-2020 (FQI 2.0) mit den Partnerinnen und Partnern auf den Weg gebracht. In der FQI 2.0 konnte die Zahl der Auszubildenden in der Pflege noch einmal von 6.760 auf 6.791 leicht gesteigert werden. Dies ist insofern beachtlich, da im Schuljahr 2020/21 deutschlandweit die neue generalistische Pflegeausbildung eingeführt wurde. Die Reform der Pflegeausbildungen stellte alle beteiligten Akteure vor große Herausforderungen, die gemeinsam in Rheinland-Pfalz erfolgreich bewältigt werden konnten.

Das Branchenmonitoring 2020 zeigte eine Fachkräftelücke von 2.280 fehlenden Pflegefachkräften. Zudem veränderte im Jahr 2020 die COVID-19-Pandemie das Gesundheitswesen und die Pflege weltweit. Die Pflegekräfte standen stärker im Fokus der Öffentlichkeit und die Beschäftigungsbedingungen sowie die Fachkräftesituation in der Pflege wurden kritisch hinterfragt. Auch die Ausbildung stand im Rahmen der pandemiebedingten Schulschließungen vor neuen Aufgaben. Die Notwendigkeit von digitalen Lehr- und Lernmethoden für den Fernunterricht und die digitale Transformation der Arbeitswelt in der Pflege wurde schlagartig deutlich.

Das Land Rheinland-Pfalz reagierte mit der Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.1, 2018-2024 (FQI 2.1). Die bisherigen fünf Handlungsfelder der FQI 2.0 wurden durch das sechste Handlungsfeld „Digitalisierung und neue Technologien in der Pflege“ erweitert.

Auf Basis der Studie „digi2care“ wurde in diesem Handlungsfeld bereits im Jahr 2024 die „Digitale Bildungsoffensive Pflegeschulen 2024 Rheinland-Pfalz“ auf den Weg gebracht, die 2025 auf alle Gesundheitsfachberufe ausgeweitet wird. Das Branchenmonitoring 2023 zeigt wiederum eine gestiegene Fachkräftelücke von rund 3.800 fehlenden Fachkräften. Dies verdeutlicht, dass die Fachkräftesicherung in der Pflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine Daueraufgabe darstellt und die zentrale gesellschaftspolitische Herausforderung der nächsten Jahre ist. Folgerichtig sind die Fachkräftesicherungsmaßnahmen in Rheinland-Pfalz mit allen relevanten Akteuren im Gesundheitswesen und der Pflege fortzusetzen. Die neue „Fachkräftestrategie Pflege RLP 2025“ wird bis 2028 umgesetzt und wird dabei von der Vision „Wir stärken unser Gesundheitswesen und die Pflege in Rheinland-Pfalz und sichern eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger heute und in Zukunft!“ geleitet.⁵⁶

Alle Partnerinnen und Partner der Strategie haben dabei Ziele und Maßnahmen in den Themenfeldern: Fachkräftegewinnung, Fachkräftequalifizierung, Fachkräftebindung sowie Digitalisierung und Innovation vereinbart. Im Handlungsfeld „ausländische Pflegefachpersonen“ sollen verstärkt Pflegekräfte aus dem Ausland für eine Tätigkeit in der Pflege in Rheinland-Pfalz integriert werden. Dafür wurde 2017 eine Beratungsstelle in Mainz eingerichtet, 2019 die Anerkennungsbehörde in Landau zentriert und ein breites Netz von Krankenpflegeschulen aufgebaut, die Anpassungsmaßnahmen anbieten. Die Zahl der Anträge auf Anerkennung der ausländischen Abschlüsse in der Pflege sind daraufhin von 727 im Jahr 2017 auf 1.103 im Jahr 2024 um 52 % gestiegen. Durch die Fachkräfteinitiativen konnten die Ausbildungszahlen in der Pflege in den letzten Jahren gesteigert werden. Gegenüber dem Schuljahr 2022/23 konnte im Schuljahr 2024/25 die Zahl der Pflegeauszubildenden von 6.031 Schülerinnen und Schüler um rund 6 % auf 6.374 gesteigert werden.

⁵⁶ Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (2024): Fachkräftestrategie Pflege Rheinland-Pfalz 2025, https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/Service/Publikationen/Pflege/2024_Fachkraeftestrategie_Pflege_Broschuere_b.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

2.1.2 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Versorgung

Mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie wurde die Welt in einen Ausnahmezustand versetzt, dessen Auswirkungen im betrachteten Bereich der stationären Versorgung heute noch in Teilen sichtbar sind. Besonders deutlich wurde dabei der seit Jahren wachsende Reformstau, der das Gesundheitswesen nun vor große Herausforderungen stellt.⁵⁷

Vor der COVID-19-Pandemie lag die durchschnittliche Bettenauslastung deutschlandweit bei rund 77 %, während des Pandemiegeschehens fiel sie auf unter 70 % und hat sich seitdem auch nicht wieder signifikant erhöht.⁵⁸ Derweil häufen sich die Schlagzeilen über drohende Insolvenzen. Sollte die Auslastung weiterhin entsprechend niedrig bleiben, ist auch keine Verbesserung der Situation zu erwarten. Auf Basis der aktuellen Daten ist derzeit nicht davon auszugehen, dass die Bettenauslastung in absehbarer Zeit stark ansteigen wird. Bei einer konstanten Auslastung unter 70 % ist ein Krankenhaus jedoch kaum wirtschaftlich betreibbar.⁵⁹

Auch die Anzahl der Behandlungen erlebte durch das Auftreten der COVID-19-Pandemie einen Einbruch. Bis zum Berichtsjahr 2019 sind die Behandlungsfälle in Deutschland kontinuierlich auf 19,9 Millionen angestiegen. 2020 sanken sie um ganze 13 % auf 17,3 Millionen und im darauffolgenden Jahr weiter auf 17,2 Millionen. Zwar gab es im Jahr 2022 erstmalig wieder einen Anstieg der Fallzahlen, dieser fiel jedoch mit 48.000 Fällen mehr als im Vorjahr sehr moderat aus.⁶⁰ Die neusten Zahlen für das Jahr 2023 zeigen zwar einen weiteren leichten Anstieg der Fälle gegenüber 2022 um rund 400.000 Fälle auf insgesamt 17,6 Millionen Fälle, jedoch liegt dies immer noch rund 11 % unter dem Niveau von 2019.⁶¹

Die im Rahmen der Gutachtenerstellung durchgeführte Befragung der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz ergab ein gemischtes Bild. Rund 59 % (n=49) der teilnehmenden Krankenhausstandorte gaben an, dass sie nicht davon ausgehen, dass ihre stationären Fallzahlen im Jahr 2024 das Prä-COVID-19-Niveau erreichen werden. Etwa 36 % (n=30) gingen jedoch davon aus, dass sie das Prä-COVID-19-Niveau erreichen werden. Die übrigen 5 % (n=4) machten keine Angaben.

Darüber hinaus ist weiterhin unklar, ob verschobene oder gar vollständig ausgefallene Behandlungen und Operationen langfristige Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung haben. Es ist außerdem anzunehmen, dass weiterhin planbare Eingriffe und damit verbundene stationäre Aufenthalte gewissermaßen gemieden werden.⁶²

Die beschriebenen Entwicklungen erschweren eine präzise Fallzahlprognose für die Zukunft, da es keine abschließende Einschätzung dazu gibt, ob sich das Fallzahlniveau wieder auf das Prä-COVID-19-Niveau annähert oder sich auf dem aktuellen Niveau einpendelt. Die aktuellen Fallzahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2023 sowie die Aussagen der befragten Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz legen jedoch

⁵⁷ Schelhase, T. (2024): Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2022, erschienen in: Krankenhaus-Report 2024.

⁵⁸ Siehe dazu Abschnitt 4.1 Abbildung 10.

⁵⁹ Malzahn, J. et al. (2024): Qualitätskriterien für Leistungsgruppen, erschienen in: Krankenhaus-Report 2024.

⁶⁰ Schelhase, T. (2024): Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2022, erschienen in: Krankenhaus-Report 2024.

⁶¹ Statistisches Bundesamt (2024): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-4-Steller, zuletzt abgerufen am 29.11.2024.

⁶² Schelhase, T. (2024): Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2022, erschienen in: Krankenhaus-Report 2024.

nahe, dass mit einer Verfestigung des aktuellen Fallzahl-niveaus zu rechnen ist. In den nachfolgenden Kapiteln (insbesondere Kapitel 4 und 6) werden die differenzierten Entwicklungen aufgegriffen und näher beleuchtet.

2.1.3 Krankenhausreform des Bundes

Die im November 2024 verabschiedete Krankenhausreform des Bundes ist ein weitreichendes Reformvorhaben, das die Krankenhauslandschaft in Deutschland nachhaltig verändern soll. Wesentliches Element der Reform ist das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)⁶³, das im Mai 2024 vom Bundeskabinett beschlossen wurde und anschließend sowohl den Bundestag als auch den Bundesrat passierte. Die Reform ist damit zum 12. Dezember 2024 in Kraft getreten.⁶⁴

Die Hauptziele der Reform sind eine qualitätsorientierte Finanzierung, effizientere Versorgungsstrukturen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels. Wesentliche Elemente der Reform sind:

- Die Einführung von Leistungsgruppen zur besseren Steuerung von Patientinnen und Patienten in geeignete Krankenhäuser
- Die Einführung von Qualitätskriterien bei der Erbringung von bestimmten Leistungsgruppen
- Die Einführung einer zeitweise fixierten partiell fallzahlunabhängigen Vorhaltevergütung
- Die später folgende Implementierung von Mindestfallzahlen zur Zuteilung der Vorhaltevergütung für bestimmte Leistungsgruppen

Die grundsätzlichen Elemente der anstehenden Krankenhausreform werden als notwendiger Schritt zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland angesehen. Viele Vorschläge, wie etwa die Einführung von Leistungsgruppen zur Bündelung medizinischer Leistungen in dafür ausgestatteten Krankenhäusern, stoßen in der Fachwelt auf breite Zustimmung. Andere Aspekte der Reform sind jedoch noch schwer abzuschätzen. Während einerseits die Konzentration komplexer Leistungen an spezialisierten Krankenhäusern von nahezu allen Akteuren begrüßt wird, ist andererseits mangels fehlender Analysen unklar, was dies wirtschaftlich für viele Krankenhäuser bedeutet und wie sich personelle Mindestanforderungen auf die Versorgungspraxis auswirken. Im Ergebnis kann daher nicht eingeschätzt werden, welchen konkreten Einfluss die Veränderungen auf die Erreichbarkeiten insbesondere in ländlichen Regionen haben. In diesem Zusammenhang gibt es Kritik unter anderem vonseiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die befürchtet, dass viele Kliniken durch die Reform unterfinanziert werden.⁶⁵ Insbesondere kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten durch die veränderten Finanzierungsmechanismen wirtschaftlich

⁶³ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁶⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2024): Bundestag beschließt Krankenhausreform, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhausreform-pm-17-10-2024.html>, zuletzt abgerufen am 18.12.2024.

⁶⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024): Nicht besser erklären, sondern besser regieren - drei Punkte zur Rettung der Krankenhausreform, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/nicht-besser-erklaren-sondern-besser-regieren-drei-punkte-zur-rettung-der-krankenhausreform/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

unter Druck geraten.⁶⁶ Da die Vorhaltevergütung lediglich eine stufenfixe Anpassung an geänderte Leistungszahlen darstellt, reiche diese nicht aus, um die benötigte Infrastruktur unabhängig von der Leistung dauerhaft angemessen zu vergüten.⁶⁷

Eine weitere Herausforderung der Reform liegt in der föderalen Struktur Deutschlands, bei der die Krankenhausplanung und Krankenhausinvestitionsfinanzierung in der Verantwortung der Länder liegen. Der Bund ist hingegen für die Ausgestaltung der DRG-Regeln und die Vergütung der Fälle verantwortlich. Die Bundesländer bemängeln, dass der Bund bei der Planung der Reform ihre regionalen Anforderungen nicht ausreichend berücksichtige. Die Länder kritisieren teilweise, dass die bisherigen Entwürfe des Bundes nicht genug auf die besonderen Herausforderungen ländlicher Regionen eingehen, in denen Krankenhäuser oft die einzige umfassende medizinische Versorgung bieten.

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

2.1.4 Medizinisch-technischer Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt bezieht sich auf Innovationen in der Medizin und der Gesundheitsversorgung. Durch innovative Technologien kann ein immer besseres Verständnis von der menschlichen Gesundheit und Krankheiten erzielt werden, sodass eine signifikante Steigerung der Lebenserwartung und -qualität erreicht wird. Somit begünstigen medizinische Innovationen jedoch auch die in Abschnitt 1.3.3 beschriebene Alterung der Bevölkerung.

Neben Produktinnovationen (wie zum Beispiel neuen Medizinprodukten oder Arzneimitteln) gehören auch zunehmend Prozessinnovationen zum medizinisch-technischen Fortschritt. Beides lässt sich nicht eindeutig voneinander trennen und bedingt sich gegenseitig. Während neue Produkte einerseits teilweise neue Prozesse nach sich ziehen, stoßen einige Prozessinnovationen ihrerseits die Entwicklung neuer Produkte und Versorgungsformen an.⁶⁸

Zu den aktuellen Themen im Bereich des medizinisch-technischen Fortschritts gehören insbesondere digitale Anwendungen zur Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten, die zudem Arbeitsabläufe erleichtern oder die Möglichkeit bieten, Akteure im Gesundheitswesen miteinander zu vernetzen. Dazu gehört unter anderem die bereits verbreitete telemedizinische Versorgung, durch die medizinisches Fachwissen schnell und ortsunabhängig eingesetzt werden kann. Auch die Notfallversorgung profitiert vom

⁶⁶ Deutsches Ärzteblatt (2024): Krankenhausreform: Länder fordern gemeinsam grundlegende Änderungen, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151087/Krankenhausreform-Laender-fordern-gemeinsam-grundlegende-Aenderungen>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁶⁷ Marburger Bund (2024): Krankenhausreform ist reformbedürftig, <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/krankenhausreform-ist-reformbeduerftig>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁶⁸ Bratan, T., Wyda, S. (2013): Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkungen?, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), [TAB - Themen und Projekte - Projekteübersicht - Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkungen? \(tab-beim-bundestaghttps://www.tab-beim-bundestag.de/projekte_technischer-fortschritt-im-gesundheitswesen-quelle-fur-kostensteigerungen-oder-chance-fur-kostensenkungen.php.de\)](https://www.tab-beim-bundestag.de/projekte_technischer-fortschritt-im-gesundheitswesen-quelle-fur-kostensteigerungen-oder-chance-fur-kostensenkungen.php.de), zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Konzept des „Telenotarztes“, der insbesondere in ländlicheren Gebieten zu einer schnelleren notfallmedizinischen Versorgung bei Einsätzen führt, die einen Notarzt erfordern.

Ein Pilotprojekt hierzu entstand 2023 mit der ersten Telenotarztzentrale in Ludwigshafen und wurde 2024 durch eine zweite Zentrale in Trier fortgeführt.^{69/70} Eine flächendeckende Erweiterung könnte in Zukunft dazu beitragen, dass personelle und technische Ressourcen schonender eingesetzt werden und die Anzahl an Krankenhausaufenthalten verringert werden kann. Klarstellend ist zu erwähnen, dass das System des Telenotarztes als zusätzliches Element in der Notfallversorgung zu verstehen ist und nicht als Ersatz für den klassischen Notarzt.

In diesem Zusammenhang spielt auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) eine besondere Rolle. Diese kann unterstützend bei der medizinischen Entscheidungsfindung, der Triage⁷¹ von Notfällen und Patientenströmen sowie bei der Analyse und Auswertung im Rahmen der Bildgebung eingesetzt werden.

Des Weiteren kann dank personalisierter Medizin auf Basis molekularer Analysen noch genauer auf die Bedürfnisse von onkologischen Patientinnen und Patienten eingegangen werden, um diese mithilfe individueller Therapien zum richtigen Zeitpunkt zu behandeln.⁷²

Bei der Betrachtung und Benutzung von Innovationen muss jedoch eine sorgfältige Kosten-Nutzen-Betrachtung erfolgen, da der medizinisch-technische Fortschritt auch mit zusätzlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem einhergeht.

2.2 Herausforderung aus Sicht der Planungsbehörde

2.2.1 Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

Die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen bezeichnet die Verlagerung von medizinischen Leistungen, die traditionell stationär erbracht wurden, hin zu ambulanten Versorgungsformen. Diese Entwicklung wird durch verschiedene Faktoren vorangetrieben, darunter strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen, technologischer Fortschritt sowie der Bedarf nach Kostenreduktion, soweit das ohne negative Folgen für Patientinnen und Patienten möglich ist.⁷³

Im europäischen Vergleich verzeichnet Deutschland einen unterdurchschnittlichen Ambulantisierungsgrad.⁷⁴ Diese Tatsache lässt sich unter anderem auf die stationär ausgerichteten Strukturen des deutschen

⁶⁹ Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz (2023): Ebling: Pilotprojekt Telenotarzt soll Notfallversorgung optimieren, <https://mdi.rlp.de/service/pressemitteilungen/detail/ebling-pilotprojekt-telenotarzt-soll-notfallversorgung-optimieren>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷⁰ Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz (2023): Ebling: Weiterer Meilenstein im Telenotarzt-Projekt Rheinland-Pfalz, <https://mdi.rlp.de/service/pressemitteilungen/detail/ebling-weiterer-meilenstein-im-telenotarzt-projekt-rheinland-pfalz>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷¹ Einteilung von Erkrankten oder Verletzten nach dem Schweregrad ihres Leidens, vgl. Duden (2024), <https://www.duden.de/rechtschreibung/Triage>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷² Deutsches Netzwerk für Personalisierte Medizin (dnpm) (2024): ... ein deutschlandweites Netzwerk für eine präzisere Therapie bei Krebs, <https://dnpm.de/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷³ SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷⁴ Struckmann, V. et al. (2021): Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich, erschienen in: Krankenhaus-Report 2021, S. 3–24.

Gesundheitswesens zurückführen. Die Bettenkapazität in Deutschland liegt mit 7,8 Betten pro 1.000 EW deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union von 4,8 Betten und stellt damit die zweithöchste Bettenkapazität im europäischen Vergleich dar. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern der Europäischen Union, in denen die Krankenhausbettenkapazitäten seit dem Jahr 2000 um etwa 40 % reduziert wurden, ist in Deutschland lediglich ein Rückgang von 13 % zu verzeichnen.⁷⁵

In Deutschland bestehen für Krankenhäuser zahlreiche Optionen zur Erbringung ambulanter Leistungen. Die Erbringung ambulanter Operationen in Deutschland ist rechtlich umfassend geregelt, insbesondere durch § 115b SGB V. Dieser Paragraf ermöglicht Krankenhäusern die Durchführung ambulanter Operationen sowie bestimmter stationärsersetzender Leistungen, sofern diese sowohl wirtschaftlich als auch medizinisch sinnvoll sind. In diesem Kontext wird jährlich der AOP-Katalog⁷⁶ publiziert, der einen Überblick über ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe beinhaltet.⁷⁷

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland gemäß § 115b SGB V knapp 600.000 ambulante Operationen durchgeführt.⁷⁸ Seither konnte ein signifikanter Anstieg der Anzahl ambulanter Operationen beobachtet werden. Im Jahr 2012 wurden bereits jährlich rund 1,9 Millionen ambulante Operationen durchgeführt.⁷⁹ Bis zum Jahr 2022 stagnierten die Fallzahlen jedoch auf diesem Niveau. Erst zwischen 2022 und 2023 gab es mit rund 14 % wieder einen deutlichen Anstieg auf zuletzt etwa 2,2 Millionen Fälle⁸⁰. Ein Vergleich mit anderen OECD⁸¹-Ländern zeigt, dass der Anteil an ambulanten Operationen in Deutschland verhältnismäßig gering ist.^{82/83} Die geringe Entwicklung der Fallzahlen des ambulanten Operierens sowie der internationale Vergleich lassen die Vermutung zu, dass die Ambulantisierungspotenziale in Deutschland nicht ausgeschöpft sind.⁸⁴

Die Auswertung der von den Gutachtenden im Zeitraum von August bis September 2024 durchgeführten Befragung von rheinland-pfälzischen Krankenhäusern ergab, dass rund 71 % der Krankenhäuser ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V durchführen. Andere ambulante Leistungen werden von deutlich geringeren Anteilen der Krankenhäuser erbracht.

⁷⁵ OECD (2023): State of Health in the EU Germany Country Health Profile (2023), https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2023_21dd4679-en, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷⁶ Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog).

⁷⁷ GKV-Spitzenverband (2024): Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁷⁸ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024): Krankenhäuser mit ambulanten Operationen und Anzahl von ambulanten Operationen, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.startseite?p_uid=gast&p_aid=42665857&p_sprache=D, zuletzt abgerufen am 18.11.2024.

⁷⁹ Statistisches Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2012 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1., https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESeries_mods_00000124, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁸⁰ Statistisches Bundesamt (2021): Statistischer Bericht - Grunddaten der Krankenhäuser 2022/2023., <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html>, zuletzt abgerufen am 03.03.2025.

⁸¹ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); Übersetzt: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

⁸² OECD (2023): State of Health in the EU Germany Country Health Profile 2021, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2023_21dd4679-en, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁸³ OECD (2024): Health at a Glance 2021. OECD Indicators, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁸⁴ Tillmanns, H. und Jäckel, D. (2024): Entwicklung der Ambulantisierung, erschienen in: Krankenhaus-Report 2024, S. 225–268.

Die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-DRG bieten eine spezielle sektorengleiche Vergütung für eine Auswahl von Eingriffen und Operationen. Die Abrechnung dieser Fälle kann sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen, wobei die Vergütung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie für Krankenhäuser dieselbe ist.⁸⁵ Der aktuelle Hybrid-DRG-Katalog umfasst gegenwärtig eine noch geringe Anzahl an Eingriffen. Im Januar 2025 erfolgt eine Erweiterung, sodass planmäßig bundesweit 400.000 stationäre Fälle vermieden werden sollen.⁸⁶

Das im Rahmen dieses Gutachtens ermittelte ambulante Potenzial der im Jahr 2023 vollstationär versorgten Fälle in Rheinland-Pfalz lag bei rund 15 %. Ein von den gesetzlichen Krankenkassen in Auftrag gegebenes Gutachten bei der hcb (Institute for Health Care Business GmbH) kam auf ein ambulantes Potenzial von 15–21 %⁸⁷ Grundsätzlich ist zu betonen, dass unterschiedliche Methodiken und Annahmen bei der Berechnung des ambulanten Potenzials zu variierenden Ergebnissen führen können.

Um das ambulante Potenzial vollständig ausschöpfen zu können, müssen neben den fallbezogenen medizinischen Gegebenheiten auch die erforderlichen Rahmenbedingungen sichergestellt sein, darunter ausreichende ambulante Behandlungskapazitäten sowie geeignete Abrechnungsmöglichkeiten.

2.2.2 Konzentration von Leistungen

Die Konzentration der Fallzahlen von bestimmten Krankenhausleistungen an spezifischen Standorten kann zu einer Steigerung der Qualität der Leistungen führen. Jedoch hat die Bündelung von Fällen an spezialisierten Standorten auch eine Verringerung des Versorgungsangebotes in der Fläche und damit längere Fahrzeiten für Patienten und Patientinnen zur Folge. Insbesondere bei elektiven Leistungen sollte jedoch immer abgewogen werden, ob nicht zugunsten einer höheren Behandlungsqualität eine längere Fahrzeit vertretbar ist.

Bei komplexen Behandlungen kann eine Volume-Outcome-Beziehung festgestellt werden. Studien zeigen bei diesen Behandlungen einen Zusammenhang zwischen höherer Fallzahl und besserer Behandlungsqualität. Für solche bestimmten, planbaren Leistungen werden vonseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses Mindestmengen⁸⁸ festgelegt, die eine Konzentration von Leistungen zur Folge haben. Eine weitere positive Konsequenz einer Zentralisierung ist die Möglichkeit, wirtschaftliche Vorteile zu generieren. Dazu zählen beispielsweise eine gesteigerte Kapazitätsauslastung oder Einkaufsvorteile. Auch im Rahmen der

⁸⁵ GKV-Spitzenverband (2024): Hybrid-DRG, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/hybrid_drg_115f/hybrid_drg.jsp, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁸⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Hybrid-DRG, <https://www.kbv.de/html/71919.php>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁸⁷ Institute for Health Care Business GmbH (2024): Die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz, <https://www.hcb-institute.de/template/userfiles/files/Folien-RP.pdf>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁸⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

aktuellen Krankenhausreform⁸⁹ erfolgt eine gewisse Konzentration durch die Zuordnung von Leistungsgruppen zu bestimmten Versorgern.^{90/91}

Ogleich die Bündelung von Leistungen verschiedene Vorteile bietet, zieht diese auch eine potenzielle Verschlechterung im Hinblick auf die Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten mit sich. Insbesondere in ländlichen Regionen führen spezialisierte Standorte oft zu verlängerten Fahrzeiten. Für planbare Eingriffe sind Patienten und Patientinnen jedoch generell bereit, längere Fahrzeiten in Kauf zu nehmen, sofern eine bessere Versorgungsqualität gewährleistet ist. Eine Umfrage aus dem Jahr 2023 zeigt, dass 76 % der Befragten die Spezialisierung wichtiger ist als die Nähe zum Krankenhaus. Lediglich 12 % der Befragten fanden die Nähe zum Krankenhaus wichtiger.⁹²

Insbesondere in der Notfallversorgung sind längere Fahrzeiten kritisch zu betrachten. Eine verzögerte Inanspruchnahme von Behandlungen darf keine negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Die regionale Versorgung im Bereich der Notfälle bleibt von essenzieller Bedeutung. Zudem ist es erforderlich, regionale Unterschiede zu berücksichtigen, jedoch nur, wenn sie keine erheblichen gesundheitlichen Disparitäten zur Folge haben.⁹³ Auch andere Leistungen wie beispielsweise Geburtsstationen oder die Kinder und Jugendmedizin sollten wohnortnah angeboten werden. Die genannten Leistungen sind Bestandteil der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geregelten basisversorgungsrelevanten Leistungen und erfordern eine flächendeckende Verfügbarkeit.⁹⁴

Die Konzentration von Krankenhausleistungen stellt ein sensibles Gleichgewicht zwischen der Notwendigkeit zur Qualitätssteigerung und einer akzeptablen Erreichbarkeit dar. Bei der Krankenhausplanung sollte eine Kombination von einem qualitativ hochwertigen Leistungsangebot mit einer ausreichenden regionalen Erreichbarkeit angestrebt werden. Ein durchdachter Ansatz kann sowohl die Effizienz des Gesundheitssystems steigern als auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessern.

⁸⁹ Die Bundesregierung (2024): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinett.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁹⁰ Eine Bestandaufnahme zur Studienlage kann im Ergebnisbericht des IGES Instituts nachvollzogen werden. Quelle: Albrecht, M., Loos, S. und Irps, S. (2021): Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung, https://www.vdek.com/content/dam/vdek-site/vdek/politik/veranstaltungen/zukunftsforum/2021/IGES_Gutachten_2021.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁹¹ Augurzky, B. et al. (2020): BARMER Krankenhausreport 2020, <https://www.barmer.de/re-source/blob/1027098/d009a0b47ce8eb11cb8211411989e344/barmer-krankenhausreport-2020-band-25-bifg-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁹² Allgemeine Ortskrankenkasse (2023): Umfrage zur Krankenhausversorgung: Menschen wünschen sich Spezialisierung, Qualität und Transparenz, <https://www.aok.de/pp/bv/pm/civey-umfrage-klinikreform/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁹³ Ried, W. (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren, erschienen in: Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum, S. 1–23.

⁹⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

3 Verwendete Datenquellen und Verarbeitung der Daten

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurden verschiedenste Datenquellen genutzt, die nachstehend erläutert werden⁹⁵:

§ 21 – Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) – Daten von 2019 bis 2023 aller Plankrankenhäuser aus Rheinland-Pfalz

Gemäß § 21 KHEntgG müssen deutsche Krankenhäuser jährlich Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) senden. Der Hauptzweck dieser Datenübermittlung besteht darin, die Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems und des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) zu unterstützen.

Gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG umfasst der übermittelte Datensatz sowohl Strukturdaten, die das betreffende Krankenhaus beschreiben, als auch Leistungsdaten, die sich auf die einzelnen Behandlungsfälle beziehen. Die gemäß § 21 KHEntgG übermittelten Daten der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser wurden vor der Verarbeitung anonymisiert an die Gutachtenden übermittelt und ausgewertet.⁹⁶

Die Analysen des vorliegenden Gutachtens, die auf dem gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG übermittelten Datensatz (§ 21-KHEntgG-Datensatz) beruhen, enthalten folglich alle Fälle, die an rheinland-pfälzischen Krankenhäusern – unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten – behandelt wurden. Einschränkungen gibt es in diesem Fall bei den Patientinnen und Patienten des BG Klinikums Ludwigshafen, die unter den Abrechnungsbereich des SGB VII fallen (dazu zählen vorrangig Wege- und Berufsunfälle) sowie bei Angehörigen der Bundeswehr und weiteren militärischen Patientinnen und Patienten, die im Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz versorgt wurden.

Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019 bis 2023

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

Die Qualitätsberichte gliedern sich in drei Teile:

- Teil A: Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
- Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen
- Teil C: Qualitätssicherung

Im Rahmen des Gutachtens wurden die Qualitätsberichte für die Jahre 2019 bis 2023 verwendet.

⁹⁵ Es werden nur die wesentlichen Datenquellen sowie die zur Anwendung gekommenen Methoden in diesem Kapitel erläutert.

⁹⁶ Für die Analyse und Datenaufbereitung wurde das Analysetool „trinovis VISION“ von der trinovis GmbH durch die Gutachtenden verwendet.

Onlinebefragung der Krankenhausträger

Um die Perspektive der Krankenhausträger zu erfassen, fand zwischen August und September 2024 eine Onlinebefragung statt. Diese zielte darauf ab, die Potenziale für die Weiterentwicklung und Planung der Krankenhausversorgung aus der Sicht der stationären Leistungserbringer zu identifizieren.

Der Fragebogen (Anhang) umfasste 34 Fragen, die in die folgenden neun Fragegruppen unterteilt wurden:

1. Allgemeine Fragen
2. Zukünftige Entwicklung
3. Fachkräfte
4. Ambulantes Leistungsspektrum
5. Kooperationen
6. Jahresergebnis
7. Investitionsmittel
8. Krankenhausplanung
9. Anmerkungen und Hinweise

Insgesamt nahmen Vertreterinnen und Vertreter von 55 Krankenhäusern⁹⁷ mit 83 Standorten an der Befragung teil. Diese Krankenhäuser repräsentierten rund 21.000 betriebsbereit aufgestellte Betten, was etwa 91 % aller vollstationären Betten in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 entsprach. Acht der 83 Standorte hatten keine vollstationären Betten. 75 von 105 vollstationären Standorten beziehungsweise 71 % der vollstationären Standorte haben sich damit an der Umfrage beteiligt. Ein Krankenhaus hat die Befragung nicht abgeschlossen. Die Rückmeldungen der Krankenhausträger sind in anonymisierter und aggregierter Form in die Beantwortung der Gutachtenfragen eingeflossen.

Interviews mit den Schlüsselakteuren in Rheinland-Pfalz

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen, die allgemeinen Entwicklungen sowie die Notwendigkeit, die Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren in der medizinischen Betreuung zu durchbrechen, fanden im Zuge der Erstellung des Gutachtens semistrukturierte Gespräche mit relevanten Akteuren aus dem Bereich Krankenhausversorgung statt. Das Hauptziel dieser Interviews war es, aus der Perspektive der Schlüsselakteure in Rheinland-Pfalz Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und Wege zur Gewährleistung einer flächendeckenden und zukunftsorientierten medizinischen Versorgung aufzuzeigen.

Zu den Schlüsselakteuren zählten:

- Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände
- Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums des Innern und Sport des Landes Rheinland-Pfalz
- Vertreterinnen und Vertreter des Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- Vertreterinnen und Vertreter der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Vertreterinnen und Vertreter der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
- Vertreterinnen und Vertreter der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz
- Vertreterinnen und Vertreter der BG Klinik Ludwigshafen
- Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz
- Vertreterinnen und Vertreter des Bundeswehrkrankenhauses Koblenz

⁹⁷ Die Anzahl der Krankenhäuser wird hier nach teilnehmenden Krankenhäusern mit unterschiedlichen Institutskennzeichen gezählt.

Den an den Interviews teilnehmenden Vertreterinnen und Vertretern wurde vorab der Interviewleitfaden übermittelt (Anhang). Die Interviews wurden überwiegend in digitaler Form im Juni und Juli 2024 durchgeführt.

Ermittlung der Fahrzeiten

Für die Bestimmung der Fahrzeiten der Bevölkerung zu den Krankenhausstandorten⁹⁸ wurde je nach Analyse entweder die Berechnung, basierend auf der fünfstelligen Postleitzahl (PLZ 5) oder der differenzierteren achtstelligen Postleitzahl (PLZ 8⁹⁹) durchgeführt. Die PLZ-8-Bereiche bieten eine feinere Unterteilung des Bundesgebietes als die PLZ-5-Bereiche. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte je PLZ-8-Bereich liegt unter 1.000 EW, im Gegensatz zu den PLZ-5-Bereichen, die durchschnittlich fast 10.000 EW umfassen. Die Einteilung Deutschlands in Raumsegmente erfolgt auf der PLZ-5-Ebene in etwa 8.170 Bereiche, während auf der PLZ-8-Ebene mit rund 84.000 Raumsegmenten eine deutlich feinere geografische Differenzierung stattfindet. Das Ziel dieser granulareren Segmentierung ist eine ausgeglichene Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner, die sowohl die administrativen als auch die postalischen Grenzen berücksichtigt. Darüber hinaus umfassen PLZ-8-Bereiche deutlich kleinere Flächen und sind dadurch auch genauer im Hinblick auf die Fahrzeitberechnung.

Bei den in diesem Gutachten dargestellten Erreichbarkeitsanalysen, bei denen es um die theoretische Erreichbarkeit des nächstgelegenen oder zweitnächstgelegenen beziehungsweise alternativen Krankenhausstandortes geht, wird immer die PLZ 8 beziehungsweise der Gemeindegemeinschaft als kleinste geografische Raumeinheit verwendet. Bei diesen Auswertungen liegt kein Bezug zu den Patientinnen und Patienten vor. Sofern in den Auswertungen und Analysen von der tatsächlichen Fahrzeit gesprochen wird, wird immer die PLZ 5 des Wohnortes der Patientinnen und Patienten als Ausgangspunkt für die Fahrzeitberechnung verwendet.

Die Fahrzeiten zu den Krankenhäusern wurden mittels eines Offline-Berechnungsverfahrens¹⁰⁰ bestimmt, das anhand einer typisierten Verkehrssituation durchgeführt wurde. Die daraus resultierende Fahrzeit gilt als durchschnittliche Zeit, die mit einem Personenkraftwagen (PKW / ohne Sonder- und Wegerechte) auf der schnellstmöglichen Strecke zurückgelegt wird.

In diesem Gutachten werden sowohl die Fahrzeiten zu Krankenhausstandorten innerhalb von Rheinland-Pfalz als auch zu Krankenhausstandorten in angrenzenden Bundesländern berücksichtigt. Da für die Krankenhausstandorte außerhalb von Rheinland-Pfalz nur auf öffentliche Datenquellen, wie zum Beispiel die Daten der strukturierten Qualitätsberichte 2023, zurückgegriffen werden kann, ist bei der Berücksichtigung von Standorten in angrenzenden Bundesländern mit Unschärfen hinsichtlich der Aktualität und Qualität der Daten zu rechnen.

⁹⁸ Gemäß der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG ist ein Krankenhausstandort ein Krankenhaus selbst oder Teil eines Krankenhauses mit mindestens einer fachlichen Organisationseinheit. An diesem Standort findet die unmittelbare medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten statt. Die Versorgung kann vor- und nachstationär, voll- und teilstationär sowie ambulant erbracht werden. Ein Standort ist dabei ein räumlich eindeutig beschreibbarer Ort, der über eine Geokoordinate beschrieben wird.

⁹⁹ Die PLZ8-Gebiete sind marktorientierte statistische Gebietseinheiten, die von der microm GmbH bereitgestellt werden.

¹⁰⁰ Hierbei wurden Verkehrsinformationsdaten mit Stand Dezember 2023 zugrunde gelegt.

PKW-Fahrtzeiten [sic] gemäß KHVVG

Das KHVVG sieht vor, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in Rücksprache mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen kann, auch wenn die Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, sofern dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des SGB V ausgeschlossen ist. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nur zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist.¹⁰¹ Diese PKW-Fahrtzeitminuten betragen:

1. „für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,
2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.“¹⁰²

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wird im Zuge der Analyse ausgewählter Themenkomplexe der stationären Versorgung auf diese Erreichbarkeitsgrenzen hingewiesen. Zu beachten ist, dass es sich hierbei um keine direkte Erreichbarkeitsgrenze handelt, sondern vielmehr um eine indirekte Erreichbarkeitsgrenze hergeleitet aus dem KHVVG.

Definition von Versorgern mit medizinischen Leistungen im Gutachten

Im vorliegenden Gutachten werden Krankenhausstandorte, die mindestens 1 % der betrachteten Fälle in dem jeweiligen Leistungsbereich beziehungsweise in der jeweiligen Leistungsgruppe in Rheinland-Pfalz erbringen, als Versorger bezeichnet. Diese Abgrenzung stellt sicher, dass bei den im Gutachten durchgeführten Erreichbarkeitsanalysen Krankenhausstandorte mit möglichen Fehlkodierungen, Verbringungsleistungen oder seltenen Versorgungsfällen in der jeweiligen Leistungsgruppe von der Analyse ausgeschlossen werden. Dieses Vorgehen betrifft zudem vorrangig die Analysen der somatischen Leistungsgruppen.

¹⁰¹ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2024/400>, zuletzt abgerufen am 30.01.2025.

¹⁰² Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2024/400>, zuletzt abgerufen am 30.01.2025.

4 Status quo der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz

4.1 Die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich

In diesem Abschnitt wird der Status quo der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz mit dem der anderen Bundesländer verglichen. Die Betrachtung soll dazu beitragen, die Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz besser einordnen zu können. Für die Analysen wurden im Wesentlichen öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamtes verwendet.^{103/104}

Im Jahr 2023 gab es deutschlandweit 1.874¹⁰⁵ Krankenhäuser, davon 86 in Rheinland-Pfalz. Im Vergleich zum Jahr 2019 sank die Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland um rund 2 %, was einem Rückgang von 40 Krankenhäusern entspricht. In Rheinland-Pfalz verringerte sich die Zahl der Krankenhäuser im selben Zeitraum nur geringfügig um ein Krankenhaus beziehungsweise 1 %.

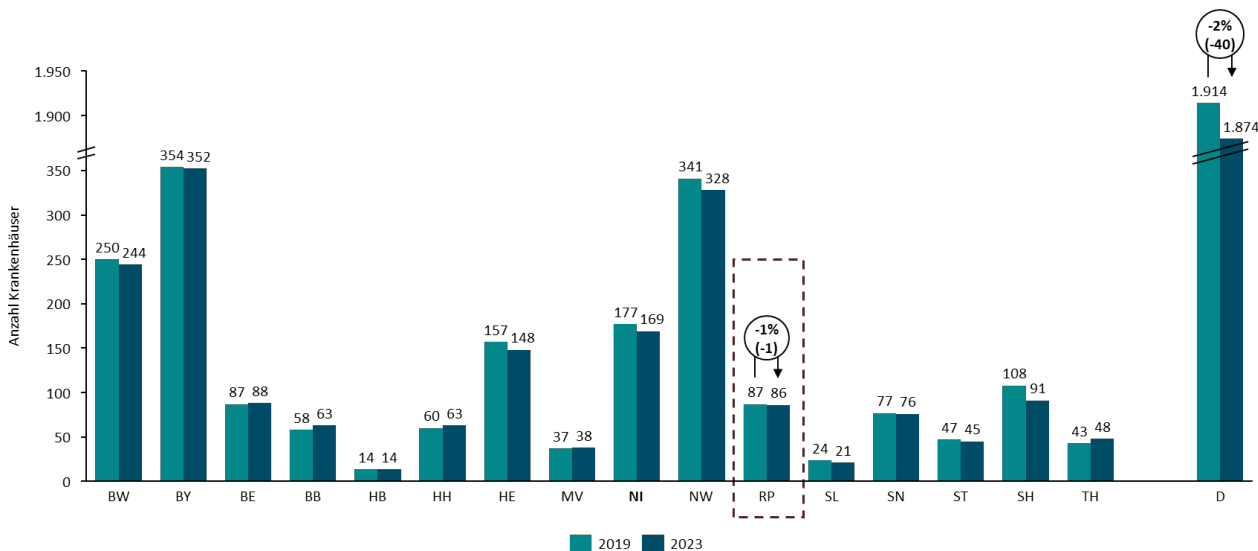


Abbildung 6: Anzahl der Krankenhäuser 2019 bis 2023 im Bundesvergleich¹⁰⁶

Rund 40 % der Krankenhäuser in Deutschland – und damit der größte Teil – befand sich im Jahr 2023 in privater Trägerschaft (Abbildung 7). Etwa 31 % befanden sich in freigemeinnütziger und 28 % in öffentlicher Trägerschaft. In Rheinland-Pfalz weicht die Verteilung vom Bundesdurchschnitt ab. Hier prägen die freigemeinnützigen Träger mit rund 57 % das Bild. Im Gegensatz dazu sind die privaten Träger mit 23 % und die öffentlichen Träger mit 20 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt vertreten. Eine ähnliche Verteilung findet sich lediglich in Nordrhein-Westfalen und im Saarland.

¹⁰³ Statistisches Bundesamt (2021): Grunddaten der Krankenhäuser 2019 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

¹⁰⁴ Statistisches Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. Statistischer Bericht.

¹⁰⁵ Es handelt sich hierbei um eine Zählung der Krankenhausstandorte nach IK-Nummer. Einer IK-Nummer können mehrere Standorte zugewiesen sein. Beinhaltet sind auch reine Privatkliniken, die von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nur aufgesucht werden können, wenn sie als Selbstzahlerin beziehungsweise Selbstzahler auftreten.

¹⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Daten vom Statistischen Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. Statistischer Bericht.

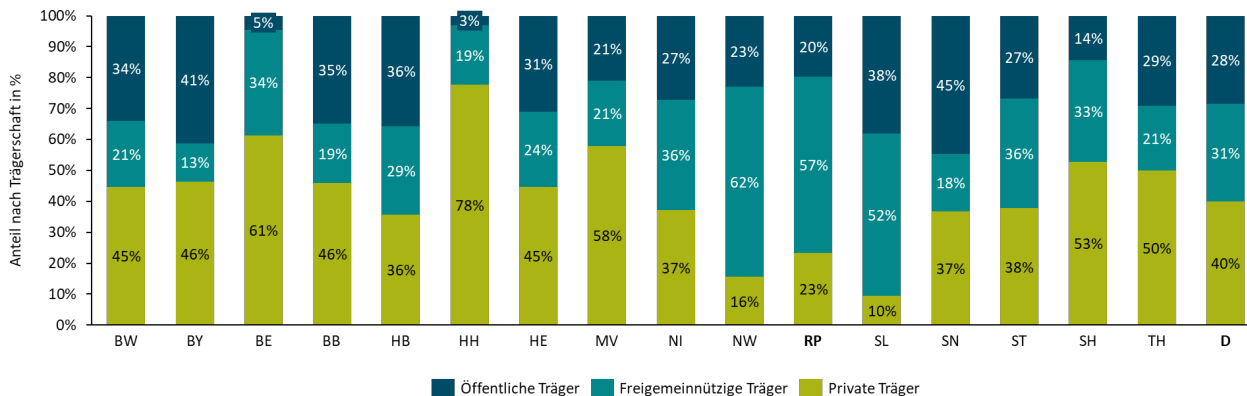


Abbildung 7: Trägerstruktur der Krankenhäuser im Jahr 2023 im Bundesvergleich¹⁰⁷

In Abbildung 8 wird die Anzahl der vollstationären Fälle¹⁰⁸ je 1.000 EW in den Jahren 2019 und 2023 dargestellt. Deutschlandweit wurden im Jahr 2023 rund 204 Fälle je 1.000 EW behandelt. Das entspricht, verglichen mit dem Jahr 2019 mit 234 Fällen, einem Rückgang um rund 13 %. In Rheinland-Pfalz ist dieser Rückgang mit 15 % etwas stärker. Im Jahr 2019 wurden hier noch rund 231 Fälle je 1.000 EW behandelt, während es im Jahr 2023 nur noch 196 Fälle je 1.000 EW waren.

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Fallzahlen nach Einwohnerinnen und Einwohner in den Bundesländern sehr heterogen sind. Während in Baden-Württemberg nur rund 166 Fälle je 1.000 EW im Jahr 2023 behandelt wurden, waren es im Saarland mit 250 Fällen je 1.000 EW rund 50 % mehr. Mit 196 Fällen je 1.000 EW ordnet sich Rheinland-Pfalz nahe am Bundesdurchschnitt von 204 Fällen je 1.000 EW ein.

Zudem wird in Abbildung 8 ersichtlich, dass in jedem Bundesland ein Rückgang der Fallzahlen zwischen den Jahren 2019 und 2023 zu verzeichnen war. Der Rückgang der Fälle je 1.000 Einwohner fiel unterschiedlich stark aus und war in Bremen mit 18 % am höchsten. In den meisten Bundesländern lag der Rückgang zwischen 12 und 14 %. Mit 15 % zählte Rheinland-Pfalz im Vergleich zu den anderen Bundesländern zu jenen mit einem leicht überdurchschnittlichen Rückgang der Fallzahlen je 1.000 EW.

¹⁰⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Daten vom Statistischen Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. Statistischer Bericht. In Abschnitt 4.1 wird die Abkürzung RP entsprechend der offiziellen Bezeichnung für Rheinland-Pfalz verwendet. In den übrigen Abschnitten steht die Abkürzung RP für die Rheinpfalz.

¹⁰⁸ Die Fälle, die im statistischen Bericht der Grunddaten der Krankenhäuser erfasst wurden, beinhalten nicht die gesunden Neugeborenen, weshalb es im Vergleich zu den übrigen im Gutachten genannten Fallzahlen zu Abweichungen kommen kann.

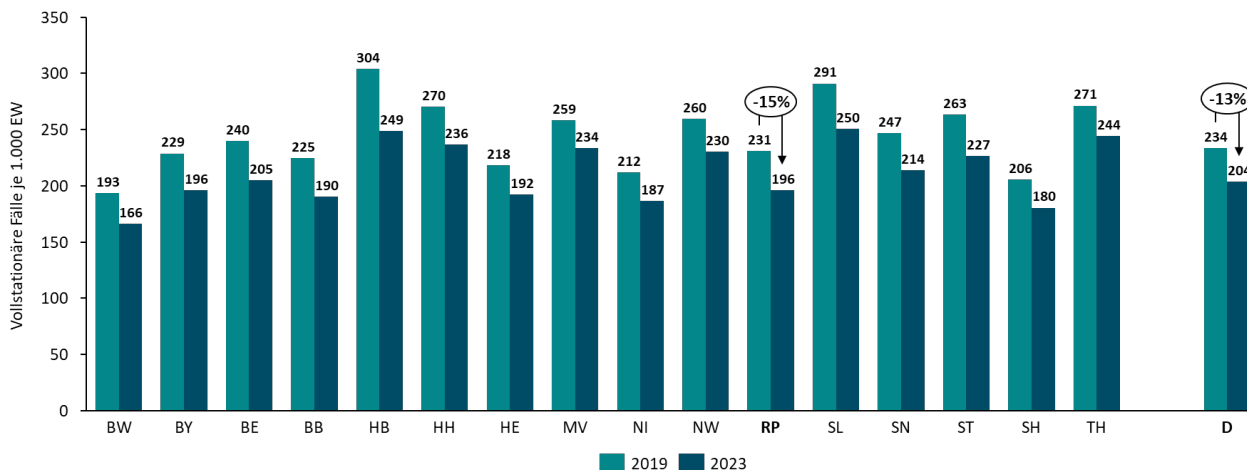


Abbildung 8: Vollstationäre Fälle je 1.000 EW in den Jahren 2019 und 2023 im Bundesvergleich¹⁰⁹

Abbildung 9 zeigt die durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten¹¹⁰ je 100.000 EW für das Jahr 2023. Bundesweit standen im Jahr 2023 rund 564 aufgestellte Betten je 100.000 EW zur Verfügung. In Rheinland-Pfalz lag der Wert bei 559 und damit nahe am Bundesdurchschnitt. Im Jahr 2023 wies Thüringen mit 710 Betten je 100.000 EW das höchste Bettenverhältnis auf, während Baden-Württemberg mit 467 Betten je 100.000 EW das niedrigste Verhältnis verzeichnete.

Im betrachteten Zeitraum war insgesamt ein leichter Rückgang der durchschnittlich aufgestellten Betten zu beobachten. Der Rückgang lag im Bundesdurchschnitt bei etwa 5 %, während er in Rheinland-Pfalz mit rund 7 % etwas stärker ausfiel. Besonders deutlich war der Rückgang in Bremen, wo die Bettenzahl um nahezu ein Fünftel sank. Im Gegensatz dazu verzeichnete Mecklenburg-Vorpommern mit nur 1 % die geringste Reduzierung.

Der Rückgang der durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, darunter Fachkräftemangel, Standortschließungen, sinkende Fallzahlen oder Baumaßnahmen. Die Bettenzahl je 100.000 Einwohner sollte stets im Zusammenhang mit der durchschnittlichen Verweildauer und den Auslastungszahlen betrachtet werden. Eine hohe Bettenkapazität ist nicht zwangsläufig negativ zu bewerten, sofern sie dem tatsächlichen Bedarf entspricht. Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass auf Basis der vorliegenden Daten keine abschließende Beurteilung möglich ist.

¹⁰⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten vom Statistischen Bundesamt (2024): Statistischer Bericht - Grunddaten der Krankenhäuser 2023.

¹¹⁰ Aufgestellte Betten nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt sind. Die Zahl der aufgestellten Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl ermittelt. Die Zählung der Betten erfolgt unabhängig von deren Förderung. Betten zur teilstationären oder ambulanten Unterbringung, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene werden nicht einbezogen. Statistisches Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. Statistischer Bericht. Die Anzahl der Betten kann von den in den jeweiligen Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen Betten abweichen.

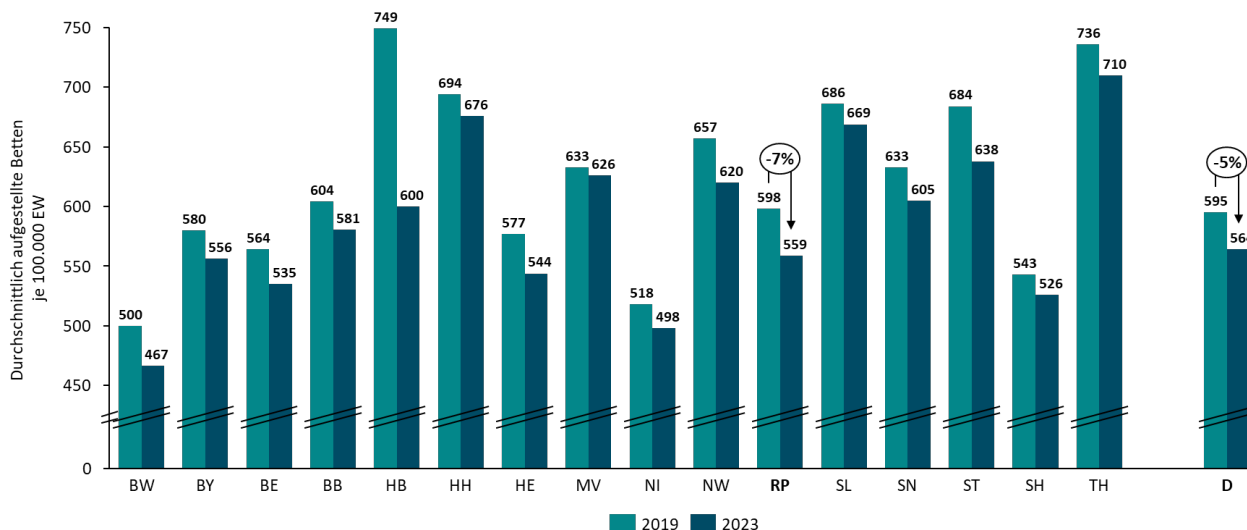


Abbildung 9: Durchschnittlich aufgestellte Betten je 100.000 EW in den Jahren 2019 und 2023 im Bundesvergleich¹¹¹

Die durchschnittliche Verweildauer¹¹² lag deutschlandweit sowohl 2019 als auch 2023 konstant bei rund 7,2 Tagen. In Rheinland-Pfalz lag die durchschnittliche Verweildauer mit rund 7,0 Tagen im betrachteten Zeitraum leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Fälle im Betrachtungszeitraum stärker gesunken sind als die Anzahl der aufgestellten Betten, während die durchschnittliche Verweildauer konstant geblieben ist. Daraus ergibt sich notwendigerweise eine rückläufige Auslastung¹¹³ der aufgestellten Betten. Abbildung 10 zeigt die Entwicklung der Bettenauslastung und verdeutlicht den Rückgang zwischen 2019 und 2023. Dieser lag dabei im Bundesdurchschnitt bei rund 8 % und in Rheinland-Pfalz bei rund 9 %.

Im Jahr 2019 lag die Bettenauslastung in der gesamten Bundesrepublik noch bei etwa 77 %. Bis 2023 sank dieser Wert auf rund 71 %. In Rheinland-Pfalz blieb die Auslastung durchgehend unter dem Bundesdurchschnitt. Mit etwa 67 % im Jahr 2023 gehörte das Bundesland zusammen mit Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu den Bundesländern mit der geringsten Bettenauslastung.

¹¹¹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten vom Statistischen Bundesamt (2024): Statistischer Bericht - Grunddaten der Krankenhäuser 2023.

¹¹² Die durchschnittliche Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Sie ergibt sich aus den Berechnungs- und Belegungstagen und der Fallzahl der jeweiligen Fachabteilung bzw. der Einrichtung. Statistisches Bundesamt (2024): Grunddaten der Krankenhäuser 2023. Statistischer Bericht.

¹¹³ Die Bettenauslastung (auch: Nutzungsgrad der Betten) gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in Prozent an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt.



Abbildung 10: Bettenauslastung in den Jahren 2019 und 2023 im Bundesvergleich¹¹⁴

4.2 Die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz

Nach einem bundesländerübergreifenden Vergleich der stationären Versorgungskennzahlen im Abschnitt 4.1 konzentriert sich der vorliegende Abschnitt auf eine detaillierte Analyse der Versorgungskapazitäten und des Fallaufkommens in Rheinland-Pfalz. Hierbei werden neben der Anzahl der Krankenhausstandorte und deren verfügbaren Betten auch die Entwicklungen der voll- und teilstationären Fälle, der Notfallanteil sowie die Bettenauslastung je Versorgungsgebiet untersucht. Darüber hinaus erfolgt eine detaillierte Betrachtung der Entwicklungen auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen, gefolgt von einer Analyse der Patientenströme in und aus Rheinland-Pfalz. Der Betrachtungszeitraum umfasst die Jahre 2019 bis 2023.

Im Rahmen des aktuellen Krankenhausplans von Rheinland-Pfalz wird zwischen zwei Betrachtungsebenen unterschieden: der Ebene der somatischen Versorgungsgebiete und der Ebene der psychiatrischen Versorgungsregionen.

Die Ebene der Versorgungsgebiete stellt die planerische Sicht für die somatischen Krankenhausstandorte dar. Die gemäß der Ausweisung des Krankenhausplans von Rheinland-Pfalz hierzu genutzten fünf Versorgungsgebiete sind folgende (siehe auch Abbildung 11):

- Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald (VG MW)
- Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe (VG RN)
- Versorgungsgebiet Rheinpfalz (VG RP)
- Versorgungsgebiet Trier (VG TR)
- Versorgungsgebiet Westpfalz (VG WP)

¹¹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Daten vom Statistisches Bundesamt (2024): Statistischer Bericht - Grunddaten der Krankenhäuser 2023.



Abbildung 11: Rheinland-Pfalz unterteilt in die fünf Versorgungsgebiete¹¹⁵

Für den PEPP-Bereich ist hingegen nicht die genannte Differenzierung nach Versorgungsgebieten der Somatik maßgeblich, sondern die Differenzierung erfolgt nach eigenen Regionen, die mit den Zuschnitten der psychiatrischen Pflichtversorgungsregionen übereinstimmen. Die Versorgungsregionen sind einerseits für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung von Erwachsenen sowie andererseits für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung definiert. Die Versorgungsregionen werden im Abschnitt 6.10 beschrieben und vorgestellt. Die folgende Abbildung visualisiert die geografische Verortung der Versorgungsregionen unterteilt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

¹¹⁵ Eigene Darstellung.

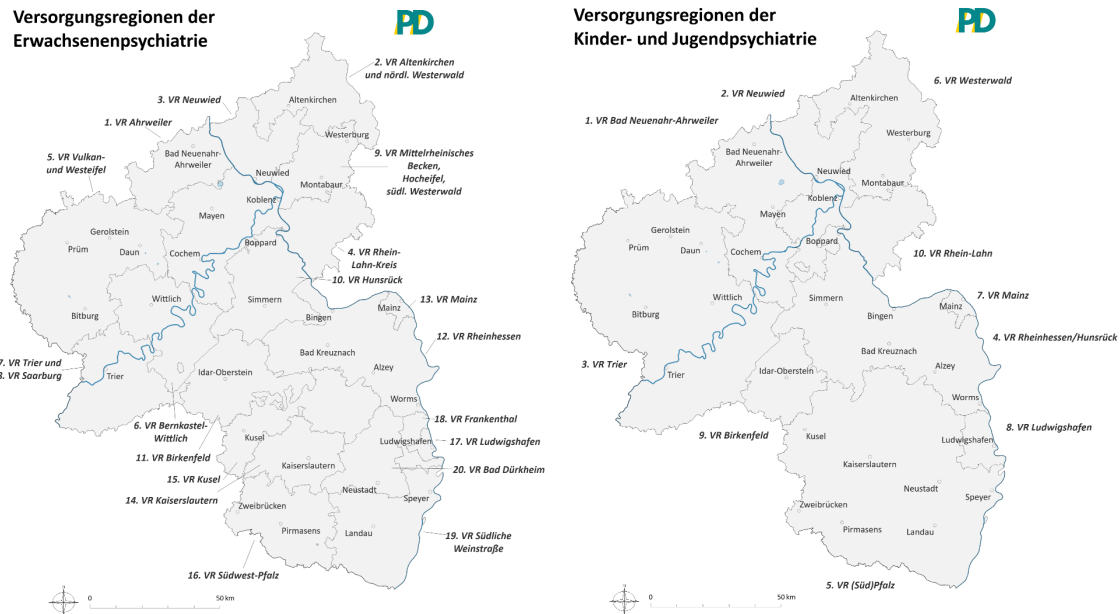


Abbildung 12: Versorgungsregionen der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz¹¹⁶

4.2.1 Strukturen der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz

Die folgenden Auswertungen basieren, sofern nicht anders angegeben, auf dem § 21-KHEntgG-Datensatz aus dem Jahr 2023. Auf Grundlage dieses Datensatzes gab es in Rheinland-Pfalz 126¹¹⁷ Krankenhausstandorte und Tageskliniken. Davon spezialisierten sich 21 ausschließlich auf die teilstationäre Versorgung. Die verbleibenden 105 Standorte behandelten entweder ausschließlich vollstationäre oder sowohl voll- als auch teilstationäre Fälle. Auf diese 105 Standorte fokussieren sich die nachfolgenden Analysen.

Die nachfolgende Tabelle clustert diese 105 Standorte, unabhängig davon, ob es sich bei den Standorten ausschließlich um somatische oder psychiatrische beziehungsweise psychosomatische Standorte handelt, nach dem jeweiligen Versorgungsgebiet. Hintergrund dieser Zuordnung ist, dass teilweise Standorte beide Bereiche abdecken. Die Einteilung der Standorte nach den Bereichen der Psychiatrie und Psychosomatik nach Versorgungsregionen erfolgt in Abschnitt 6.10.

Wie die Gegenüberstellung zeigt, stellt das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald mit seinen 43 Krankenhausstandorten das Versorgungsgebiet mit der höchsten Anzahl an Standorten dar. Das Versorgungsgebiet Trier stellt mit seinen 10 Standorten das Versorgungsgebiet mit den wenigsten Krankenhausstandorten dar (Tabelle 1) und ist zudem das Versorgungsgebiet mit der geringsten durchschnittlichen Auslastung. Das Versorgungsgebiet Westpfalz hingegen stellt das Versorgungsgebiet mit der höchsten durchschnittlichen Auslastung dar.

¹¹⁶ Bei der in diesem Gutachten verwendeten geografischen Abgrenzung der Pflichtversorgungsregionen kommt es aus technischen sowie aus Datenschutzgründen zu leichten Abweichungen der Gebiete gegenüber der Veröffentlichung im Staatsanzeiger.

¹¹⁷ Dies ist die Anzahl der Krankenhausstandorte, von denen im Rahmen des Gutachtens die §21 KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2023 vorlagen. In dieser Anzahl sind sowohl Plankrankenhäuser, Vertragskrankenhäuser sowie die BG Klinik Ludwigshafen und das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz enthalten. Standorte, die im Laufe des Jahres 2023 geschlossen wurden, sind hier ebenfalls berücksichtigt.

Tabelle 1: Anzahl der vollstationären Krankenhausstandorte, der vollstationären Fälle 2023 sowie die durchschnittliche Auslastung nach betriebsbereit aufgestellten Betten je Versorgungsgebiet¹¹⁸

Versorgungsgebiet	Anzahl der Standorte ¹¹⁹	Vollstationäre Fälle 2023 ¹²⁰	durchschnittliche Auslastung ¹²¹
Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald	43	250.269	68 %
Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe	19	197.869	67 %
Versorgungsgebiet Rheinlandpfalz	21	180.337	67 %
Versorgungsgebiet Trier	10	119.907	64 %
Versorgungsgebiet Westpfalz	12	97.080	68 %
Gesamt	105	845.462	67 %

Diese 105 Standorte lassen sich 81 Krankenhäusern gemäß IK-Nummern-Zählung zuordnen. Dies ist darin begründet, dass eine IK-Nummer aus mehreren Standorten beziehungsweise Betriebsstätten bestehen kann.

Die Anzahl der genannten 81 Krankenhäuser gemäß IK-Nummern-Zählung weicht von der ausgewiesenen Anzahl der Krankenhäuser gemäß dem Statistischen Bundesamt ab. Laut Statistischem Bundesamt werden 86 Krankenhäuser für Rheinland-Pfalz ausgewiesen (siehe Abschnitt 4.1). Ein Grund für die Abweichung dürfte darin liegen, dass reine Privatkliniken, die weder im Krankenhausplan noch Vertragskrankenhäuser sind, nicht in diesem Gutachten betrachtet werden, jedoch durch das Statistische Bundesamt gezählt werden. Die Anzahl der in diesem Gutachten berücksichtigten Krankenhäuser stimmt mit der Anzahl der durch das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz (StaLA-RLP) bereitgestellten Standortübersicht überein. Deren Trägerschaft, das heißt freigemeinnützige, öffentliche oder private Trägerschaft¹²² sowie die jeweils pro Standort durchschnittlichen aufgestellten Betten sind in der folgenden Abbildung 13 visualisiert. Datengrundlage für die Darstellung sind die im Jahr 2023 durchschnittlich aufgestellten Betten gemäß den Daten des StaLA-RLP.

Es wird deutlich, dass die Anzahl der Betten zwischen den Standorten deutlich variiert. Gemessen an der Anzahl an Betten wies der kleinste Standort lediglich neun Betten auf, wohingegen der größte Standort

¹¹⁸ Eigene Berechnung auf Basis der durchschnittlich aufgestellten Betten in Krankenhäusern im Jahr 2023 gemäß den Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz sowie der Fallzahl- und Belegungsdaten gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2023.

¹¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

¹²⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Bei den Fallzahlen im DRG-Bereich sind nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) berücksichtigt worden.

¹²¹ Eigene Berechnung auf Basis der durchschnittlich aufgestellten Betten in Krankenhäusern im Jahr 2023 gemäß den Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz sowie der Belegungsdaten gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2023. Bei der Ermittlung der Auslastung werden nicht krankheitsbedingte behandelte Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) nicht berücksichtigt, da die entsprechenden Betten nicht an das Statistische Landesamt gemeldet werden.

¹²² Hinter dem Betrieb eines Krankenhauses steht der Krankenhausträger. Im Sinne des Gesetzgebers ist ein Träger eine natürliche oder juristische Person, die für den Betrieb oder die Bewirtschaftung eines Krankenhauses zuständig ist.

über 1.380 Betten verfügte. Der Standort Nr. 105 mit vier Betten wurde im Jahr 2023 geschlossen. Insgesamt wurden von den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern durchschnittlich rund 23.500¹²³ betriebsbereit aufgestellte Betten für das Jahr 2023 gemeldet. In der Praxis legen die bettenmeldenden Krankenhäuser den Begriff der betriebsbereit aufgestellten Betten unterschiedlich aus, wodurch auch der Umgang mit Einschränkungen der Bettenverfügbarkeit variiert. Während einige Häuser Bettensperrungen durch Sachverhalte wie Stationsschließungen aufgrund von Sanierungsmaßnahmen, Isolationsmaßnahmen in einem Dreibettzimmer oder Personalmangel konsequent herausrechnen, bleiben solche Einschränkungen in anderen Fällen unberücksichtigt. Aus den dargestellten Gründen können faktisch nicht belegbare Betten weiterhin als betriebsbereit aufgestellt und scheinbar verfügbar gelten. Entsprechend ist diese Kennzahl mit gewissen Unschärfen behaftet.

Anhand der Abbildung 13 ist zudem ersichtlich, dass sich unter den fünf Standorten mit den meisten Betten vier in öffentlicher Trägerschaft und ein Standort in freigemeinnütziger Trägerschaft befanden. Insgesamt sind 62 Standorte in freigemeinnütziger Trägerschaft (rund 59 %), 26 in öffentlicher (rund 25 %) und 17 in privater (rund 16 %) Trägerschaft. Der eher geringe Anteil an Standorten in privater Trägerschaft unterscheidet die Versorgungslandschaft teilweise deutlich von anderen Bundesländern gemessen am Bundesdurchschnitt 2023. So lag 2023 der Anteil der privaten Trägerschaft im bundesweiten Durchschnitt bei rund 40 %. Gleichzeitig lag der Anteil der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft im Bundeschnitt bei rund 31 % und damit deutlich unter dem in Rheinland-Pfalz. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich im Bundeschnitt 2023 rund 28 % der Krankenhäuser (Abbildung 7).¹²⁴ Zu berücksichtigen bei diesem Vergleich ist, dass der Bundesvergleich (Abbildung 7) auf den Grunddaten der Krankenhäuser des statistischen Bundesamtes basiert. Diese Auswertung basiert nicht auf der Ebene der Krankenhausstandorte, sondern auf Ebene der aggregierten Institutskennezeichen, welche mehrere Standorte vereint.

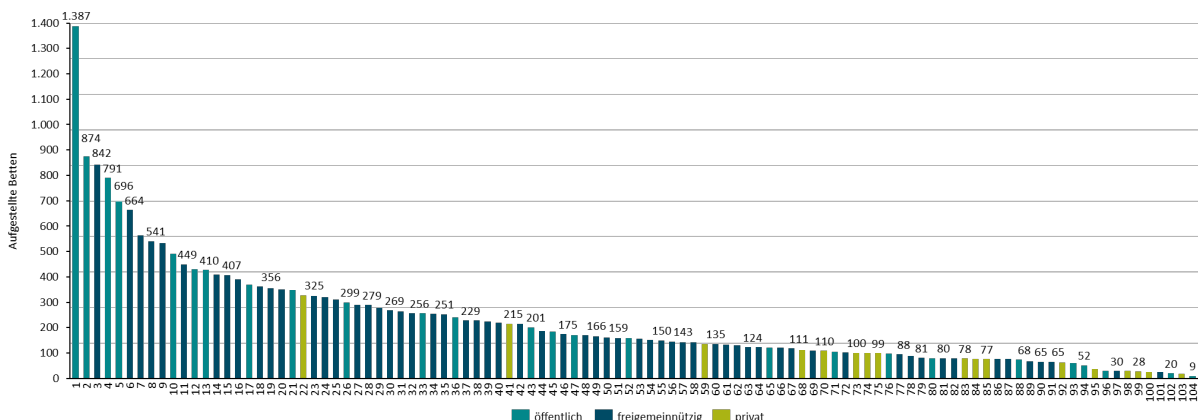


Abbildung 13: Durchschnittlich betriebsbereit aufgestellte Betten rheinland-pfälzischer Krankenhausstandorte nach Trägerschaft für das Jahr 2023¹²⁵

¹²³ Die ausgewiesenen Betten basieren auf den Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz. Inclusive der SGB VII-Betten der BG Klinik Ludwigshafen. Für die im Jahr 2023 eröffnete Klinik Viktoriastift lagen keine Daten vor, hier wurden nachrichtlich die Planbetten (20) ergänzt. Bettenkapazitäten für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (P66D, P67D und P67E) werden nicht an das Statistische Landesamt übermittelt.

¹²⁴ Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhäuser 2023 nach Trägern und Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

¹²⁵ Eigene Darstellung basierend auf Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz. Inclusive der SGB VII-Betten der BG Klinik Ludwigshafen. Für die im Jahr 2023 eröffnete Klinik Viktoriastift lagen keine Daten vor, hier wurden nachrichtlich die Planbetten (20) ergänzt. Bettenkapazitäten für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (P66D, P67D und P67E) werden nicht an das Statistische Landesamt übermittelt.

Eine Detailanalyse der vollstationären Betten je Krankenhausstandort zeigt, dass rund die Hälfte der Krankenhausstandorte eine vergleichsweise geringe Anzahl an vollstationären Betten im Jahr 2023 aufwies. So hatten 50 der 105 Krankenhausstandorte weniger als 150 aufgestellte Betten im Jahr 2023. Lediglich 9 % der 105 Krankenhausstandorte, das heißt neun Standorte, hatten mindestens 500 aufgestellte Betten im Jahr 2023 (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl der durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten nach Bettenclustern, Standorten und Versorgungsgebiet im Jahr 2023 gemäß Zählung nach Standortnummern

Betten je Standort	VG MW	VG RN	VG RP	VG TR	VG WP	RLP
1 bis 49 Betten	6	4			1	11
50 bis 99 Betten	10	4	2		4	20
100 bis 149 Betten	8	3	4	2	2	19
150 bis 199 Betten	5	1	4	2		12
200 bis 299 Betten	8		4	3	3	18
300 bis 399 Betten	4	2	4			10
400 bis 499 Betten	1	2	1	1	1	6
500 bis 599 Betten	1	1	1			3
600 bis 699 Betten		1		1		2
700 bis 799 Betten					1	1
800 und mehr Betten		1	1	1		3
Standorte RLP	43	19	21	10	12	105
Anteil unter 150 Betten	56 %	58 %	29 %	20 %	58 %	48 %
Anteil unter 500 Betten	98 %	84 %	90 %	80 %	92 %	91 %

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass eine Untersuchung von Jahresabschlüssen eine positive Korrelation zwischen der Anzahl der Betten und dem Jahresergebnis bei Krankenhäusern mit 500 bis 900 Betten festgestellt hat.^{126/127} Da die Jahresabschlüsse mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf Ebene des Institutskennzeichens analysiert wurden, wurde die Auswertung ebenfalls auf Ebene der IK-Nummern durchgeführt.

¹²⁶ In der Untersuchung sind die Daten von rund 330 Krankenhäusern p.a. eingeflossen. Zudem sind die Jahresabschlüsse von Krankenhausketten und reinen Fachkrankenhäusern von der Analyse ausgeschlossen, da diese bereits in kleineren Strukturen wirtschaftlich arbeiten können.

¹²⁷ RWI/hcb im Krankenhaus Ratingreport 2023 - Kapitel 3.5, Schaubild 82.

Ähnlich zu der Auswertung der vollstationären Betten je Standort (Tabelle 2) zeigt sich auch hier, dass viele Standorte eine vergleichsweise geringere Anzahl an vollstationären Betten vorhalten. So zeigt die Auswertung, dass 31 der 81 Krankenhäuser¹²⁸ weniger als 150 aufgestellte Betten im Jahr 2023 im vollstationären Bereich aufwiesen. 16 % dieser Krankenhäuser (entspricht 13 Krankenhäusern)¹²⁹ wiesen im Jahr 2023 mindestens 500 aufgestellte Betten aus (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl der durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten nach Bettenclustern, Standorten und Versorgungsgebiet im Jahr 2023 gemäß Zählung nach IK-Nummern¹³⁰

Betten je IK-Nummer	VG MW	VG RN	VG RP	VG TR	VG WP	RLP
1 bis 49 Betten	5	1			1	7
50 bis 99 Betten	8	4			1	13
100 bis 149 Betten	3	3	3	1	1	11
150 bis 199 Betten	3	1	2	1		7
200 bis 299 Betten	8		3	2	1	14
300 bis 399 Betten	3	2	4	1	1	11
400 bis 499 Betten		2	2		1	5
500 bis 599 Betten	1	1	1		1	4
600 bis 699 Betten		1		2		3
700 bis 799 Betten	1					1
800 und mehr Betten	1	1	1	1	1	5
Gesamtergebnis	33	16	16	8	8	81
Anteil unter 150 Betten	48 %	50 %	19 %	13 %	38 %	38 %
Anteil unter 500 Betten	91 %	81 %	88 %	63 %	75 %	84 %

Der hohe Anteil an Standorten beziehungsweise Krankenhäusern mit vergleichsweise wenigen vollstationären Betten und der dargestellte Zusammenhang zwischen der Anzahl der Betten und der Wirtschaftlichkeit gehen einher mit diversen aktuellen und vergangenen Pressemeldungen, die sich auf Insolvenzen von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz beziehen. Dies deckt sich auch mit den Erkenntnissen aus der parallel zu diesem Gutachten durchgeführten Umfrage der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz. Rund 70 % (n=57) der befragten Krankenhäuser bewerten ihre wirtschaftliche Situation als eher schlecht bis sehr schlecht. Die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz hat ein grundlegendes strukturelles Problem, das sich mittelfristig nur durch eine deutliche Reduktion und Zentralisierung von Versorgungsstrukturen beheben lässt.

¹²⁸ Zählung nach IK-Nummer.

¹²⁹ Zählung nach IK-Nummer.

¹³⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Die beiden IK-Nummern des Pfalzkrankenhauses wurden aus technischen Gründen dem Versorgungsgebiet Westpfalz zugeordnet.

4.2.2 Entwicklung der voll- und teilstationären Fälle in Rheinland-Pfalz von 2019 bis 2023

Im Jahr 2023 wurden an den 105 Krankenhausstandorten in Rheinland-Pfalz rund 845.500 Fälle vollstationär behandelt. Davon entfielen rund 802.000 Fälle auf den DRG-Bereich und etwa 44.000 Fälle auf den PEPP-Bereich (Abbildung 14).

Vergleicht man die Fallzahlen zu Beginn des Betrachtungszeitraums mit denen im Jahr 2023, wird deutlich, dass sie im Jahr 2019 noch um 13 % höher lagen. Insbesondere die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie ab 2020 sind hauptverantwortlich für den Fallzahlrückgang im Betrachtungszeitraum.

So wurden zu Beginn der COVID-19-Pandemie umfangreiche Maßnahmen ergriffen, um Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten, was zu einer spürbaren Reduktion der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen führte. Zusätzlich belastete ein zeitweise hoher Krankenstand des Personals die Krankenhäuser, wodurch weniger medizinisches Personal zur Verfügung stand und die Behandlungskapazitäten eingeschränkt wurden, was auch zu einer Verringerung der Fallzahlen führte.

Deutschlandweit ließ sich eine ähnliche Entwicklung wie in Rheinland-Pfalz beobachten: Zwischen 2019 und 2020 sanken die Fallzahlen in der gesamten Republik um etwa 14 %.¹³¹

Abbildung 14 visualisiert die beschriebene Fallzahlentwicklung für Rheinland-Pfalz. Die Darstellung macht deutlich, dass das alte Fallzahlniveau weder für den DRG- noch für den PEPP-Bereich auch vier Jahre nach Beginn der Pandemie erreicht werden konnte. Eine leichte Erholung von 2 % konnte im DRG-Bereich von 2022 auf 2023 beobachtet werden. Die Fallzahlen lagen aber dennoch 13 % unter dem 2019er Niveau.

Analog zum DRG-Bereich verzeichnete auch der PEPP-Bereich zwischen 2019 und 2023 einen Rückgang der Fallzahlen, allerdings in geringerem Ausmaß, in Höhe von 11 %. Auch hier blieben die Fallzahlen weiterhin unter dem Niveau von 2019, verzeichneten jedoch erstmals von 2022 auf 2023 einen Anstieg um 4 %.

Der Anteil der Patienten und Patientinnen mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz beziehungsweise mit unbekanntem Wohnort verhielt sich sowohl im DRG-Bereich als auch im PEPP-Bereich relativ konstant zwischen 10 % im DRG-Bereich und 12 % im PEPP-Bereich.

Die Fallzahlanalyse zeigt insgesamt eine moderate Erholung, insbesondere seit 2022. Dennoch erscheint es unwahrscheinlich, dass die vergleichsweise hohen Fallzahlen der Zeit vor der COVID-19-Pandemie flächendeckend wieder erreicht werden können.

Die im Rahmen des Gutachtens durchgeführte Befragung der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz ergab, dass ebenfalls rund 59 % der teilnehmenden Krankenhausstandorte (n=79) diese Ansicht teilten und diese nicht davon ausgehen, dass die stationären Fallzahlen im Jahr 2024 das Prä-COVID-19-Pandemie-Niveau erreichen werden (Abschnitt 2.1.2).

¹³¹ Statistisches Bundesamt (2024): Statistischer Bericht - Grunddaten der Krankenhäuser 2023.

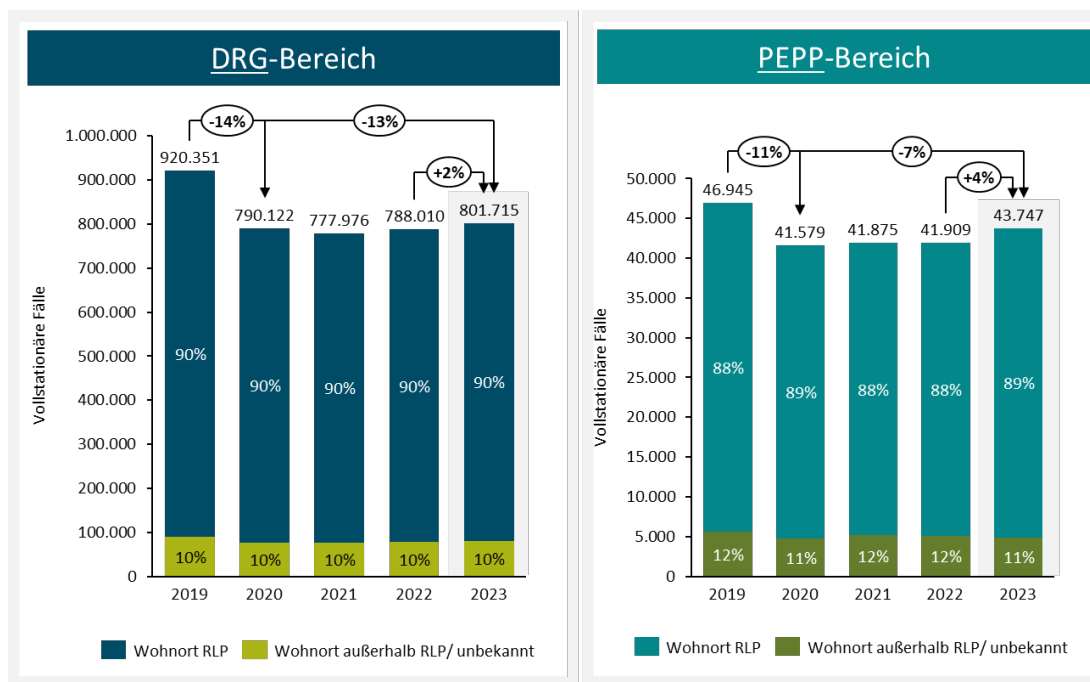


Abbildung 14: Entwicklung der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle in Rheinland-Pfalz von 2019 bis 2023¹³²

Bei Betrachtung der teilstationären Fallzahlen der Jahre 2019 bis 2023, die in Abbildung 15 dargestellt sind, fällt auf, dass der Fallzahlrückgang insbesondere zwischen 2019 und 2020 prozentual deutlich höher gegenüber dem vollstationären Bereich ausfiel. Dies lag insbesondere daran, dass Tageskliniken ihren Betrieb während der COVID-19-Pandemie deutlich einschränken beziehungsweise in Teilen auch ganz einstellen mussten.

Dennoch zeigt sich, dass die Fallzahlen seit 2020 kontinuierlich angestiegen sind, sogar über dem Niveau von 2019 liegen und sich somit deutlich positiver als im vollstationären Bereich entwickelt haben.

Die allgemeine Fallzahlentwicklung im teilstationären DRG-Bereich zeigt, dass die Fallzahl von 2019 auf 2020 um rund 20 % beziehungsweise rund 2.350 Fälle eingebrochen ist. In den darauffolgenden Jahren stieg die Fallzahl jedoch stetig an und lag 2023 nun mit rund 12.800 Fällen rund 7 % über dem Niveau von 2019.

Der Anteil der Fälle mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz oder unbekanntem Wohnort zeigt im betrachteten Zeitraum eine rückläufige Entwicklung und sank von 14 % im Jahr 2019 auf 9 % im Jahr 2023.

Im teilstationären PEPP-Bereich sank die Fallzahl ebenfalls von 2019 zu 2020 deutlich um 24 % beziehungsweise um rund 1.870 Fälle. Jedoch konnte ebenfalls im teilstationären PEPP-Bereich seit 2020 eine kontinuierliche Steigerung der Fallzahl beobachtet werden. Insbesondere von 2022 auf 2023 stieg die Fallzahl um 16 % an und lag damit rund 7 % über dem Wert aus dem Jahr 2019. Bei Betrachtung des Anteils der Patienten und Patientinnen mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz beziehungsweise mit unbekanntem Wohnort zeigt sich, dass dieser im Betrachtungszeitraum zwischen 5 % und 4 % leicht schwankte.

¹³² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Bei den Fallzahlen im DRG-Bereich sind nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) berücksichtigt worden.

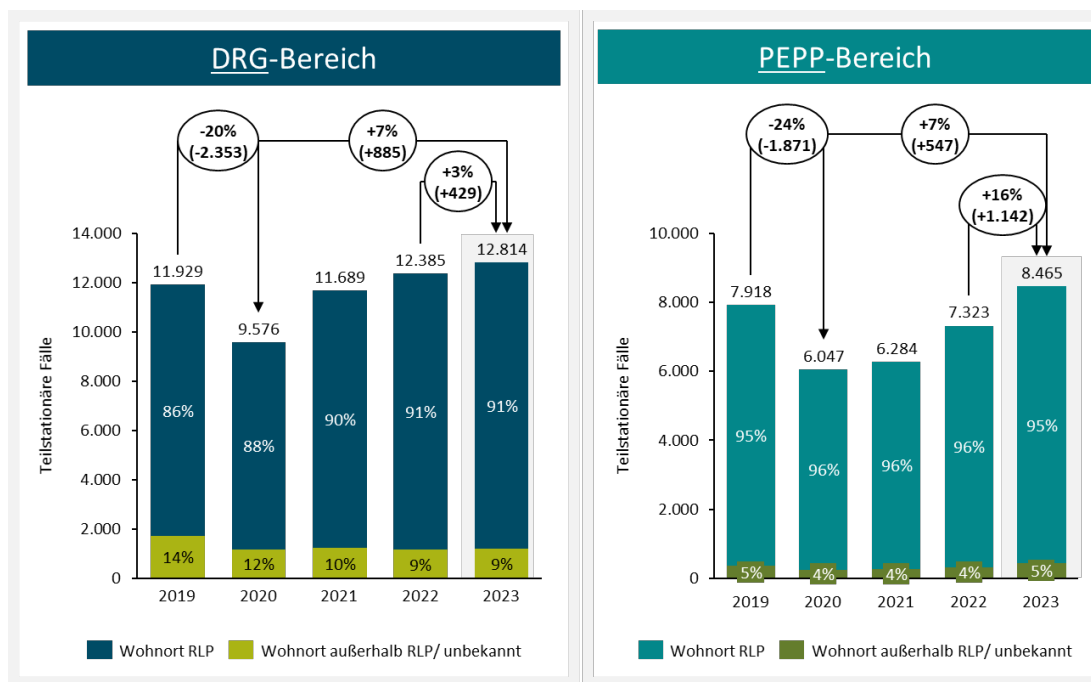


Abbildung 15: Entwicklung der teilstationären DRG- und PEPP-Fälle in Rheinland-Pfalz von 2019 bis 2023¹³³

Im Folgenden wird aufgrund der relativ geringen Fallzahlen im teilstationären Bereich im Vergleich zum Gesamtfallzahlniveau auf eine weitere tiefergehende Analyse dieser Fälle verzichtet.

Für die weitergehende Analyse der vollstationären Fälle im DRG-Bereich wird im nächsten Schritt der Aufnahmeanlass der vollstationären Fälle genauer analysiert. In der Abbildung 16 und Abbildung 17 werden die Anteile der Aufnahmeanlässe „Notfall“ und „Einweisung durch einen Arzt“ (hier: Elektivfälle) beziehungsweise weitere Aufnahmeanlässe¹³⁴ (hier: weitere Fälle) von 2019 bis 2023 für gesamt Rheinland-Pfalz gegenübergestellt.

Es zeigt sich, dass die Entwicklung der beiden betrachteten Aufnahmegruppen deutliche Unterschiede aufweist (Abbildung 16). Während die Patientinnen und Patienten im DRG Bereich mit dem Aufnahmeanlass Notfall um rund 9 % beziehungsweise rund 41.000 Fällen zwischen 2019 und 2023 zurückgegangen sind, lag der Rückgang für den Aufnahmebereich „elektiv/weitere“ bei rund 17 % beziehungsweise rund 78.000 Fällen. Im PEPP-Bereich hingegen betrug der Rückgang in den Aufnahmebereichen „elektiv/ weitere“ rund 13 % beziehungsweise rund 3.000 Fällen. Im Gegensatz dazu stieg die Fallzahl der Aufnahmen mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ im PEPP-Bereich leicht um 2 % beziehungsweise um rund 400 Fälle.

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

¹³⁴ Zu den weiteren Aufnahmeanlässen zählen gemäß § 21-KHEntgG-Datensatz: Geburt, Aufnahme nach vorhergehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, Einweisung durch einen Zahnarzt, Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden und Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden.

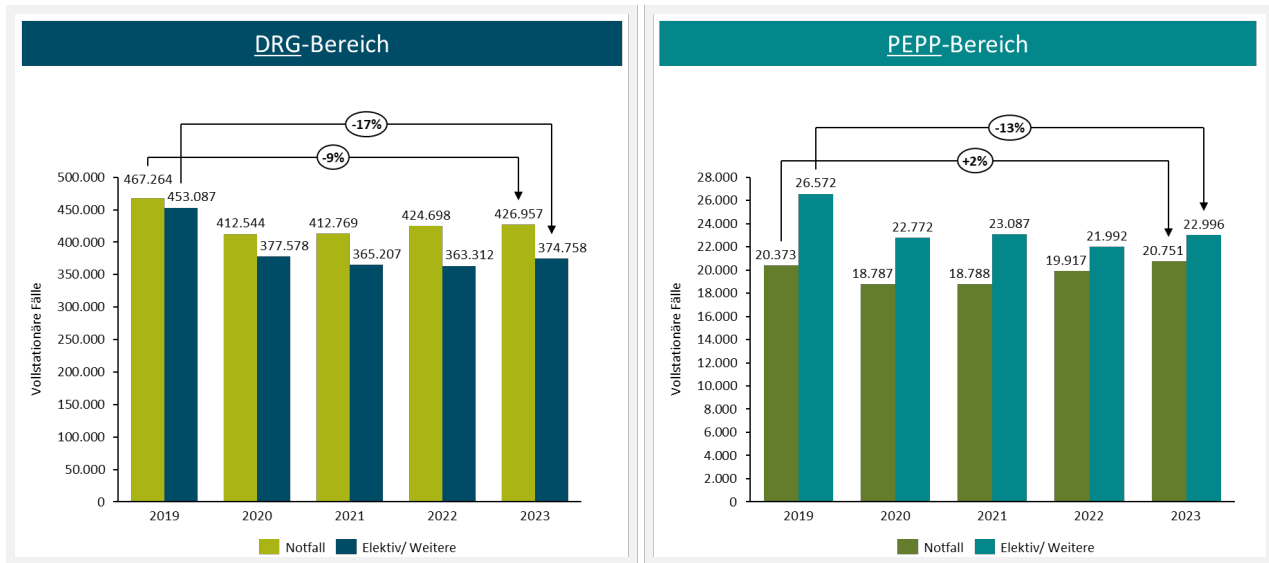


Abbildung 16: Entwicklung der nominellen Fallzahlen nach Aufnahmeanlass im DRG- und PEPP-Bereich zwischen 2019 und 2023¹³⁵

In Summe ist der prozentuale Anteil der Notfälle im DRG-Bereich in Rheinland-Pfalz seit 2019 zwar von rund 51 % auf rund 53 % (Abbildung 17) in 2023 gestiegen, jedoch liegt dies ausschließlich an dem stärkeren Rückgang im Bereich der Aufnahmeanlässe „elektiv/weitere“.

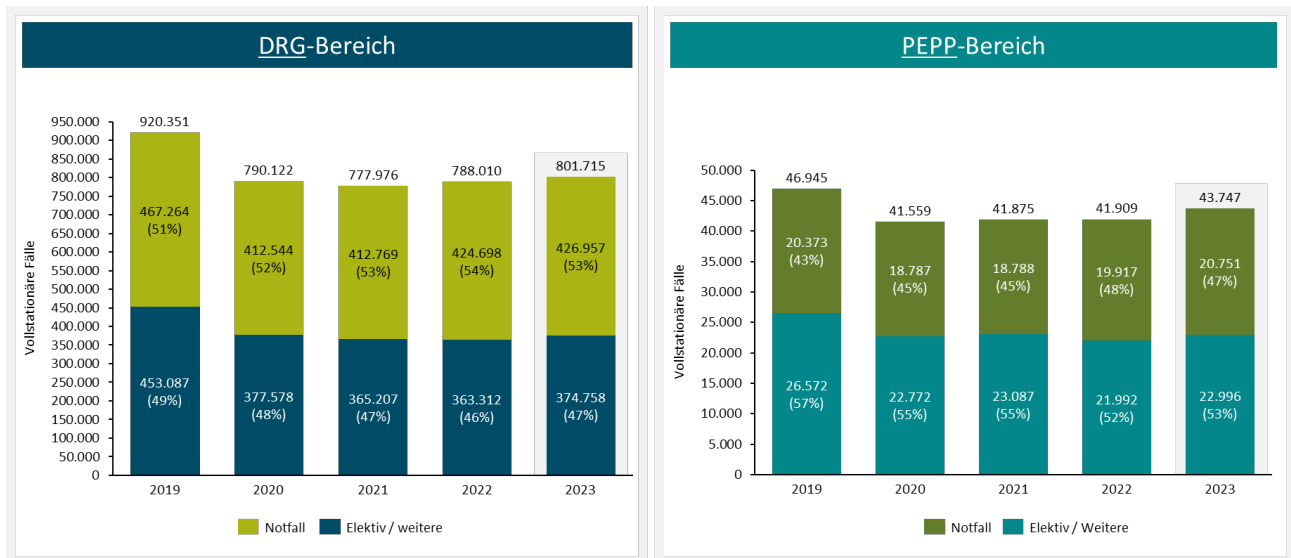


Abbildung 17: Nominelle Fallzahlentwicklung und prozentuale Verteilung nach Aufnahmeanlass im DRG- und PEPP-Bereich von 2019 bis 2023¹³⁶

¹³⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Bei den Fallzahlen im DRG-Bereich sind nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) berücksichtigt worden.

¹³⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Bei den Fallzahlen im DRG-Bereich sind nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) berücksichtigt worden.

Die Analyse der Aufnahmeanlassmerkmale auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten ist jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig. Je nach den Einweiser- und Aufnahmestrukturen der einzelnen Krankenhäuser kann eine ähnliche Fallkonstellation sowohl als Elektiv- als auch als Notfall eingestuft werden.

Neben der reinen Anzahl der Fälle ist die Verweildauer ein wichtiger Parameter zur Bestimmung der Auslastung der aufgestellten Betten. Abbildung 18 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer der vollstationären DRG- und PEPP-Fälle für die Jahre 2019 bis 2023.

Da in der nachfolgenden Abbildung 18 ein Bezug zu den durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten hergestellt wird, werden die nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen (gesunde Neugeborene) nicht berücksichtigt. Der Grund dafür ist, dass die Bettenkapazitäten für gesunde Neugeborene nicht an das Statistische Landesamt gemeldet werden.

Als weiterer Parameter können die vollstationär aufgestellten Betten gemäß des StaLA-RLP 2023 sowie deren Auslastung je Versorgungsgebiet im Jahr 2023 betrachtet werden. Gemäß Abbildung 18 belief sich die Gesamtzahl dieser Betten auf rund 23.300¹³⁷ aufgestellte Betten, von denen rein rechnerisch im Jahr 2023 durchschnittlich 15.647 Betten beziehungsweise rund 67 % belegt waren.

Die Aufteilung entsprechend des jeweiligen Versorgungsgebiets ist Abbildung 18 zu entnehmen.

¹³⁷ Die BG Klinik Ludwigshafen hat in der Bettenmeldung an das StaLA-RLP auch ihre SGB VII-Betten gemeldet. Für Patientinnen und Patienten, die unter diesen Abrechnungsbereich fallen, lagen den Gutachtenden für diese Klinik keine Daten vor. Aus diesem Grund wurde der geschätzte Anteil der SGB VII-Betten aus der Betrachtung der gemeldeten Betten herausgenommen. Daraus ergibt sich eine Differenz zu den in Abbildung 13 aufgeführten Betten.

Das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald stellt das Versorgungsgebiet mit den meisten aufgestellten Betten (rund 7.100) dar. Von diesen waren rund 4.800 Betten belegt, was einer Auslastung von etwa 68 % entspricht. Im Gegensatz dazu stellt das Versorgungsgebiet Westpfalz mit rund 2.600 aufgestellten vollstationären Betten das Versorgungsgebiet mit den wenigsten Betten dar. Davon waren etwa 1.800 Betten belegt, was ebenfalls einer Auslastung von rund 68 % entspricht. Die beiden beschriebenen Versorgungsgebiete hatten mit rund 68 % die höchste Auslastung im Vergleich zu allen Versorgungsgebieten. Im Gegensatz dazu weist das Versorgungsgebiet Trier mit etwa 64 % die niedrigste durchschnittliche Bettenauslastung auf.

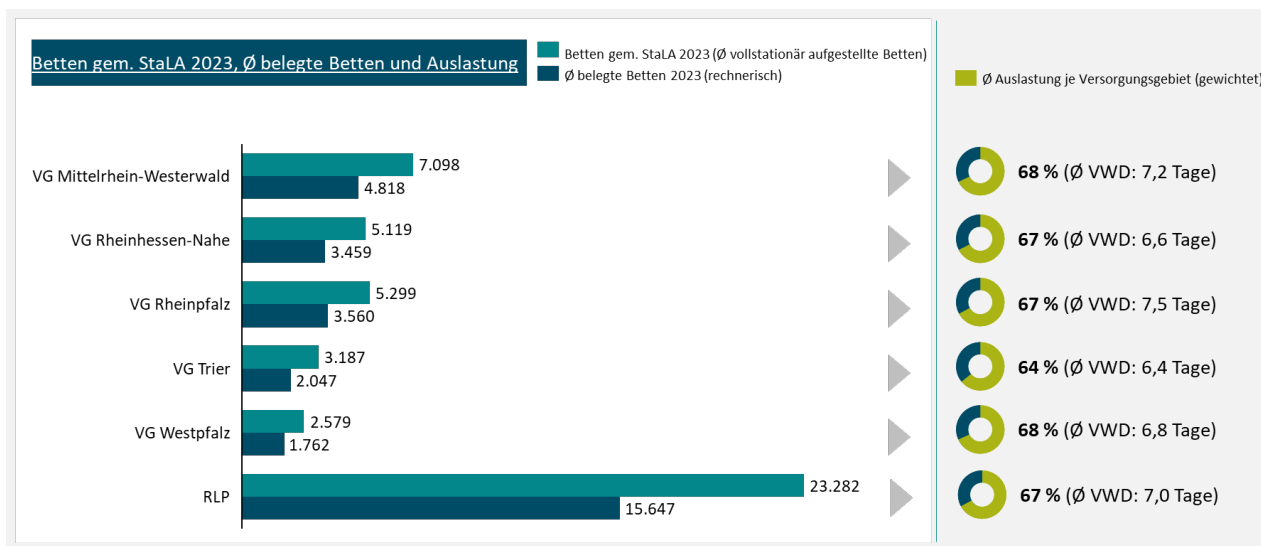


Abbildung 18: Betten gemäß StaLA-RLP 2023, Ø belegte Betten und Auslastung je Versorgungsgebiet im Jahr 2023¹³⁸

¹³⁸ Eigene Berechnung auf Basis der durchschnittlich betriebsbereit aufgestellten Betten in Krankenhäusern im Jahr 2023 gemäß den Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz sowie der Belegungsdaten gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2023. Bei der Ermittlung der Auslastung wurden nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E) nicht berücksichtigt, da die entsprechenden Betten nicht an das Statistische Landesamt gemeldet werden. Für die im Jahr 2023 eröffnete Klinik Viktoriastift lagen keine Daten vor, hier wurden nachrichtlich die Planbetten (20) ergänzt. Zudem wurde der geschätzte Anteil der SGB VII-Betten der BG Klinik Ludwigshafen aus der Betrachtung der gemeldeten Betten herausgenommen.

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

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Detailbetrachtung der Entwicklung der vollstationären Fälle in den einzelnen Leistungsgruppen.¹³⁹ Die Anwendung von Leistungsbereichen beziehungsweise Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung bietet im Vergleich zur bisherigen Planung auf Fachabteilungsebene den Vorteil, dass Versorgungsleistungen innerhalb eines Fachgebiets differenzierter geplant und analysiert werden können. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens lag jedoch noch keine abschließende Definition der Leistungsgruppen vor, die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) für die bundesweite Krankenhausplanung eingeführt werden sollen.¹⁴⁰ Es ist zu erwarten, dass nach einer erneuten Analyse der Daten unter Berücksichtigung der finalen Spezifikationen der Leistungsgruppen eine Verschiebung von Fällen zwischen den bestehenden und den neuen Leistungsgruppen erfolgen könnte. Mögliche Auswirkungen auf die Krankenhausplanung sollten daher nach Erhalt der endgültigen Spezifikationen überprüft werden.

Insgesamt sind im Jahr 2023 im Vergleich zum Jahr 2019 rund 13 % weniger vollstationäre Fälle in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern behandelt worden, was einem nominellen Rückgang von mehr als 120.000 Fällen entspricht. Die Detailbetrachtung auf Leistungsgruppenebene zeigt jedoch, dass sich diese Entwicklung nicht pauschal gleich auf alle Leistungsgruppen auswirkt, sondern dass es in den einzelnen Leistungsgruppen teils zu deutlichen Unterschieden kommt, wie aus Tabelle 4 hervorgeht. Unterschieden werden muss hier zwischen der nominellen und der prozentualen Veränderung.

Den stärksten nominalen Rückgang von mehr als 60.000 Fällen gab es in der Leistungsgruppe (LG) „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“. Der prozentuale Rückgang dieser Leistungsgruppe beläuft sich zwischen 2019 und 2023 auf rund 23 %. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Leistungsgruppe mit der nominal zweithöchsten Fallzahl, der Leistungsgruppe „09.1 – Allgemeine Chirurgie“. Während sich die Fallzahl in dieser Gruppe von 2019 bis 2023 um mehr als 38.000 Fälle reduziert hat, beläuft sich die prozentuale Veränderung auf rund 18 %.

Im Bereich der Leistungsgruppen, die eng mit der übergeordneten LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ verbunden sind (LG 2 bis 6) und maßgeblich durch die Zuordnung der Entlassabteilung den entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen werden, gibt es diverse Unschärfen, die berücksichtigt werden müssen. Der auffällige Fallzahlzuwachs in der LG „03.1 – Komplexe Gastroenterologie“ zwischen 2019 und 2023 um rund 28 % beziehungsweise rund 5.000 Fälle, ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2020 im Rahmen einer differenzierteren Verwendung des Entlassabteilungsschlüssels Fälle, die zuvor der LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet waren, der LG „03.1 – Komplexe Gastroenterologie“ zugewiesen wurden. Ein ähnlicher Effekt ist beispielsweise auch in der LG „05.1 – Komplexe Pneumologie“ festzustellen.

Zudem ist das Fehlen von Fallzahlen im Bereich der LG „02.1 – Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ nicht darauf zurückzuführen, dass es in Rheinland-Pfalz keine Versorgung in diesem Bereich gibt, sondern darauf, dass die entsprechenden Standorte diese Patientinnen und Patienten organisatorisch über die Entlassabteilung der Inneren Medizin entlassen. Ein besseres Bild der Versorgungssituation kann auf Basis der

¹³⁹ Die definitorische Zuordnung der einzelnen Bereiche im vorliegenden Gutachten folgt der im Krankenhausplan veröffentlichten Leistungsgruppendefinition des Landes Nordrhein-Westfalen. Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, zuletzt abgerufen am 20.11.2024.

¹⁴⁰ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgb/1/2024/400/VO.html>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

Leistungsgruppen nur gewonnen werden, wenn Entlassabteilungsschlüssel einheitlich und korrekt verwendet werden.

Ein deutlicher Rückgang ist auch in den Leistungsgruppen zu verzeichnen, die ein hohes Ambulantisierungspotenzial aufweisen. Beispielsweise zeigen die folgenden Leistungsgruppen signifikante Veränderungen zwischen 2019 und 2023: LG „17.1 – Augenheilkunde“ mit einem Rückgang um 1.512 Fälle (-11 %), LG „24.1 – HNO“ mit einem Rückgang um 5.247 Fälle (-22 %) sowie LG „20.1 – Urologie“ mit einem Rückgang um 4.641 Fälle (-11 %). Diese Entwicklungen unterstreichen die zunehmende Verschiebung hin zu ambulanten Versorgungsstrukturen in diesen Bereichen.

Neben diesen rückläufigen Entwicklungen lassen sich auch Leistungsgruppen identifizieren, die sowohl eine auffällig steigende prozentuale als auch nominelle Veränderung verzeichneten. Beispielhaft sind die Leistungsgruppe „14.1 – Endoprothetik Hüfte“ mit einer nominellen Veränderung von 964 Fällen (+13 %) und die Leistungsgruppe „14.2 – Endoprothetik Knie“ mit einer nominellen Veränderung von 949 Fällen (+12 %) zu nennen. Im Bereich der Endoprothetik kann von einem Nachholeffekt ausgegangen werden, der durch die COVID-19-Pandemie bedingt ist.

Auch die LG „08.1 – EPU/Ablation“ verzeichnete im betrachteten Zeitraum ein prozentuales Wachstum von rund 17 %, was einem nominellen Anstieg um 745 Fälle entsprach. Diese Entwicklung könnte möglicherweise auf einen Nachholeffekt infolge der COVID-19-Pandemie zurückzuführen sein. Gleichzeitig ist jedoch anzumerken, dass diese Leistungsgruppe stark von den vorhandenen personellen und infrastrukturellen Kapazitäten abhängig ist. Fortschritte in der Technologie, wie moderne Katheter- und Ablationstechnologien, haben die Eingriffe sicherer und effektiver gemacht, was die Akzeptanz und Anwendung dieser Verfahren erhöht hat. In der Vergangenheit war die Leistungsgruppe aufgrund von Kapazitätsengpässen häufig mit langen Wartezeiten für Patientinnen und Patienten verbunden.¹⁴¹ Mit dem steigenden Bedarf an Behandlungen von Herzrhythmusstörungen, der durch die demografische Entwicklung und die zunehmende Häufigkeit von Erkrankungen wie Vorhofflimmern gefördert wird, haben Krankenhäuser möglicherweise ihre Kapazitäten entsprechend ausgebaut. Dieser Ausbau könnte auch durch Leitlinien unterstützt worden sein, die Ablationen zunehmend als Erstlinientherapie empfehlen. Diese Faktoren zusammen könnten wiederum zu einem Anstieg der Fallzahlen geführt haben.

Des Weiteren lassen sich auch auffällige prozentuale und nominale Veränderungen bei Leistungsgruppen feststellen, die jedoch dadurch bedingt sind, dass Leistungsangebote im Land aufgebaut wurden, zum Beispiel in der LG „13.2 Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche“, sowie auch durch Veränderungen in der Therapiemöglichkeit von Patientinnen und Patienten, beispielsweise in der LG „07.2 – Leukämie und Lymphome“ und der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“. In diesen Leistungsgruppen ist die Anzahl der Fälle zwar gestiegen, jedoch kann nicht festgestellt werden, dass sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich Leukämie und Lymphome erhöht hat. Es handelt sich hierbei lediglich um eine Verschiebung der Fälle zwischen den Leistungsgruppen, aufgrund veränderter Therapiemöglichkeiten und -ansätze.

¹⁴¹ Ärzteblatt (2019): Viele Ablationszentren behandeln zu wenig Patienten, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106632/Viele-Ablationszentren-behandeln-zu-wenig-Patienten>, zuletzt abgerufen am 10.12.2024.

Tabelle 4: Entwicklung der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023¹⁴²

Leistungsgruppe	Fälle					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozent
01.1 Allgemeine Innere Medizin	259.476	207.024	196.173	197.893	199.266	-60.210	-23 %
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	0	0	0	0	38	38	-
03.1 Komplexe Gastroenterologie	16.640	21.911	22.038	21.484	21.366	4.726	28 %
04.1 Komplexe Nephrologie	2.719	3.140	3.025	3.237	3.111	392	14 %
05.1 Komplexe Pneumologie	7.657	8.358	9.219	9.479	10.686	3.029	40 %
06.1 Komplexe Rheumatologie	1.744	1.293	2.176	1.970	2.401	657	38 %
07.1 Stammzelltransplantation	242	232	257	218	234	-8	-3 %
07.2 Leukämie und Lymphome	798	758	860	1.602	1.584	786	98 %
08.1 EPU / Ablation	4.346	3.841	4.232	4.331	5.091	745	17 %
08.2 Interventionelle Kardiologie	36.810	33.568	33.715	32.869	32.147	-4.663	-13 %
08.3 Kardiale Devices	1.826	1.898	1.975	1.901	1.799	-27	-1 %
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	1.248	1.278	1.281	1.253	1.418	170	14 %
09.1 Allgemeine Chirurgie	208.516	172.540	166.019	167.282	170.178	-38.338	-18 %
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	2.800	2.564	2.472	2.207	2.357	-443	-16 %
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	4.119	4.380	3.950	3.877	4.055	-64	-2 %
12.1 Bauchortenaneurysma	603	514	537	510	592	-11	-2 %
12.2 Carotis operativ/ interventionell	1.238	1.243	1.296	1.208	1.416	178	14 %
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	3.138	2.987	2.791	3.011	3.206	68	2 %
13.1 Herzchirurgie	2.922	2.206	2.523	2.637	2.676	-246	-8 %
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	1	0	2	32	23	22	2.200 %
14.1 Endoprothetik Hüfte	7.476	6.668	6.941	7.516	8.440	964	13 %
14.2 Endoprothetik Knie	8.042	6.677	6.656	7.670	8.991	949	12 %
14.3 Revision Hüftendoprothese	838	786	786	776	809	-29	-3 %
14.4 Revision Knieendoprothese	1.051	968	861	857	946	-105	-10 %
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	12.609	11.446	11.355	11.044	11.687	-922	-7 %
15.1 Thoraxchirurgie	568	568	532	567	557	-11	-2 %
16.1 Bariatrische Chirurgie	304	344	386	482	545	241	79 %
16.2 Lebereingriffe	296	314	318	269	276	-20	-7 %
16.3 Ösophaguseingriffe	187	185	207	205	201	14	7 %
16.4 Pankreaseingriffe	366	365	361	423	402	36	10 %
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	690	646	634	581	552	-138	-20 %
17.1 Augenheilkunde	13.768	11.412	11.717	12.276	12.256	-1.512	-11 %
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.445	4.688	4.639	4.825	5.478	33	1 %
19.1 MKG	4.370	4.097	4.137	4.515	4.348	-22	-1 %
20.1 Urologie	41.247	36.072	35.121	35.813	36.606	-4.641	-11 %
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	35.327	29.391	28.845	28.673	28.309	-7.018	-20 %
21.2 Ovarial-CA	301	325	305	297	274	-27	-9 %

¹⁴² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Bei den Fällen aus der LG „21.5 – Geburtsklinik – Kinder“ handelt es sich überwiegend um nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E), welche in den Grunddaten der Krankenhausstatistik nicht berücksichtigt werden.

Leistungsgruppe	Fälle					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozent
21.3 Senologie	3.349	3.256	3.220	3.121	3.223	-126	-4 %
21.4 Geburten	33.839	33.933	34.729	32.960	30.964	-2.875	-8 %
21.5 Geburtsklinik - Kinder	29.581	28.882	29.445	28.195	26.728	-2.853	-10 %
22.1 Perinataler Schwerpunkt	476	447	468	443	384	-92	-19 %
22.2 Perinatalzentrum Level 1	268	272	273	244	268	0	0 %
22.3 Perinatalzentrum Level 2	146	141	141	107	126	-20	-14 %
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	41.468	32.710	33.834	39.379	38.801	-2.667	-6 %
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	0	1	4	0	0	0	-
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	112	187	171	185	195	83	74 %
24.1 HNO	24.154	17.183	16.741	17.229	18.907	-5.247	-22 %
24.2 Cochleaimplantate	163	147	181	184	208	45	28 %
25.1 Neurochirurgie	6.673	5.951	5.809	5.865	5.882	-791	-12 %
26.1 Allgemeine Neurologie	30.097	25.337	26.461	26.544	28.759	-1.338	-4 %
26.2 Stroke Unit	7.895	7.573	8.102	8.526	8.764	869	11 %
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	1.301	1.317	1.264	1.236	1.486	185	14 %
27.1 Geriatrie	13.932	12.545	12.654	12.461	14.699	767	6 %
29.1 Palliativmedizin	2.035	2.156	2.325	2.360	2.914	879	43 %
30.3 Lebertransplantation	43	46	39	41	48	5	12 %
30.5 Nierentransplantation	67	58	47	53	74	7	10 %
30.6 Pankreastransplantation	5	3	2	3	0	-5	-100 %
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär (nur nachrichtlich ausgewiesen)	43.587	38.628	38.726	38.677	40.369	-3.218	-7 %
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär (nur nachrichtlich ausgewiesen)	2.920	2.559	2.771	2.828	2.934	14	0 %
40.1 Sonstige/Nicht zuzuordnen	35.457	33.662	34.102	35.488	35.408	-49	0 %
Gesamtergebnis	967.296	831.681	819.851	829.919	845.462	-121.834	-13 %

Neben den anfangs beschriebenen Strukturen wurden die Leistungsgruppen ebenfalls hinsichtlich der Anzahl der erbringenden Standorte ins Verhältnis gesetzt. Die folgende Tabelle 5 visualisiert die einzelnen Leistungsgruppen inklusive ihres prozentualen Anteils an der Gesamtfallzahl innerhalb Rheinland-Pfalz sowie die Anzahl der jeweiligen Standorte, die Patienten in der entsprechenden Leistungsgruppe versorgten. Auch geht aus der Gegenüberstellung hervor, wie viele dieser Standorte einen Versorgungsanteil über 1 % aufwiesen.

Bei der Detailbetrachtung des kumulierten prozentualen Anteils der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl (Tabelle 5) fällt auf, dass rund 90 % der Gesamtfallzahl durch die 17 fallzahlstärksten Leistungsgruppen erbracht werden. Die darauffolgenden 20 fallzahlstärksten Leistungsgruppen weisen einen Anteil von rund 9 % an der Gesamtfallzahl aus. Zudem zeigt sich, dass die restlichen 21 Leistungsgruppen lediglich einen Anteil von rund 1 % an der Gesamtfallzahl ausmachen.

Die Auswertung zeigt, dass oftmals viele Standorte an der Versorgung bezogen auf eine ausgewählte Leistungsgruppe teilnehmen. Insbesondere bei Leistungsgruppen mit einem hohen elektiven Anteil wie der LG „14.1 - Endoprothetik Hüfte“ oder der LG „14.2 - Endoprothetik Knie“ zeigt die Analyse eine Vielzahl von Krankenhausstandorten, die Fälle in der Leistungsgruppe erbracht haben.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der LG „08.1 – EPU / Ablation“. Hier zeigt sich sogar, dass rund 30 % der teilnehmenden Versorger einen Versorgungsanteil kleiner als 1 % aufwiesen.

Durch das Land sollte insbesondere bei elektiv geprägten Leistungsgruppen eine Konzentration auf wenige Standorte geprüft werden.

Tabelle 5: Leistungsgruppen und Anzahl der Standorte, die Fälle in der jeweiligen Leistungsgruppe im Jahr 2023 behandelten¹⁴³

lfd. Nr.	Leistungsgruppe	Fallzahl	%-Anteil an der Gesamtfallzahl	kumulierter %-Anteil an der Gesamtfallzahl	Anzahl Standorte	dv. Standorte > 1 % Versorgungsanteil	dv. Standorte < 1 % Versorgungsanteil
1	01.1 Allgemeine Innere Medizin	199.266	23,6%	23,6%	71	62	9
2	09.1 Allgemeine Chirurgie	170.178	20,1%	43,7%	69	65	4
3	31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	40.369	4,8%	48,5%	30	29	1
4	23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	38.801	4,6%	53,1%	15	15	0
5	20.1 Urologie	36.606	4,3%	57,4%	32	26	6
6	40.1 Sonstige/Nicht zuzuordnen	35.408	4,2%	61,6%	70	27	43
7	08.2 Interventionelle Kardiologie	32.147	3,8%	65,4%	51	34	17
8	21.4 Geburten	30.964	3,7%	69,0%	29	29	0
9	26.1 Allgemeine Neurologie	28.759	3,4%	72,4%	20	17	3
10	21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	28.309	3,3%	75,8%	37	31	6
11	21.5 Geburtsklinik - Kinder	26.728	3,2%	79,0%	28	28	0
12	03.1 Komplexe Gastroenterologie	21.366	2,5%	81,5%	10	10	0
13	24.1 HNO	18.907	2,2%	83,7%	25	20	5
14	27.1 Geriatrie	14.699	1,7%	85,5%	48	42	6
15	17.1 Augenheilkunde	12.256	1,4%	86,9%	12	9	3
16	14.5 Wirbelsäuleneingriffe	11.687	1,4%	88,3%	66	45	21
17	05.1 Komplexe Pneumologie	10.686	1,3%	89,6%	6	6	0
18	14.2 Endoprothetik Knie	8.991	1,1%	90,6%	61	54	7
19	26.2 Stroke Unit	8.764	1,0%	91,7%	19	15	4
20	14.1 Endoprothetik Hüfte	8.440	1,0%	92,7%	66	55	11
21	25.1 Neurochirurgie	5.882	0,7%	93,3%	10	9	1
22	18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.478	0,6%	94,0%	3	3	0
23	08.1 EPU / Ablation	5.091	0,6%	94,6%	22	16	6
24	19.1 MKG	4.348	0,5%	95,1%	9	9	0
25	11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	4.055	0,5%	95,6%	4	4	0
26	21.3 Senologie	3.223	0,4%	96,0%	35	26	9
27	12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	3.206	0,4%	96,4%	37	31	6
28	04.1 Komplexe Nephrologie	3.111	0,4%	96,7%	3	3	0
29	32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	2.934	0,3%	97,1%	11	11	0
30	29.1 Palliativmedizin	2.914	0,3%	97,4%	15	14	1
31	13.1 Herzchirurgie	2.676	0,3%	97,7%	10	6	4
32	06.1 Komplexe Rheumatologie	2.401	0,3%	98,0%	2	2	0
33	10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	2.357	0,3%	98,3%	2	2	0
34	08.3 Kardiale Devices	1.799	0,2%	98,5%	39	30	9

¹⁴³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Bei den Fällen aus der LG „21.5 – Geburtsklinik – Kinder“ handelt es sich überwiegend um nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E), welche in den Grunddaten der Krankenhausstatistik nicht berücksichtigt werden.

lfd. Nr.	Leistungsgruppe	Fallzahl	%-Anteil an der Gesamtfallzahl	kumulierter %-Anteil an der Gesamtfallzahl	Anzahl Standorte	dv. Standorte > 1 % Versorgungsanteil	dv. Standorte < 1 % Versorgungsanteil
35	07.2 Leukämie und Lymphome	1.584	0,2%	98,7%	19	12	7
36	26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	1.486	0,2%	98,9%	9	7	2
37	08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	1.418	0,2%	99,0%	6	5	1
38	12.2 Carotis operativ/interventionell	1.416	0,2%	99,2%	31	27	4
39	14.4 Revision Knieendoprothese	946	0,1%	99,3%	56	49	7
40	14.3 Revision Hüftendoprothese	809	0,1%	99,4%	59	50	9
41	12.1 Bauchaortenaneurysma	592	0,1%	99,5%	27	23	4
42	15.1 Thoraxchirurgie	557	0,1%	99,5%	15	15	0
43	16.5 Tiefe Rektumeingriffe	552	0,1%	99,6%	50	43	7
44	16.1 Bariatrische Chirurgie	545	0,1%	99,7%	8	7	1
45	16.4 Pankreaseingriffe	402	0,0%	99,7%	25	25	0
46	22.1 Perinataler Schwerpunkt	384	0,0%	99,8%	14	14	0
47	16.2 Lebereingriffe	276	0,0%	99,8%	26	26	0
48	21.2 Ovarial-CA	274	0,0%	99,8%	30	30	0
49	22.2 Perinatalzentrum Level 1	268	0,0%	99,9%	14	14	0
50	07.1 Stammzelltransplantation	234	0,0%	99,9%	4	4	0
51	24.2 Cochleaimplantate	208	0,0%	99,9%	7	7	0
52	16.3 Ösophaguseingriffe	201	0,0%	99,9%	9	9	0
53	23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	195	0,0%	100,0%	2	2	0
54	22.3 Perinatalzentrum Level 2	126	0,0%	100,0%	11	11	0
55	30.5 Nierentransplantation	74	0,0%	100,0%	2	2	0
56	30.3 Lebertransplantation	48	0,0%	100,0%	1	1	0
57	02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	38	0,0%	100,0%	1	1	0
58	13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	23	0,0%	100,0%	1	1	0
	Gesamtergebnis	845.462	100,0 %	100,0 %	1.370	1.146	224

In Tabelle 6 ist die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer je Leistungsgruppe dargestellt. Bezogen auf den Betrachtungszeitraum 2019 bis 2023 zeigt sich, dass die Verweildauer über aller Leistungsgruppen hinweg eher stagniert. Im Jahr 2023 betrug die durchschnittliche Verweildauer über alle Leistungsgruppen in Rheinland-Pfalz 6,8 Tage. Die Detailbetrachtung der einzelnen Leistungsbereiche zeigt jedoch, wie auch bei der Fallzahlentwicklung, ein teilweise heterogenes Bild. Insbesondere in den von der Ambulantisierung betroffenen Leistungsgruppen wird die Verweildauer verstärkt sinken, da Fälle mit geringer Verweildauer verstärkt ambulant versorgt werden und Fälle mit höheren Verweildauern verhältnismäßig zunehmen.

Der stärkste prozentuale und nominale Zuwachs zeigt sich in der LG „13.2 – Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche“, wobei sich diese nur auf wenige Fälle bezieht (vergleiche Tabelle 4). Auch in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ zeigt sich bezogen auf den Betrachtungszeitraum von 2019 auf 2023 eine nominale Veränderung von 1,7 Tagen beziehungsweise 3,3 %. Bei der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ handelt es sich jedoch um eine Leistungsgruppe mit vergleichsweise wenigen Fällen, aber einer

hohen beziehungsweise langen Verweildauer. Dies führt dazu, dass bereits wenige Fälle mit einem gegebenenfalls schwierigen Verlauf die Verweildauer stark beeinflussen können.

Hinsichtlich des stärksten prozentualen und nominellen Rückgangs lassen sich mehrere Leistungsbereiche erkennen. Insbesondere im Bereich der Endoprothetik (LG „14.1 – Endoprothetik Hüfte“ und LG „14.2 – Endoprothetik - Knie“) lässt sich ein Rückgang bezogen auf die Verweildauer im Betrachtungszeitraum erkennen. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den LG „15.1 – Thoraxchirurgie“ und LG „16.1 – Bariatrische Chirurgie“.

Tabelle 6: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Fälle nach NRW-Leistungsgruppen von 2019 bis 2023¹⁴⁴

Leistungsgruppe	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozent
01.1 Allgemeine Innere Medizin	5,7	5,6	5,7	5,8	5,9	0,2	3,1 %
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	-	-	-	-	3,4	-	-
03.1 Komplexe Gastroenterologie	6,8	6,7	6,6	6,6	6,4	-0,4	-5,6 %
04.1 Komplexe Nephrologie	8,0	8,9	9,3	9,4	9,0	1,0	12,7 %
05.1 Komplexe Pneumologie	6,2	6,5	6,2	6,1	6,0	-0,2	-2,9 %
06.1 Komplexe Rheumatologie	10,8	10,2	9,6	11,0	10,8	0,0	0,3 %
07.1 Stammzelltransplantation	29,9	30,9	30,1	30,0	30,8	0,9	3,1 %
07.2 Leukämie und Lymphome	16,0	17,9	16,5	11,3	14,3	-1,7	-10,8 %
08.1 EPU / Ablation	3,8	3,7	3,4	3,2	2,9	-1,0	-25,3 %
08.2 Interventionelle Kardiologie	5,6	5,3	5,3	5,2	5,3	-0,3	-4,9 %
08.3 Kardiale Devices	7,2	6,6	6,7	6,5	6,2	-1,0	-13,7 %
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	13,9	12,2	11,7	11,5	10,8	-3,1	-22,1 %
09.1 Allgemeine Chirurgie	5,9	5,8	5,7	5,7	5,7	-0,2	-3,6 %
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	2,5	2,5	2,7	2,8	2,9	0,4	16,9 %
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	7,8	7,0	7,0	6,6	6,5	-1,3	-17,0 %
12.1 Bauchortenaneurysma	12,6	12,5	11,3	12,1	12,4	-0,1	-1,0 %
12.2 Carotis operativ/interventionell	8,6	8,3	8,1	8,5	7,8	-0,8	-9,2 %
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	17,8	17,1	15,8	16,3	16,2	-1,6	-9,2 %
13.1 Herzchirurgie	18,0	17,8	16,4	16,2	16,4	-1,6	-9,0 %
13.2 Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	14,0	-	12,0	23,0	33,0	19,0	136,0 %
14.1 Endoprothetik Hüfte	9,9	9,2	8,7	8,5	8,1	-1,7	-17,6 %
14.2 Endoprothetik Knie	9,6	8,9	8,3	8,1	7,7	-1,9	-19,6 %
14.3 Revision Hüftendoprothese	19,9	19,7	20,2	20,1	19,9	0,1	0,4 %
14.4 Revision Knieendoprothese	15,8	15,3	14,6	15,2	14,3	-1,5	-9,7 %
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	9,7	9,2	8,9	8,7	8,5	-1,2	-12,0 %
15.1 Thoraxchirurgie	15,6	15,4	15,3	14,3	12,8	-2,8	-17,9 %
16.1 Bariatrische Chirurgie	6,4	6,2	5,7	4,5	4,6	-1,8	-28,4 %

¹⁴⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Bei der durchschnittlichen Verweildauer über alle Leistungsgruppen kommt es im Vergleich zur ausgewiesenen durchschnittlichen Verweildauer in Abbildung 18 zu einer leichten Differenz, da hier die nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborenen (DRG P66D, P67D und P67E) aus der LG „21.5 – Geburtsklinik – Kinder“ berücksichtigt werden.

Leistungsgruppe	Verweildauer					Veränderung 2019 vs. 2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Nominal	Prozent
16.2 Lebereingriffe	19,4	18,7	17,3	17,2	16,5	-2,9	-15,0 %
16.3 Ösophaguseingriffe	25,3	24,1	23,8	21,4	22,3	-3,0	-11,8 %
16.4 Pankreaseingriffe	27,8	28,7	27,6	27,8	26,8	-0,9	-3,3 %
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	19,7	19,3	18,4	19,8	18,8	-1,0	-4,8 %
17.1 Augenheilkunde	2,9	3,0	2,9	2,8	2,8	-0,1	-3,2 %
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,9	5,8	5,7	5,9	5,7	-0,2	-2,9 %
19.1 MKG	4,7	4,5	4,6	4,3	4,3	-0,4	-9,1 %
20.1 Urologie	4,7	4,6	4,5	4,4	4,4	-0,3	-6,5 %
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1	-0,2	-4,9 %
21.2 Ovarial-CA	11,4	10,2	9,9	11,0	9,1	-2,3	-20,3 %
21.3 Senologie	5,1	4,8	4,7	4,3	4,3	-0,8	-15,3 %
21.4 Geburten	3,9	3,6	3,5	3,5	3,6	-0,3	-7,0 %
21.5 Geburtsklinik - Kinder	2,9	2,7	2,6	2,6	2,7	-0,2	-8,1 %
22.1 Perinataler Schwerpunkt	25,3	24,9	23,7	23,1	23,5	-1,7	-6,8 %
22.2 Perinatalzentrum Level 1	61,0	58,6	61,7	59,9	63,5	2,5	4,2 %
22.3 Perinatalzentrum Level 2	42,4	40,9	41,2	37,6	39,5	-2,9	-6,8 %
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	3,5	3,6	3,4	3,2	3,2	-0,2	-6,9 %
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	-	62,0	9,8	-	-	-	-
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukä- mie und Lymphome	9,8	7,6	7,1	6,6	6,1	-3,7	-37,9 %
24.1 HNO	4,0	4,0	4,0	3,9	3,6	-0,4	-10,4 %
24.2 Cochleaimplantate	5,2	4,9	4,7	4,9	3,9	-1,3	-24,5 %
25.1 Neurochirurgie	7,7	7,8	8,0	7,9	7,3	-0,4	-5,2 %
26.1 Allgemeine Neurologie	5,8	5,6	5,6	5,7	5,5	-0,3	-5,9 %
26.2 Stroke Unit	9,2	8,7	8,7	8,8	8,9	-0,3	-2,9 %
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	51,1	49,2	49,2	53,1	52,8	1,7	3,3 %
27.1 Geriatrie	20,9	20,7	20,7	21,2	20,9	0,0	0,1 %
29.1 Palliativmedizin	13,5	12,2	11,8	12,7	12,6	-0,9	-6,6 %
30.3 Lebertransplantation	44,8	35,5	35,8	50,2	40,6	-4,1	-9,3 %
30.5 Nierentransplantation	19,1	19,8	15,6	20,0	15,8	-3,3	-17,4 %
30.6 Pankreastransplantation	26,2	26,7	24,0	29,3	-	-	-
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psycho- somatische Medizin und Psychotherapie - vollsta- tionär	23,3	22,3	22,6	22,4	22,9	-0,4	-1,8 %
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho- therapie und Psychosomatik vollstationär	33,7	31,1	30,3	29,7	29,9	-3,8	-11,4 %
40.1 Sonstige/Nicht zuzuordnen	6,5	6,0	6,4	6,2	6,3	-0,2	-3,5 %
Gesamtergebnis	6,9	6,7	6,8	6,7	6,8	0,0	-0,4 %

Die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen ist ein entscheidender Faktor für die Bewertung der Versorgungssituation in einer Region. Aus diesem Grund zeigt Tabelle 7 die durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit

in Minuten zwischen dem Wohnort und dem Behandlungsort der Patientinnen und Patienten¹⁴⁵ für gesamt Rheinland-Pfalz. Eine differenzierte Aufstellung nach Leistungsbereichen, Leistungsgruppen und Landkreisen für das Jahr 2023 ist dem Anhang zu entnehmen. Das methodische Vorgehen zur Ermittlung der tatsächlichen Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort ist im Kapitel 3 näher erläutert.

Es ist ersichtlich, dass die durchschnittliche Fahrzeit zwischen dem Wohn- und Behandlungsort zwischen den einzelnen Landkreisen schwankt. So benötigten die Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der kreisfreien Stadt Zweibrücken durchschnittlich rund 7 Minuten zum Ort ihrer Behandlung gefolgt von Patientinnen und Patienten der kreisfreien Stadt Mainz, welche durchschnittlich rund 9 Minuten benötigten. Hingegen benötigen Patientinnen und Patienten aus dem Eifelkreis Bitburg-Prüm mit durchschnittlich rund 30 Minuten am längsten. Die Fahrzeiten für einzelne Leistungsbereiche waren teilweise jedoch deutlich länger.

Die Detailbetrachtung zeigt, dass diejenigen Patientinnen und Patienten durchschnittlich am längsten fahren, die Leistungen aus dem LB „30 – Transplantation solider Organe“ benötigten. Gefolgt von Patientinnen und Patienten, die einen Versorger des LB „06-Rheumatologie“ erreichen wollten. Allerdings handelte es sich hierbei um Leistungsbereiche mit vergleichsweise geringen stationären Fallzahlen.

Der Leistungsbereich, in dem die Patientinnen und Patienten ebenfalls im Durchschnitt die zweitkürzesten Fahrzeiten benötigten, um eine Behandlung zu erhalten, war der Leistungsbereich „01 – Allgemeine Innere Medizin“. Insgesamt betrug die durchschnittliche Fahrzeit über alle Landkreise und kreisfreien Städte hinweg in diesem Leistungsbereich rund 17 Minuten.

Tabelle 7 veranschaulicht, dass die medizinischen Leistungen der Grundversorgung (in diesem Gutachten werden hierbei die Leistungen des Leistungsbereichs „01 – Allgemeine Innere Medizin“ sowie des Leistungsbereichs „09 – Allgemeine Chirurgie“ berücksichtigt) in sämtlichen Landkreisen im Durchschnitt in weniger als 30 Minuten von den Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten. Des Weiteren konnte die Versorgung durch die Leistungserbringer des Leistungsbereichs „21 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie des Leistungsbereichs „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ in den meisten Landkreisen ebenfalls durchschnittlich in weit unter 40 Minuten in Anspruch genommen werden.

Detaillierte Analysen und Beschreibungen ausgewählter Leistungsbereiche beziehungsweise -gruppen befinden sich in den Kapiteln zu den Schwerpunktthemen einzelner Leistungsgruppen.

Tabelle 7: Tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit in Minuten zwischen Wohn- und Behandlungsort nach NRW-Leistungsbereichen im Jahr 2023¹⁴⁶

Leistungsbereich	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten Rheinland-Pfalz im Jahr 2023
01 Allgemeine Innere Medizin	17
02 Endokrinologie und Diabetologie	13
03 Gastroenterologie	16
04 Nephrologie	24
05 Pneumologie	23

¹⁴⁵ Betrachtet werden ausschließlich Patientinnen und Patienten, die ihren Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz hatten.

¹⁴⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes für das Jahr 2023.

Leistungsbereich	Durchschnittliche Fahrzeit in Minuten Rheinland-Pfalz im Jahr 2023
06 Rheumatologie	43
07 Hämatologie und Onkologie	29
08 Kardiologie	21
09 Allgemeine Chirurgie	19
10 Kinder- und Jugendchirurgie	23
11 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	28
12 Gefäßchirurgie	23
13 Herzchirurgie	29
14 Orthopädie und Unfallchirurgie	23
15 Thoraxchirurgie	26
16 Viszeralchirurgie	25
17 Augenheilkunde	28
18 Haut- und Geschlechtskrankheiten	25
19 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	25
20 Urologie	20
21 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19
22 Neonatologie	24
23 Kinder- und Jugendmedizin	21
24 HNO	25
25 Neurochirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie	27
26 Neurologie	23
27 Geriatrie	18
29 Palliativmedizin	18
30 Transplantation solider Organe	46
31 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	26
32 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik	32
40 Rest/Sonstige	21
Durchschnittliche Fahrzeit	20

4.2.4 Stationäre Einpendler und Auspendler

Im Rahmen der Analyse der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz (vgl. Abschnitt 4.2 ff) wurde die Entwicklung der voll- und teilstationären Versorgung zwischen 2019 und 2023 untersucht sowie eine Prognose der Entwicklung der vollstationären Fallzahlen bis zum Jahr 2035 auf Basis der NRW-Leistungsgruppen durchgeführt. Diese genannten Analysen wurden auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten durchgeführt. Dies bedeutet, dass alle Fälle in die Analyse einbezogen wurden, die in den Krankenhäusern innerhalb des Bundeslandes Rheinland-Pfalz behandelt wurden, unabhängig des Wohnortes der Patientinnen und Patienten. Um die Analyse zu komplettieren wird daher im Zuge dieses Abschnittes der Patientenstrom aus und nach Rheinland-Pfalz betrachtet. Unterschieden wird hierbei zwischen den sogenannten Ein- und Auspendlern.

Einpendler umfassen die Patienten und Patientinnen, die ihren Wohnort in einem anderen Bundesland haben, aber in Krankenhäusern innerhalb Rheinland-Pfalz behandelt wurden.¹⁴⁷ Auspendler hingegen sind die Patientinnen und Patienten, die in Rheinland-Pfalz wohnen, jedoch eine stationäre Behandlung in einem anderen Bundesland erfahren haben. Im Gegensatz zu den vorhergegangenen Analysen im Zuge dieses Kapitels basieren diese Auswertungen auf den vom statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten zur Krankenhausstatistik für das Jahr 2023.¹⁴⁸

Die folgende Abbildung 19 zeigt, dass rund 147.000 vollstationäre Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz durch Krankenhäuser in anderen Bundesländern behandelt wurden. Im Gegenzug dazu wurden rund 83.000 Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb Rheinland-Pfalz in Rheinland-Pfalz vollstationär behandelt. Demnach lag das Pendlersaldo¹⁴⁹ im Jahr 2023 bei rund -64.000 Fällen. Dies bedeutet, dass mehr Personen mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz zur Behandlung ein Krankenhaus in einem anderen Bundesland aufsuchten (Auspendler) als Personen mit Wohnsitz in einem anderen Bundesland nach Rheinland-Pfalz zur Behandlung kamen (Einpendler).

Die meisten Auspendler fuhren hierbei für eine Behandlung nach Nordrhein-Westfalen (rund 46.000 Patientinnen und Patienten) und Baden-Württemberg (39.000 Patientinnen und Patienten). Die meisten Einpendler mit rund 31.000 Patientinnen und Patienten kamen aus dem benachbarten Bundesland Hessen. Patientenwanderungen zwischen den jeweiligen Bundesländern sind grundsätzlich nicht negativ zu bewerten und verdeutlichen auch noch einmal die Notwendigkeit, insbesondere in grenznahen Bereichen eine abgestimmte Krankenhausplanung durchzuführen.

¹⁴⁷ Hinzukommen rund 4.150 Patientinnen und Patienten mit einem Wohnort im Ausland beziehungsweise unbekanntem Wohnort.

¹⁴⁸ Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2023, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 13.01.2025.

¹⁴⁹ Verhältnis zwischen den Ein- und Auspendlern für das Jahr 2023.

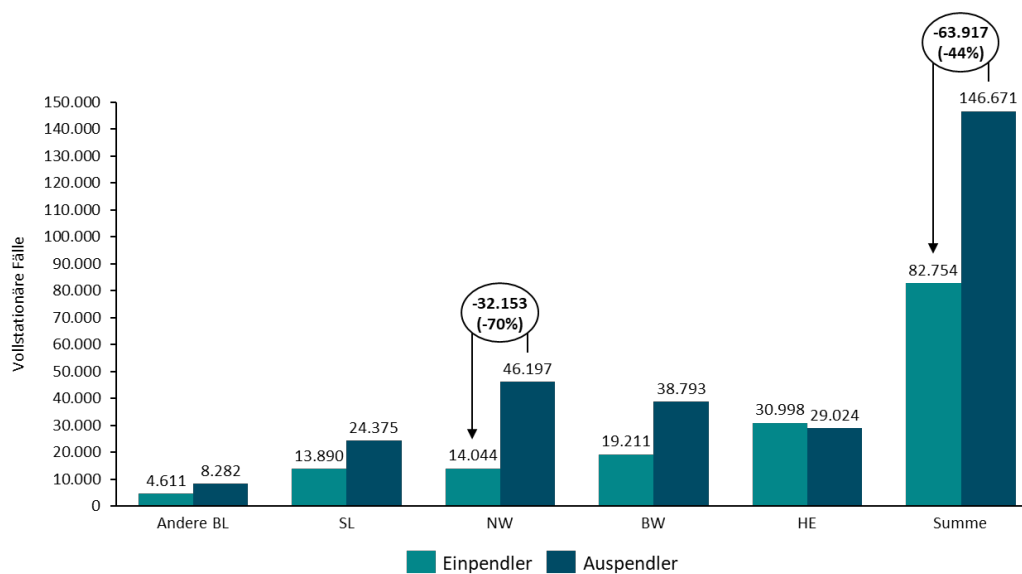


Abbildung 19: Anzahl der ein- und auspendelnden Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 für den vollstationären Bereich^{150/151}

¹⁵⁰ Eigene Darstellung auf Basis Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2023, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 13.01.2025.

¹⁵¹ Zu beachten ist, dass die Auswertung keine ausländischen Patienten und Patientinnen inkludiert. Zudem können die Daten aus der hier verwendeten Krankenhausstatistik von den § 21-KHEntgG-Daten abweichen. Grund hierfür sind unterschiedliche Bericht- bzw. Datenstände.

5 Prognose

Im folgenden Abschnitt wird die Prognose des zukünftigen Bedarfs an vollstationärer Versorgung basierend auf den NRW-Leistungsgruppen¹⁵² bis zum Jahr 2035 für das Land Rheinland-Pfalz dargestellt. Für diese Fallzahlprognose wurde die "Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung" des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz¹⁵³ als Grundlage herangezogen. Diese basiert auf der zum 31.12.2020 fortgeschriebenen Bevölkerungszahl nach Altersjahren und Geschlecht. Die Bevölkerungsvorausberechnung wurde bis zum Jahr 2035 verwendet.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass Bevölkerungsvorausberechnungen mit Unsicherheiten behaftet sind, da sie auf Annahmen zu künftigen Geburtenraten, Sterbefällen und Wanderungsbewegungen beruhen. Schon geringfügige Abweichungen in diesen Parametern können im Laufe der Zeit zu relevanten Differenzen zwischen der prognostizierten und der tatsächlichen Entwicklung führen.

Zudem können unvorhergesehene Ereignisse, wie beispielsweise wirtschaftliche Krisen und politische Veränderungen, die demografische Entwicklung erheblich beeinflussen und die Genauigkeit der Vorausberechnungen beeinträchtigen. Die Modelle beruhen auf Trends und Wahrscheinlichkeiten, die bei langfristigen Projektionen eine zunehmende Streuung der Ergebnisse zur Folge haben, was die Interpretation der Ergebnisse zusätzlich erschwert.

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

Um die vollstationären Fallzahlen der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz für die Jahre 2019, 2022 und 2023 zu analysieren, wurden zunächst die entsprechenden Daten gemäß § 21-KHEntgG herangezogen und mit der Summe aller rheinland-pfälzischen Patientinnen und Patienten gemäß Krankenhausstatistik¹⁵⁴ verglichen. Auf dieser Grundlage wurden für jedes Jahr Faktoren ermittelt, mit denen die Fallzahlen gemäß § 21-KHEntgG-Daten multipliziert wurden, um mit den Fallzahlen aus der Krankenhausstatistik übereinzustimmen. Aus den ermittelten Faktoren ergibt sich, dass der Auspendleranteil über alle Leistungsgruppen hinweg rechnerisch bei rund 16 % lag. Für die Prognose wird dieser Anteil pauschal auf alle Leistungsgruppen übertragen. Dies führt zu Unschärfen, da der Auspendleranteil in einigen Leistungsgruppen überschätzt und in anderen unterschätzt wird. Zudem variiert der Auspendleranteil je nach geografischer Nähe zu anderen Bundesländern und Landkreisen im Landesinneren. Die tatsächlichen Leistungsgruppen der behandelten Patientinnen und Patienten, die in Rheinland-Pfalz wohnen, jedoch zur Behandlung in ein anderes Bundesland fahren, sind nicht bekannt.

¹⁵² Eine detaillierte Übersicht zu allen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen ist auf der Internetseite zum neuen Krankenhausplan 2022 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zu finden. Siehe MAGS (2022): Neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>, abgerufen am 17.12.2024.

¹⁵³ Rheinland-Pfalz Landesamt für Statistik (2022): Demografischer Wandel in Rheinland-Pfalz – Sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2020), https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2070/2022/Demografischer_Wandel.pdf, zuletzt abgerufen am 02.12.2024.

¹⁵⁴ Eigene Darstellung auf Basis Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2023, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 13.01.2025.

In einem weiteren Schritt wurden die berechneten Fallzahlen den jeweiligen Einwohnerzahlen pro Jahr, Altersgruppe und Geschlecht in Rheinland-Pfalz auf Landkreisebene gegenübergestellt. Auf dieser Basis wurden Hospitalisierungsraten ermittelt, die die Häufigkeit von Erkrankungen je Leistungsgruppe im Kontext des jeweiligen Altersclusters und Geschlechts widerspiegeln.

Die ermittelten Hospitalisierungsraten für die Jahre 2019, 2022 und 2023 wurden anschließend auf die Bevölkerungsprognosedaten der "Sechsten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung" des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz für das jeweilige Betrachtungsjahr angewendet, um damit die Fallzahlerwartungswerte zu bestimmen. Der prognostizierte Erwartungswert wurde um das mögliche Ambulantisierungspotenzial korrigiert, sodass für jedes Jahr eine aggregierte Schätzung des zukünftigen Fallaufkommens für das Bundesland sowie – bei Bedarf – differenzierte Schätzungen für einzelne Land- und Stadtkreise möglich sind. Während die Prognosewerte für die einzelnen Leistungsgruppen auf Wohnortebene die unterschiedlich prognostizierten demografischen Entwicklungen der Land- und Stadtkreise gemäß der „Sechsten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung“ berücksichtigen, basiert die Berechnung auf Behandlungsortebene pauschal auf der durchschnittlichen prozentualen Veränderung der jeweiligen Leistungsgruppe zwischen 2023 und dem jeweiligen Prognosejahr auf Landesebene. Dieses Vorgehen wurde aus praktikablen Gründen gewählt, da sich das Einzugsgebiet eines Krankenhauses häufig über Landkreis- und Bundeslandgrenzen hinweg erstreckt. Abhängig von der regionalen Aggregationsebene der Fallzahlen auf Behandlungsortebene (Land- beziehungsweise Stadtkreis oder Bundesland) ist daher mit Unschärfen bei der Prognose der Fallzahlen zu rechnen, wobei die Unschärfe auf höheren Aggregationsebenen abnimmt.

Zur Bestimmung der Ambulantisierungsfaktoren für die einzelnen Leistungsgruppen wurde auf Basis des Gutachtens nach § 115b Absatz 1a SGB V¹⁵⁵ des IGES-Instituts der ambulantisierbare Anteil der Fälle für das Jahr 2023¹⁵⁶ berechnet. Dabei wurde konservativ angenommen, dass dieser Anteil bis 2033 vollständig realisiert werden kann.¹⁵⁷ Für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik gibt es keine datenbasierte Methodik, um eine mögliche Ambulantisierung zu bewerten, aus diesem Grund wird in diesem Gutachten auf eine entsprechende Bewertung verzichtet, was keineswegs bedeutet, dass in diesem Versorgungsbereich keine Ambulantisierung möglich ist. Erfahrungen aus der Praxis legen nahe, dass die Behandlung psychisch erkrankter Menschen möglichst wohnortnah erfolgen sollte – idealerweise ambulant oder im häuslichen Umfeld. Dabei erweist sich der Einbezug ihrer Angehörigen und weiterer Bezugspersonen als ein bedeutsamer Faktor für den Behandlungserfolg.

Die folgenden Abschnitte stellen die Prognose der vollstationären Fälle dar, differenziert nach Leistungsgruppen, bis zum Jahr 2035. Zunächst erfolgt die Prognose auf Basis der Fälle mit Wohnsitz in Rheinland-

¹⁵⁵ IGES-Institut (2022): Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objis27932/IGES_AOP_Gutachten_032022 ger.pdf, zuletzt abgerufen am 17.12.2024.

¹⁵⁶ Da im Rahmen dieses Gutachtens nicht „Patient Clinical Complexity Level“ (PCCL) der Patientinnen und Patienten vorlagen, konnte der Kontextfaktor PCCL > 3 nicht berücksichtigt werden. Der PCCL beschreibt den Schweregrad der Begleiterkrankungen und Komplikationen bei einem Patienten. Ein PCCL-Wert > 3 signalisiert eine hohe Komplexität und Schwere der Erkrankung, was eine ambulante Behandlung oft ausschließt. Für die Ermittlung des ambulanten Potenzials wurde zudem ein umfassender Ansatz gewählt: Jeder Fall mit einem OPS-Kode aus dem AOP-Katalog wurde in die Datenbasis zur Bestimmung des ambulanten Potenzials einbezogen – unabhängig davon, ob zusätzliche OPS-Kodes vorhanden waren, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Der gewählte Ansatz führt dazu, dass das ambulante Potenzial tendenziell eher zu hoch als zu niedrig ausgewiesen wird. Zudem wurden alle Patientinnen und Patienten die außerhalb der Altersspanne zwischen 1 und 84 Jahren waren und eine Verweildauer über 3 Tagen hatten von der Prüfung ausgeschlossen.

¹⁵⁷ Für komplexere beziehungsweise stark operativ geprägte Leistungsgruppen wurde vereinzelt der sich rechnerisch ergebende Ambulantisierungsfaktor durch die Gutachtenden auf 0,00 % gesetzt, da die spezifischen Fallkonstellationen eine Ambulantisierung als nicht wahrscheinlich erscheinen ließen.

Pfalz, anschließend anhand der in Rheinland-Pfalz behandelten Fälle – unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten. Dabei stützt sich die Prognose vorrangig auf drei wesentliche Faktoren:

1. der demografischen Entwicklung gemäß der "Sechsten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung" des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz,
2. der möglichen Verlagerung vollstationärer Fälle in den ambulanten Bereich, entsprechend der Faktoren für die Ambulantisierung, die sich aus der Methodik des „Gutachtens nach § 115b Absatz 1a SGB V“ des IGES-Instituts ableiten,
3. den vollstationären Hospitalisierungsraten aus den Jahren 2019, 2022 und 2023 für Rheinland-Pfalz.

Als Ausgangspunkt für die Prognose dienen die vollstationären Fälle der in Rheinland-Pfalz wohnhaften Personen aus den Jahren 2019, 2022 und 2023. Für die Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz, die in anderen Bundesländern behandelt wurden, werden statistische Durchschnittsannahmen verwendet, da den Gutachtenden keine Behandlungsdaten auf der Ebene der Leistungsgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche für in anderen Bundesländern behandelte Fälle aus Rheinland-Pfalz vorliegen. Im Hinblick auf das ambulante Potenzial wird angenommen, dass das aus den Daten des Jahres 2023 berechnete Potenzial für ambulante Behandlungen erst bis 2033 vollständig ausgeschöpft wird. Die Auswirkungen auf die Verweildauer werden entsprechend über zehn Jahre gleichmäßig verteilt.

Zudem ist zu beachten, dass der Anteil der tatsächlich ambulant behandelbaren Fälle von mehreren Faktoren abhängt. Dazu gehören die vorhandene ambulante Behandlungsinfrastruktur in Krankenhäusern, die gesundheitliche Verfassung der Patientinnen und Patienten sowie die Attraktivität der Vergütung für ambulante Behandlungen.

In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, wie sich die ausgewählten Prognoseparameter auf die Entwicklung der Anzahl vollstationärer Fälle Rheinland-Pfalz bis zum Jahr 2035 auswirken – sowohl auf Ebene der Wohnorte als auch auf Ebene der Behandlungseinrichtungen. Dabei ist zu betonen, dass es sich bei den dargestellten Fallzahlen für das Jahr 2035 lediglich um Prognosewerte handelt, die mit den üblichen Unsicherheiten bei langfristigen Vorhersagen verbunden sind. Insbesondere die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, welchen Einfluss unvorhersehbare externe Ereignisse auf die Zahl der vollstationär behandelten Fälle haben können. Weitere Faktoren, wie der medizinische Fortschritt oder die Schaffung alternativer, nicht stationärer Behandlungsangebote, sind den Gutachtenden entweder nicht bekannt oder lassen sich nicht zuverlässig prognostizieren. Generell nimmt die Unsicherheit der Vorhersage mit der Länge des Prognosezeitraums zu. Unabhängig von den dargestellten Unsicherheiten können die Prognosewerte jedoch Trends in der Entwicklung der Fallzahlen aufzeigen und das planerische Handeln unterstützen.

5.1 Prognose der vollstationären Fälle in Rheinland-Pfalz auf der Wohnortebene bis 2035

Die für Rheinland-Pfalz ermittelten nominellen Veränderungswerte der vollstationären Fälle zwischen 2023 und 2035 sind in Abbildung 20 dargestellt. Die Berechnung der Veränderungswerte basiert auf den zu Beginn des Kapitels erläuterten drei Faktoren.

In Abbildung 20 sind die sich aus den beschriebenen Eingangsparametern ergebenden sechs unterschiedlichen Szenarien für die Fallzahlentwicklung im Jahr 2035 abgebildet. Die sechs Szenarien sind folgende:

1. Prognose 2035 inklusive Ambulantisierung - Basisjahr 2019
2. Prognose 2035 inklusive Ambulantisierung - Basisjahr 2022
3. Prognose 2035 inklusive Ambulantisierung - Basisjahr 2023
4. Prognose 2035 ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019
5. Prognose 2035 ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2022
6. Prognose 2035 ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2023

Die unterschiedlichen in den Prognosen berücksichtigten Parameter führen zu verschiedenen Szenarien für die erwartete Entwicklung der vollstationären Behandlungsfälle im Jahr 2035. Dabei werden die vollstationären Behandlungsfälle für die Jahre 2019 und 2023 von Personen mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz dargestellt – unabhängig davon, in welchem Bundesland die Behandlung erfolgte. Der Fokus liegt hierbei auf der Herleitung des Bedarfs an vollstationärer medizinischer Versorgung für die Bevölkerung in Rheinland-Pfalz, ohne versorgungsbedingte Ein- und Auspendler nach oder aus Rheinland-Pfalz.

Ausgehend von den Werten des Jahres 2023 ist – je nach Szenario und dem angenommenen Grad der Ambulantisierung – im Szenario mit dem stärksten Rückgang eine Reduktion der vollstationären Fälle um bis zu 10 % beziehungsweise rund 90.000 Fällen bis 2035 zu erwarten (Abbildung 20). Der Rückgang setzt sich zusammen aus der prognostizierten, demografischen Entwicklung bis 2035, einer Fortschreibung der vollstationären Hospitalisierungsrate aus dem Jahr 2023 und einer Verlagerung von vollstationären Fällen in den ambulanten Bereich.

Im Szenario ohne Ambulantisierungspotenzial bezogen auf das Basisjahr 2023 zeigt sich im Gegensatz zu dem bereits beschriebenen Szenario mit Ambulantisierung eine prognostizierte Fallzahlsteigerung bis 2025 von rund 6 % beziehungsweise rund 60.000 Fällen gegenüber dem Erwartungswert 2023.

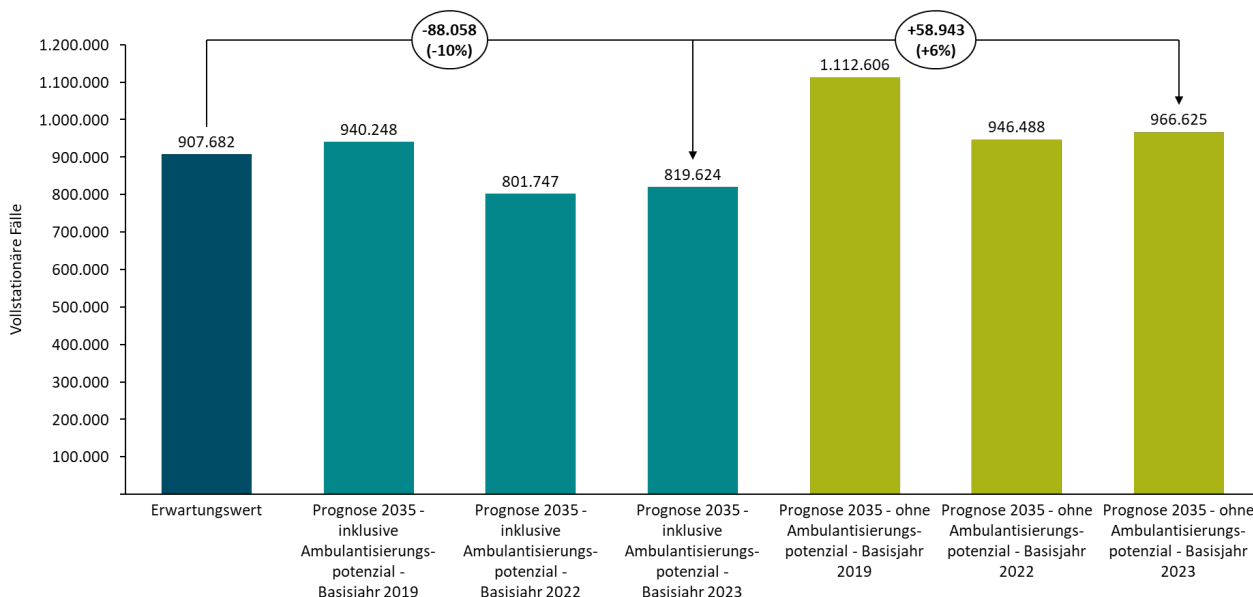


Abbildung 20: Prognose für vollstationäre Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz bis zum Jahr 2035¹⁵⁸

Eine Detailbetrachtung der Prognose auf Wohnortebene und nach der jeweiligen Leistungsgruppe ist der folgenden Tabelle 8 zu entnehmen. Im Folgenden soll am Beispiel der LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ die Entwicklung und Lesart der Tabelle detailliert erläutert werden.

Für das Jahr 2023 wurde für die LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ ein Erwartungswert von rund 221.000 Fällen ermittelt. Abhängig von den Veränderungsdaten könnte die Fallzahl dieser LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ auf der Wohnortbasis bis zum Jahr 2035 – unter Berücksichtigung der Ambulantisierung – je nach Szenario zwischen etwa 215.000 Fällen (ausgehend vom Basisjahr 2022) und rund 284.000 Fällen (ausgehend vom Basisjahr 2019) liegen. Die Varianz zwischen den beiden Szenarien verdeutlicht noch einmal den starken Einfluss der verwendeten Hospitalisierungsrate sowie des angenommenen ambulanten Potenzials. Wenn dagegen das Ambulantisierungspotenzial nicht in die Prognosen miteinbezogen wird, bewegt sich die Veränderung bis zum Jahr 2035 zwischen 244.000 Fällen (Basisjahr 2022) und 321.000 Fällen (Basisjahr 2019).

Für Leistungsgruppen ohne dargestellte Veränderungswerte in Tabelle 8, zum Beispiel in der LG „02.1 – Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ lagen kaum Fälle in den nach den NRW-Leistungsgruppen gruppierten Daten gemäß §21-KHEntgG-Daten aus 2023 vor. Dies bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Leistungsgruppe von geringen Fallzahlen geprägt ist und in Rheinland-Pfalz kaum Fälle mit diesem Krankheitsbild versorgt wurden. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass die versorgenden Krankenhäuser diesen Versorgungsbereich zum Beispiel in der Fachabteilung „Inneren Medizin“ abbilden. Insbesondere im Bereich der Inneren Medizin ist die organisatorische Entlassabteilung beziehungsweise der verwendete Fachabteilungsschlüssel entscheidend für die Zuordnung der Fälle zu den spezifischen NRW-Leistungsgruppen.

¹⁵⁸ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035. Aufgrund der methodischen Herleitung der Fallzahlen auf Ebene der Landkreise und Leistungsgruppen weicht die Anzahl der vollstationären Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz geringfügig von den Werten der Krankenhausstatistik für die entsprechenden Jahre ab.

Zudem sind bei der Interpretation der Werte vor dem Hintergrund der entsprechenden Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, um die Prognosewerte korrekt zu interpretieren. So weist die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ beispielsweise ein vergleichsweise hohes Ambulantisierungspotenzial auf, welches aus der eher niedrigen Verweildauer und der darauf aufbauenden mathematischen Ermittlung der Prognose resultiert. Beispielsweise zeigt sich bei Betrachtung der Prognosewerte unter Bezugnahme des Basisjahrs 2023 eine Differenz von 15.000 Fällen zwischen der Berücksichtigung mit und ohne Ambulantisierung.

Ob dieses vergleichsweise hohe Ambulantisierungspotenzial realisiert werden kann, hängt unter anderem auch von den strukturellen Gegebenheiten der Krankenhäuser und ambulanten Einrichtungen ab. Beispielsweise können Strukturen fehlen, um die Patienten und Patientinnen nach der Intervention in entsprechenden ambulanten Einrichtungen zu versorgen oder zu überwachen. Zudem obliegt die Risikoabschätzung immer dem Arzt oder der Ärztin und ist abhängig von der individuellen Situation des Patienten beziehungsweise der Patientin. Das für bestimmte Leistungsgruppe ausgewiesene Ambulantisierungspotenzial ist daher mit Vorsicht zu betrachten.

Welche Prognosebasis die am besten geeignetste ist, sollte für ausgewählte Leistungsgruppen im Einzelfall gesondert geprüft werden. Die in Tabelle 4 (Abschnitts 4.2.3) dargestellte Fallzahlentwicklung zeigt beispielsweise für die LG „14.1 – Endoprothetik Hüfte“ eine vergleichsweise deutliche Fallzahlsteigerung im Jahr 2023, die sich jedoch vermutlich durch COVID-19-bedingte Nachholeffekte begründen lassen können. Die Verwendung des Basisjahres 2023 für die Prognose könnte entsprechend irreführend sein und zu einer Überschätzung der potenziellen Entwicklungen führen. Die Gutachtenden empfehlen daher zur Interpretation der Prognose die Fallzahlentwicklung der einzelnen Leistungsgruppen zu berücksichtigen und im Einzelfall eine abweichende Prognosebasis auszuwählen.

Tabelle 8: Prognose der Entwicklung der Leistungsgruppen zwischen den Erwartungswerten 2023 und 2035 (Wohnort Rheinland-Pfalz)¹⁵⁹

Leistungsgruppen	Erwartungswert 2023	Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung - Basisjahr 2023	Prognose 2035, ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2019	Prognose 2035, ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2022	Prognose 2035, ohne Ambulantisierung - Basisjahr 2023
01.1 Allgemeine Innere Medizin	221.429	284.298	215.960	217.356	321.485	244.209	245.787
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	43	0	0	49	0	0	51
03.1 Komplexe Gastroenterologie	24.006	17.393	22.059	21.975	20.936	26.552	26.452
04.1 Komplexe Nephrologie	3.527	3.005	3.550	3.349	3.464	4.092	3.860
05.1 Komplexe Pneumologie	11.538	5.992	7.163	8.090	9.244	11.052	12.483
06.1 Komplexe Rheumatologie	2.405	1.637	1.958	2.361	1.707	2.041	2.462
07.1 Stammzelltransplantation	206	223	194	197	223	194	197
07.2 Leukämie und Lymphome	1.594	837	1.824	1.748	837	1.824	1.748
08.1 EPU / Ablation	5.446	4.935	4.901	5.684	5.063	5.028	5.831
08.2 Interventionelle Kardiologie	35.899	28.682	25.224	24.548	46.366	40.776	39.684
08.3 Kardiale Devices	2.003	1.873	1.930	1.779	2.371	2.444	2.253
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	1.383	1.440	1.507	1.680	1.440	1.507	1.680
09.1 Allgemeine Chirurgie	181.838	187.553	150.648	153.264	235.218	188.934	192.214
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	2.325	2.192	1.705	1.840	2.790	2.170	2.342
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3.221	2.667	2.452	2.630	3.380	3.108	3.334
12.1 Bauchortenaneurysma	620	766	621	717	766	621	717
12.2 Carotis operativ/ interventionell	1.568	1.505	1.434	1.663	1.642	1.565	1.814
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	3.454	3.895	3.634	3.829	3.895	3.634	3.829
13.1 Herzchirurgie	2.333	2.978	2.468	2.504	2.978	2.468	2.504
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	3	0	15	3	0	15	3
14.1 Endoprothetik Hüfte	9.064	9.122	9.036	9.984	9.126	9.040	9.988
14.2 Endoprothetik Knie	9.467	9.520	8.905	10.328	9.537	8.920	10.346
14.3 Revision Hüftendoprothese	862	1.026	937	981	1.026	937	981
14.4 Revision Knieendoprothese	981	1.238	977	1.066	1.239	978	1.067
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	11.846	13.563	11.890	12.562	13.563	11.890	12.562
15.1 Thoraxchirurgie	575	689	620	622	689	620	622
16.1 Bariatriche Chirurgie	602	330	500	574	330	500	574
16.2 Lebereingriffe	270	283	266	299	283	266	299
16.3 Ösophaguseingriffe	171	194	181	185	194	181	185
16.4 Pankreaseingriffe	424	428	489	472	428	489	472
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	620	854	706	683	854	706	683
17.1 Augenheilkunde	9.346	7.732	6.745	6.606	12.107	10.562	10.344
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.237	4.955	4.286	4.923	5.813	5.028	5.774
19.1 MKG	4.051	3.442	3.488	3.360	4.380	4.438	4.276
20.1 Urologie	39.539	33.350	28.689	28.913	49.652	42.713	43.047
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	30.896	25.515	20.681	20.961	37.305	30.238	30.647
21.2 Ovarial-CA	290	291	260	251	351	314	303
21.3 Senologie	3.660	2.608	2.414	2.504	3.982	3.686	3.824
21.4 Geburten	33.875	34.340	33.083	32.001	34.340	33.083	32.001
21.5 Geburtsklinik - Kinder	29.242	30.498	29.812	27.604	30.498	29.812	27.604
22.1 Perinataler Schwerpunkt	404	451	427	381	451	427	381
22.2 Perinatalzentrum Level 1	284	250	247	268	250	247	268
22.3 Perinatalzentrum Level 2	130	137	106	123	137	106	123
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	40.925	37.191	33.980	34.124	44.379	40.548	40.719
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	0	0	0	0	0	0	0
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	189	71	163	190	72	165	193
24.1 HNO	20.327	18.385	13.209	14.696	25.864	18.582	20.674
24.2 Cochleaimplantate	200	151	172	208	151	172	208
25.1 Neurochirurgie	5.925	6.360	5.543	5.636	7.051	6.144	6.248
26.1 Allgemeine Neurologie	30.600	29.150	25.746	27.938	33.824	29.874	32.418
26.2 Stroke Unit	9.675	10.164	10.643	10.931	10.164	10.643	10.931
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	1.342	1.404	1.269	1.499	1.404	1.269	1.499
27.1 Geriatrie	15.953	18.767	16.127	18.912	18.767	16.127	18.912
29.1 Palliativmedizin	3.327	2.647	3.075	3.748	2.647	3.075	3.748
30.1 Darmtransplantation	0	0	0	0	0	0	0
30.2 Herztransplantation	0	0	0	0	0	0	0
30.3 Lebertransplantation	33	20	29	30	20	29	30
30.4 Lungentransplantation	0	0	0	0	0	0	0
30.5 Nierentransplantation	58	47	41	54	47	41	54
30.6 Pankreastransplantation	0	3	0	0	3	0	0
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	42.551	44.668	39.669	42.455	44.668	39.669	42.455
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	3.295	3.650	3.389	3.648	3.650	3.389	3.648
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	36.605	34.883	34.701	34.636	39.553	39.347	39.273
Summe	907.682	940.248	801.747	819.624	1.112.606	946.488	966.625

Da die Prognosewerte je nach zugrunde gelegtem Basisjahr variieren, lässt sich derzeit keine verlässliche Aussage darüber treffen, welche Basisinzidenz die künftige Entwicklung im Zuge der COVID-19-Pandemie

am treffendsten abbilden wird. Sowohl die Gutachtenden als auch ein Teil der Interviewpartner gehen jedoch davon aus, dass sich die zukünftigen Fallzahlen nicht mehr auf das Niveau von 2019 zurückbewegen werden und das Niveau von 2023 der neue Status quo wird. Nichts desto trotz wurden die Hospitalisierungsraten der Jahre 2019, 2022 und 2023 auf die Bevölkerungsprognosen der „Sechsten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung“ des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz für das jeweilige Jahr angewendet, um auf dieser Grundlage die erwarteten Fallzahlen für die jeweiligen Szenarien darzustellen.

5.2 Prognose der vollstationären Fälle auf der Ebene des Behandlungsortes Rheinland-Pfalz bis 2035

Um das Einflusspotenzial der Prognose auf die medizinische Versorgung innerhalb Rheinland-Pfalz bewerten zu können, erfolgte in einem weiteren Schritt eine weitere Prognosebetrachtung aller Patientinnen und Patienten die in Rheinland-Pfalz behandelt wurden (Behandlungsort), unabhängig von ihrem tatsächlichen Wohnort.

Das negative Pendlersaldo, welches bereits im Abschnitt 4.2.4 beschrieben wurde, betrug im Jahr 2023 rund 64.000 Fälle. Das bedeutet, dass mehr Personen mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz für eine Behandlung in ein Krankenhaus in einem anderen Bundesland aufsuchten (Auspendler), als Personen aus anderen Bundesländern zur Behandlung nach Rheinland-Pfalz kamen (Einpendler). Daraus folgt, dass die aktuellen Behandlungskapazitäten im Land niedriger sind, als sie bei einer hypothetischen Versorgung ausschließlich rheinland-pfälzischer Patientinnen und Patienten nötig wären.

Ähnlich zu der Prognosebetrachtung nach Wohnort ergeben sich auch in der Prognosebetrachtung nach Behandlungsort sechs Szenarien, welche in Abbildung 21 gegenübergestellt werden.

Die Prognose 2035 inklusive Ambulantisierungspotenzial bezogen auf das Basisjahr 2023 zeigt ausgehend von der Ist-Fallzahl 2023 einen Fallzahlrückgang von 10 %. Hingegen zeigt die Prognose 2035 ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials bezogen auf das Basisjahr 2035 und ausgehend von der Ist-Fallzahl 2023 einen Fallzahlanstieg von 6 %.

Die aggregierten Fallzahlen sind in Tabelle 9 auf der Ebene der Leistungsgruppen dargestellt. So wurden beispielsweise in der LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 rund 199.000 vollstationäre Fälle behandelt. Unter Anwendung der dargestellten Veränderungswerte wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der stationären Fälle dieser Leistungsgruppe im Jahr 2035 je nach Szenario zwischen rund 194.000 und 289.000 Fällen liegen wird.

¹⁵⁹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035. Bei den Fällen aus der LG „21.5 – Geburtsklinik – Kinder“ handelt es sich um nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene, welche in den Grunddaten der Krankenhausstatistik nicht berücksichtigt werden.

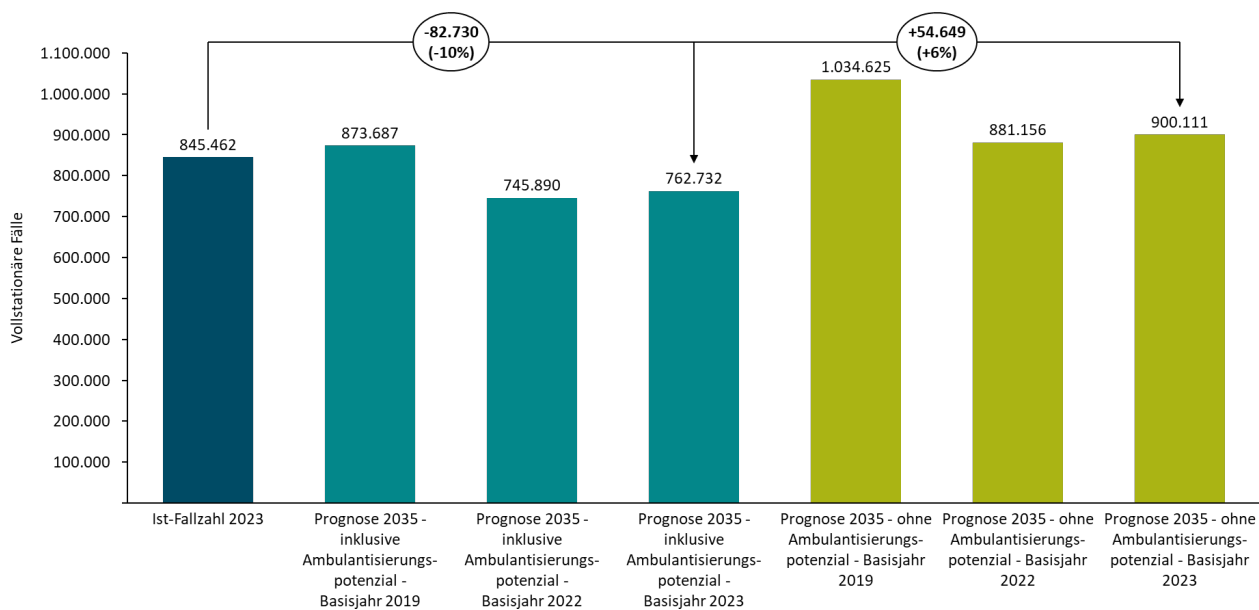


Abbildung 21: Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten auf der Ebene des Behandlungsortes Rheinland-Pfalz bis 2035¹⁶⁰

¹⁶⁰ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Tabelle 9: Prognose der vollstationären Fälle von behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2035 auf Leistungsgruppenebene (Behandlungsort Rheinland-Pfalz)¹⁶¹

Leistungsgruppen	Ist-Fallzahl 2023	Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung Basisjahr 2019	Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung Basisjahr 2022	Prognose 2035, inkl. Ambulantisierung Basisjahr 2023	Prognose 2035, ohne Ambulantisierung Basisjahr 2019	Prognose 2035, ohne Ambulantisierung Basisjahr 2022	Prognose 2035, ohne Ambulantisierung Basisjahr 2023
01.1 Allgemeine Innere Medizin	199.266	255.842	194.344	195.601	289.308	219.766	221.186
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	38	0	0	44	0	0	45
03.1 Komplexe Gastroenterologie	21.366	15.480	19.633	19.558	18.634	23.632	23.543
04.1 Komplexe Nephrologie	3.111	2.651	3.131	2.954	3.056	3.609	3.404
05.1 Komplexe Pneumologie	10.686	5.549	6.634	7.493	8.562	10.236	11.561
06.1 Komplexe Rheumatologie	2.401	1.634	1.955	2.357	1.704	2.038	2.457
07.1 Stammzelltransplantation	234	253	220	224	253	220	224
07.2 Leukämie und Lymphome	1.584	832	1.813	1.737	832	1.813	1.737
08.1 EPU / Ablation	5.091	4.614	4.582	5.314	4.733	4.700	5.451
08.2 Interventionelle Kardiologie	32.147	25.684	22.588	21.983	41.520	36.514	35.536
08.3 Kardiale Devices	1.799	1.682	1.734	1.598	2.130	2.195	2.023
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	1.418	1.476	1.545	1.723	1.476	1.545	1.723
09.1 Allgemeine Chirurgie	170.178	175.527	140.988	143.436	220.135	176.819	179.889
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	2.357	2.222	1.728	1.866	2.828	2.200	2.375
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	4.055	3.357	3.086	3.311	4.256	3.912	4.197
12.1 Bauchaortenaneurysma	592	731	593	685	731	593	685
12.2 Carotis operativ/ interventionell	1.416	1.359	1.295	1.501	1.482	1.413	1.638
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	3.206	3.616	3.373	3.555	3.616	3.373	3.555
13.1 Herzchirurgie	2.676	3.416	2.830	2.873	3.416	2.830	2.873
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	23	0	119	25	0	119	25
14.1 Endoprothetik Hüfte	8.440	8.494	8.414	9.296	8.498	8.418	9.301
14.2 Endoprothetik Knie	8.991	9.041	8.457	9.809	9.057	8.472	9.826
14.3 Revision Hüftendoprothese	809	963	879	920	963	879	920
14.4 Revision Knieendoprothese	946	1.194	942	1.028	1.195	943	1.029
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	11.687	13.381	11.731	12.393	13.381	11.731	12.393
15.1 Thoraxchirurgie	557	667	600	602	667	600	602
16.1 Bariatrische Chirurgie	545	298	452	520	298	452	520
16.2 Lebereingriffe	276	289	272	306	289	272	306
16.3 Ösophaguseingriffe	201	228	212	217	228	212	217
16.4 Pankreaseingriffe	402	406	464	447	406	464	447
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	552	760	628	608	760	628	608
17.1 Augenheilkunde	12.256	10.139	8.846	8.663	15.877	13.851	13.564
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.478	5.183	4.483	5.149	6.080	5.259	6.040
19.1 MKG	4.348	3.695	3.743	3.607	4.701	4.763	4.590
20.1 Urologie	36.606	30.876	26.561	26.768	45.969	39.544	39.854
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	28.309	23.378	18.950	19.206	34.181	27.706	28.081
21.2 Ovarial-CA	274	275	246	237	332	297	286
21.3 Senologie	3.223	2.297	2.126	2.205	3.507	3.246	3.367
21.4 Geburten	30.964	31.389	30.240	29.251	31.389	30.240	29.251
21.5 Geburtsklinik - Kinder	26.728	27.876	27.249	25.231	27.876	27.249	25.231
22.1 Perinataler Schwerpunkt	384	429	406	362	429	406	362
22.2 Perinatalzentrum Level 1	268	236	233	253	236	233	253
22.3 Perinatalzentrum Level 2	126	133	102	119	133	102	119
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	38.801	35.261	32.217	32.353	42.076	38.444	38.606
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	-	-	-	-	-	-	-
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	195	73	168	196	75	170	199
24.1 HNO	18.907	17.101	12.286	13.669	24.057	17.284	19.230
24.2 Cochleaimplantate	208	157	179	216	157	179	216
25.1 Neurochirurgie	5.882	6.314	5.503	5.595	6.999	6.100	6.202
26.1 Allgemeine Neurologie	28.759	27.396	24.197	26.257	31.789	28.077	30.467
26.2 Stroke Unit	8.764	9.207	9.641	9.902	9.207	9.641	9.902
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	1.486	1.555	1.405	1.659	1.555	1.405	1.659
27.1 Geriatrie	14.699	17.292	14.859	17.425	17.292	14.859	17.425
29.1 Palliativmedizin	2.914	2.319	2.693	3.283	2.319	2.693	3.283
30.1 Darmtransplantation	-	-	-	-	-	-	-
30.2 Herztransplantation	-	-	-	-	-	-	-
30.3 Lebertransplantation	48	29	43	43	29	43	43
30.4 Lungentransplantation	-	-	-	-	-	-	-
30.5 Nierentransplantation	74	60	53	69	60	53	69
30.6 Pankreastransplantation	-	-	-	-	-	-	-
31.1 Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - vollstationär	40.369	42.377	37.635	40.278	42.377	37.635	40.278
32.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik vollstationär	2.934	3.250	3.018	3.249	3.250	3.018	3.249
40.1 Sonstige/ Nicht zuzuordnen	35.408	33.742	33.566	33.503	38.260	38.060	37.989
Summe	845.462	873.687	745.890	762.732	1.034.625	881.156	900.111

Basierend auf diesen Prognosewerten kann die Anzahl der daraus resultierenden benötigten Bettenkapazitäten bis 2035 ermittelt werden. Diese sind in Abbildung 22 dargestellt. Zur Ermittlung der Bettenkapazitäten wurden die Verweildauerparameter aus dem Jahr 2023 der vollstationären Fälle in Rheinland-Pfalz verwendet. Die Verweildauer wird dementsprechend bis zum Jahr 2035 als konstant angenommen. Dieses Vorgehen begründet sich insbesondere dadurch, dass die Verweildauern in den meisten Leistungsbereichen seit Jahren nahezu stagnieren.

Die Zahl der im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz aufgestellten Betten lag bei rund 23.300¹⁶², während rechnerisch nur 18.464 Betten benötigt würden. Dieser Wert ergibt sich aus der Anwendung des durchschnittlich gewichteten Sollnutzungsgrades von rund 85,7 %, um die tatsächlich belegten Betten (15.832) gemäß den Vorgaben des MWG abzubilden. Die Prognose der Fallzahlen bis 2035, basierend auf der Hospitalisierungsrate von 2023, zeigt einen Anstieg des Bettenbedarfs im Vergleich zu den benötigten Betten im Jahr 2023. Dieser Zuwachs ist sowohl in Szenarien mit als auch ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials zu beobachten. Wird das Ambulantisierungspotenzial einbezogen, beträgt der Anstieg etwa 2 % (rund 300 Betten). Ohne diese Berücksichtigung steigt der Bedarf um etwa 7 % (rund 1.300 Betten).

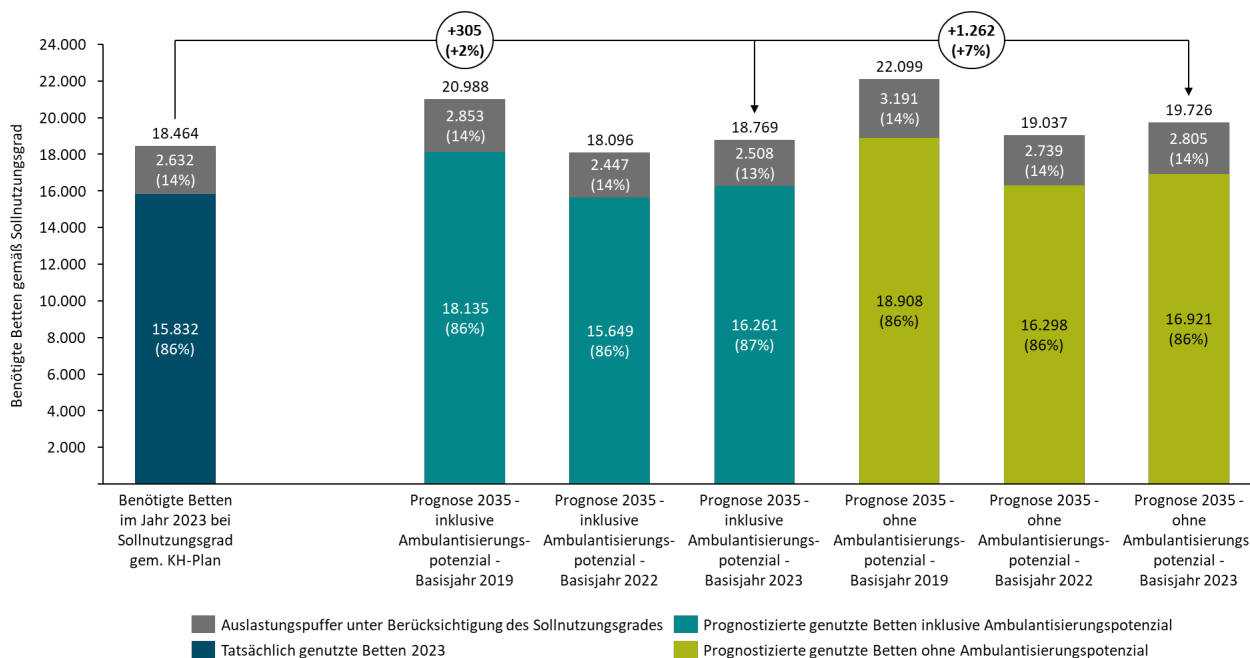


Abbildung 22: Prognose der erforderlichen Bettenkapazitäten auf der Ebene des Behandlungsortes in Rheinland-Pfalz bis 2035¹⁶³

¹⁶¹ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035. Bei den Fällen aus der LG „21.5 – Geburtsklinik – Kinder“ handelt es sich überwiegend um nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (DRG P66D, P67D und P67E), welche in den Grunddaten der Krankenhausstatistik nicht berücksichtigt werden.

¹⁶² Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): Betriebsbereit aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt 2023 in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern und deren Standorten nach Fachabteilungen ohne den geschätzten Anteil der SGB VII-Betten der BG Klinik Ludwigshafen und inklusive 20 Planbetten der Klinik Viktoriastift. In dieser Zahl sind keine Betten für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene enthalten.

¹⁶³ Eigene Berechnung basierend auf dem beschriebenen Vorgehen zur Schätzung der vollstationären Fälle im Jahr 2035.

Der Sollnutzungsgrad (Sollauslastung) für Rheinland-Pfalz wurde im Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025¹⁶⁴ definiert.

Im Vergleich zur tatsächlichen Bettenzahl stellt der Sollnutzungsgrad „eine normative Vorgabe dar, die länderspezifisch unterschiedlich und deshalb nicht bundeseinheitlich festgelegt ist. Die derzeitig vorherrschende Praxis besteht darin, diese auf Fachabteilungsebene festzulegen. Die wesentlichen Determinanten der optimalen Anzahl an vorzuhaltenden Betten bei einer, [...] ungleichmäßigen Inanspruchnahme sind letztlich die Verweildauern und die Volatilität (Schwankungsbreite) der Auslastung.“¹⁶⁵.

Der Sollnutzungsgrad wurde dabei in diesem Gutachten an die durchschnittliche Verweildauer der Leistungsgruppen geknüpft. Tabelle 10 zeigt die für die Ermittlung der benötigten Betten herangezogenen, verweildauerabhängigen Sollnutzungsgrade.

Tabelle 10: Verweildauerabhängige Sollnutzungsgrade¹⁶⁶

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

5.3 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Bis zum Jahr 2035 wird bei Annahme einer zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ein Fallzahlrückgang um weitere 1 bis 10 % im Vergleich zu 2023 prognostiziert. Die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Rheinland-Pfalz wird infolgedessen weiter sinken.¹⁶⁷

Auf Basis der im Abschnitt 5.2 dargestellten Entwicklung ergibt sich gegenüber den aktuellen vollstationären aufgestellten Betten¹⁶⁸ im Jahr 2023 ein kalkulatorisches Reduzierungspotenzial von rund 20 % bei Anwendung der verweildauerabhängigen Sollnutzungsgrade für Leistungsgruppen gemäß Tabelle 10.

Der durchschnittlich gewichtete Sollnutzungsgrad von rund 85,7 % ergibt sich aus dem Verhältnis der tatsächlich genutzten Betten zu den rechnerisch benötigten Betten, die anhand der in Abbildung 22 dargestellten Sollnutzungsgrade je Leistungsgruppe ermittelt wurden. Die Gutachter betonen, dass es sich bei diesen rechnerisch benötigten Betten um einen richtungsgebenden Wert handelt – dieser stellt kein kon-

¹⁶⁴ Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Seite 25, https://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/khp_rlp_2019.pdf, zuletzt abgerufen am 04.02.2025.

¹⁶⁵ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (2018): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Seite 25, https://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/khp_rlp_2019.pdf, zuletzt abgerufen am 04.02.2025.

¹⁶⁶ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (2018): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Seite 26, https://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/khp_rlp_2019.pdf, zuletzt abgerufen am 04.02.2025.

¹⁶⁷ Würde ein anderes Basisjahr zugrunde gelegt werden, würden sich die Werte entsprechend verändern.

¹⁶⁸ Die in Abschnitt 4.2.1 erläuterten Unschärfen bei der Betrachtung der aufgestellten Betten sind zu beachten.

kreter Ziel für einen Bettenabbau dar. Die tatsächlich realisierbare Reduktion der Betten wird voraussichtlich geringer ausfallen, da lokale und fachliche Besonderheiten durch Korrekturfaktoren berücksichtigt werden müssen. Dazu zählen unter anderem Belastungsspitzen, ein hoher Anteil an Isolierfällen oder fallzahlabhängige Effekte in kleinen Belegabteilungen,¹⁶⁹ aber auch das unterschiedliche Meldeverhalten einzelner Kliniken. Der Einfluss dieser in der Realität vorkommenden Faktoren kann von den Gutachtenden jedoch nicht bewertet werden.

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

1. Basierend auf den verweildauerabhängigen Sollnutzungsgraden für die somatischen Fächer als richtunggebende Größe soll durch den Abbau von Bettenkapazitäten, die rechnerisch nicht benötigt werden, eine Auslastungssteigerung der verbleibenden vollstationären Betten angestrebt werden,
2. der demografische Wandel und der damit einhergehende Rückgang der Fallzahlen, wobei es durch die prognostizierte unterschiedliche Entwicklung der Leistungsbereiche (siehe Tabelle 9) zu einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Leistungsbereiche beziehungsweise Leistungsgruppen am Gesamtfallzahlaufkommen gegenüber dem Status quo kommt,
3. die weitere Verlagerung von stationären Fällen in ambulante Strukturen. Dazu müssen jedoch die ambulanten Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut und finanzielle Anreize zur ambulanten Versorgung gesetzt werden.

Im Falle eines weiteren Rückgangs der Fallzahlen ergeben sich bestimmte Fragestellungen, die für die weitere Krankenhausplanung von Bedeutung sein werden:

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

Da zum aktuellen Stand nicht damit zu rechnen ist, dass die Fallzahlen in allen Leistungsgruppen das Prä-COVID-19-Niveau erreichen und auch in aktuellen politischen Diskussionen von einem Trend zur Ambulantisierung von Leistungen ausgegangen wird, ist mit einem Fallzahlenanstieg über alle Leistungsgruppen im Jahr 2035 gegenüber den Fallzahlen 2023 eher unwahrscheinlich.

Die Gutachtenden empfehlen daher, die aktuellen Fallzahlen für 2024, die ab Sommer 2025 dem Ministerium zur Verfügung stehen, sowie Daten darüber hinaus im Anschluss an das Gutachten weiter zu analysieren. Ziel ist es, mögliche Veränderungen bei der Entwicklung des Bedarfs an stationären Versorgungskapazitäten frühzeitig zu identifizieren, rechtzeitig auf sich abzeichnende Entwicklungen reagieren und geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Versorgungsstrukturen ergreifen zu können. Bei den Analysen sollte besonderes Augenmerk auf mögliche unterschiedliche Entwicklungen in den verschiedenen Planungsregionen und zwischen den unterschiedlichen Leistungsgruppen gelegt werden.

¹⁶⁹ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (2018): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Seite 26, https://mwg.rlp.de/fileadmin/15/Abteilung_2_Gesundheit/Krankenhauswesen/Krankenhausplanung/khp_rlp_2019.pdf, zuletzt abgerufen am 04.02.2025.

6 Ausgesuchte Themenkomplexe der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz

6.1 Schlaganfallversorgung

In diesem Abschnitt wird die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Rheinland-Pfalz untersucht. Der Begriff Schlaganfall bezeichnet einen "schlagartig" auftretenden Ausfall der Gehirnfunktionen.¹⁷⁰ Der Schlaganfall ist keine einheitliche Erkrankung, sondern ein Oberbegriff für die akute Schädigung von Hirnarealen. Hierbei wird hauptsächlich zwischen zwei Formen des Schlaganfalls unterschieden:¹⁷¹

1. Hirninfarkt

Ein Blutgerinnsel verschließt ein gehirnversorgendes Gefäß und führt zu einer Durchblutungsstörung (ischämischer Infarkt).

2. Hirnblutung

Ein Blutgefäß im Gehirn reißt plötzlich und es kommt zu einer Blutansammlung. Damit werden bestimmte Hirnareale nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt (hämorrhagischer Infarkt).

In erster Linie sind von einem Schlaganfall eher ältere Menschen ab dem 60. Lebensjahr betroffen. So erleiden fast 80 % dieser Altersgruppe laut der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe einen Schlaganfall.¹⁷² Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der älter werdenden Bevölkerung (Abschnitt 1.3) ist davon auszugehen, dass der Schlaganfall und dessen Versorgung weiter an Bedeutung gewinnen werden. Vor allem vor dem Hintergrund, dass der Schlaganfall bereits heute – zusammen mit den Herz- und Krebserkrankungen – zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland zählt.^{173/174}

Hinsichtlich der Behandlung des Schlaganfalls zeigen Studien, dass die Behandlungen der betroffenen Patientinnen und Patienten auf einer Stroke Unit¹⁷⁵ nachweislich und maßgeblich zur Reduzierung der funktionellen Beeinträchtigung und Mortalität beitragen.¹⁷⁶ Aufgrund dessen wird im Folgenden die Verfügbarkeit dieser entsprechenden Strukturen im Bundesland Rheinland-Pfalz analysiert. Dabei ist zu beachten, dass der Begriff „Stroke Unit“ in Deutschland nicht einheitlich verwendet wird und gesetzlich nicht geschützt

¹⁷⁰ Robert Koch Institut (2023): Schlaganfall, https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Schlaganfall/Schlaganfall_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷¹ Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Wir fassen zusammen – Was ist ein Schlaganfall?, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/verstehen-vermeiden/was-ist-ein-schlaganfall>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷² Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Factsheets zum Thema Schlaganfall für Journalisten, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/presse/factsheets-fuer-journalisten#:~:text=Jedes%20Jahr%20erleiden%20in%20Deutschland,%2C%20einem%20wiederholten%20Schlaganfall%2C%20betroffen>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷³ Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Factsheets zum Thema Schlaganfall für Journalisten, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/presse/factsheets-fuer-journalisten#:~:text=Jedes%20Jahr%20erleiden%20in%20Deutschland,%2C%20einem%20wiederholten%20Schlaganfall%2C%20betroffen>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷⁴ Robert Koch-Institut (2023): Schlaganfall, https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Schlaganfall/Schlaganfall_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷⁵ Stroke Units (oder Schlaganfall-Stationen) sind Spezialstationen, auf denen Schlaganfall-Betroffene in den ersten Tagen nach ihrem Schlaganfall behandelt werden. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Stroke Unit - Was ist das?, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/fuer-betroffene/akutbehandlung/stroke-unit/>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷⁶ Langhorne, P., Ramachandra, S. (2020): Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197.

ist.^{177/178} So definiert beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) Stroke Units als stationäre Sondereinrichtungen, in denen ein integratives Behandlungskonzept der Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Akutstadium umgesetzt wird.¹⁷⁹ In den folgenden Auswertungen wird daher unter anderem zwischen den nicht zertifizierten und den zertifizierten Stroke Units unterschieden.

Im Jahr 1996 wurde in Deutschland die erste Stroke Unit eingerichtet, das heißt, eine spezialisierte Station zur Akutbehandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten. Diese Einrichtung entstand mit Unterstützung der DGN, insbesondere durch die Initiative der Kommission 1.06 „Stroke Units und akute Schlaganfallbehandlung“.¹⁸⁰ Aktuell gibt es in Deutschland 346 zertifizierte Stroke Units. Davon sind 166 als regionale Stroke Units, 151 als überregionale Stroke Units und 29 als telemedizinisch vernetzte Stroke Units zertifiziert (Stand: 12.12.2024).¹⁸¹ Die Zertifizierung dieser Einrichtungen erfolgt nach strengen Struktur- und Prozessqualitätskriterien von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in Zusammenarbeit mit der DGN und der 2001 gegründeten Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft.

In diesem Gutachten wird auch die transitorische ischämische Attacke (TIA) zu den Schlaganfällen hinzugezählt. Sowohl beim Schlaganfall als auch bei der TIA treten Durchblutungsstörungen im Gehirn auf. Jedoch unterscheidet sich die TIA vor allem in der Dauer und den langfristigen Auswirkungen. Bei der Einlieferung in ein Krankenhaus und der abklärenden Diagnostik kann sich ein vermeintlicher Schlaganfall als TIA klassifizieren. Zu Beginn des Akutereignisses und der entsprechenden Behandlung ist eine Unterscheidung jedoch oft noch nicht möglich.

Diese entsprechenden Fälle lassen sich in Anlehnung an die Zertifizierungsrichtlinie der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) über folgende Hauptdiagnosen identifizieren:

- G45 (ohne G45.4) – Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
- I61 – Intrazerebrale Blutung
- I63 – Hirninfarkt
- I64 – Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Abschnitt zunächst dargestellt, wie viele Schlaganfälle in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 stationär behandelt wurden. Anschließend werden die vorhandenen Stroke Units in Rheinland-Pfalz identifiziert und geclustert. Darüber hinaus wird bestimmt, wie hoch der Anteil der Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist, die in Stroke Units behandelt wurden. Abschließend wird eine Darstellung der theoretischen Fahrzeiten für die Bevölkerung zu Stroke Units in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern vorgenommen.

Die Struktur dieses Abschnitts weicht von den übrigen Themenkomplexen in Kapitel 6 ab, da er auf spezifischen Auswertungen basiert und eine andere methodische Herangehensweise erfordert.

¹⁷⁷ Ringleb, P. et al. (2022): Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2022, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, www.dgn.org/leitlinien, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷⁸ Deutsche Schlaganfall-Hilfe (o. D.): Stroke Unit – Was ist das?, <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/fuer-betroffene/akutbehandlung/stroke-unit>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁷⁹ Berlit, P. et al. (1998): Empfehlungen für die Einrichtung von Schlaganfall-Spezialstationen („Stroke Units“) – Aktualisierung 1997, erschienen in: Der Nervenarzt (96), S. 180–185.

¹⁸⁰ E. Bernd Ringelstein, Otto Busse (2004): Stroke Units in Deutschland – Gefährdung eines Erfolgsrezeptes? Wissenschaftliches Institut der AOK, https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/GGW/wido_ggw_0304_ringelstein_busse.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

¹⁸¹ Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (2024): Liste der zertifizierten Stroke Units in Deutschland, <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovas-kulaere-netzwerke/>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

6.1.1 Behandlung von Schlaganfällen in Rheinland-Pfalz

Die Entwicklung der vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten, bei denen im Betrachtungszeitraum ein Schlaganfall kodiert wurde, ist in der Abbildung 23 dargestellt. Zwischen 2019 und 2023 ist die Anzahl der entsprechenden Patientinnen und Patienten von rund 18.000 Fällen um rund 5 % beziehungsweise rund 1.000 Fälle auf 17.000 Fälle zurückgegangen. Der höchste Rückgang im betrachteten Zeitraum konnte von 2019 auf 2020, das heißt im ersten Pandemiejahr, verzeichnet werden. Im Jahr 2020 sind die Schlaganfälle um rund 1.500 Fälle beziehungsweise rund 8 % zurückgegangen.

Die beschriebene Entwicklung bis zum Jahr 2023 zeigt auf, dass auch drei Jahre später immer noch nicht das Prä-COVID-19-Niveau erreicht wurde. Diese Entwicklung ist insofern erstaunlich, da Schlaganfälle Akutereignisse sind, die nicht durch eingeschränkte Behandlungskapazitäten beeinflusst sein sollten. Inwiefern seit der COVID-19-Pandemie Patientinnen und Patienten häufiger mit unbehandelten Schlaganfällen leben, kann in diesem Gutachten nicht abschließend geklärt werden. Zudem zeigt sich, dass der Anteil der TIA in der betrachteten Grundgesamtheit über den Betrachtungszeitraum bei konstant rund 25 % liegt. Es kann daher auch ausgeschlossen werden, dass eine veränderte Grundgesamtheit innerhalb des Krankheitsbildes zu dem Rückgang geführt hat.

Zudem ist grundsätzlich bei der Interpretation der Fallzahlen in Abbildung 23 zu beachten, dass der Schlaganfall als Hauptdiagnose nicht nur im Rahmen eines Akutereignisses kodiert wird (akuter Schlaganfall), sondern auch bei einer möglichen Folgebehandlung, die beispielsweise in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird.

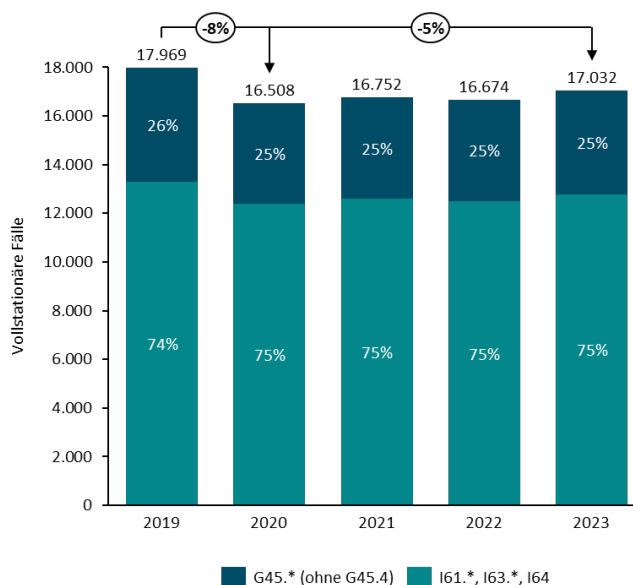


Abbildung 23: Entwicklung der vollstationären Fälle der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) zwischen 2019 und 2023¹⁸²

In der Abbildung 24 sind alle an der im Jahr 2023 an der Versorgung beteiligten Standorte im Kontext der Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz aufgeführt. Die rund 17.000 Schlaganfälle wurden an 76 Standorten versorgt, wobei rund 8 Standorte 50 % aller Schlaganfälle in Rheinland-Pfalz versorgten. 20 der 76 Standorte versorgten bereits rund 80 % der Schlaganfälle. Auffällig ist der hohe Anteil an Standorten

¹⁸² Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

(Standortnummern 31 bis 76), die weniger als 30 Patienten und Patientinnen im Jahr 2023 versorgt haben. Um die jeweiligen Standorte und die behandelten Fälle besser einzuordnen, erfolgt im Abschnitt 6.1.2 eine nähere Untersuchung der Standorte.

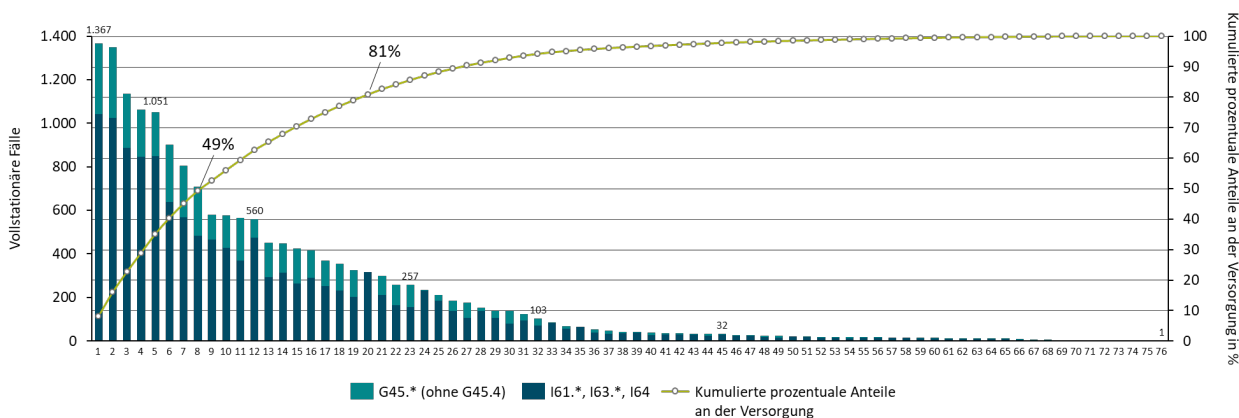


Abbildung 24: Vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Schlaganfall (G45.*(ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64) je Krankenhausstandort im Jahr 2023¹⁸³

Um die Standorte spezifischer zu analysieren, erfolgt in diesem Abschnitt eine Betrachtung der jeweiligen Kategorien der zertifizierten Stroke Units. Diese sind nachfolgend beschrieben.

Im Jahr 2024 existierten in Rheinland-Pfalz 14 Stroke Units gemäß den Kriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e. V. Hierbei wird grundsätzlich zwischen den folgenden drei Kategorien differenziert:

- Telemedizinisch vernetzte Stroke Units
- Regionale Stroke Units
- Überregionale Stroke Units

Die Verortung der zertifizierten Stroke Units nach den genannten Kategorien und je Versorgungsgebiet kann der Tabelle 11 entnommen werden. Die Auswertung zeigt, dass 2024 in jedem Versorgungsgebiet eine überregionale Stroke Unit vorhanden war. Die Westpfalz hält als einziges Versorgungsgebiet nur eine zertifizierte Stroke Unit vor, während die Anzahl der zertifizierten Stroke Units in den restlichen Versorgungsgebieten zwischen zwei und vier liegt. Die Versorgungsgebiete Mittelrhein-Westerwald und Rheinhessen-Nahe stellen hierbei die Versorgungsgebiete mit der höchsten Anzahl an zertifizierten Stroke Units (4) dar.

¹⁸³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Tabelle 11: Factsheet mit den wesentlichen Daten zur Schlaganfallversorgung in zertifizierten Stroke Units im Betrachtungsjahr 2024¹⁸⁴

Versorgungsgebiet	Telemedizinisch vernetzte Stroke Units	Regionale Stroke Units	Überregionale Stroke Units	Summe
Mittelrhein-Westerwald	1	2	1	4
Rheinhessen-Nahe	1	2	1	4
Rheinpfalz	2	-	1	3
Trier	-	1	1	2
Westpfalz	-	-	1	1
Summe	4	5	5	14

Neben der Betrachtung der gemäß der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e. V. zertifizierten Stroke Units können zudem zur Identifizierung von weiteren Stroke Units auch die abgerechneten OPS-Komplexcodes¹⁸⁵ der Krankenhäuser genutzt werden. Diese Komplexcodes bilden Komplexbehandlungen ab, die eine aus verschiedenen und sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie eines Krankheitsbildes darstellen. Durch die Auswertung dieser speziellen OPS-Kodes können auch nicht zertifizierte Stroke Units identifiziert werden. Für diesen Zweck werden folgende OPS-Kodes herangezogen:

- 8-981.* („Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“)
- 8-98b.* („Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“)

Die Kodierung dieser OPS-Kodes setzen die Erfüllung bestimmter Struktur- und Mindestmerkmale voraus, die üblicherweise an Stroke Units gestellt werden. Dazu gehören beim OPS-Kode 8-981.* unter anderem

- die notwendige Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin für Neurologie,
- die 24-Stunden-Präsenz eines Neurologen oder einer Neurologin,¹⁸⁶
- die 24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiografie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiografie, CT-Angiografie oder MR-Angiografie),
- die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses,
- die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße,
- das Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung,

¹⁸⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG), <https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovaskulaere-netzwerke/>, zuletzt abgerufen am 14.12.2024

¹⁸⁵ Operationen - und Prozedurenschlüssel (OPS).

¹⁸⁶ Dies kann ein Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin für Neurologie oder ein Assistenzarzt beziehungsweise eine Assistenzärztin mit neurologischer Weiterbildung sein. Werktags wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt bzw. die jeweilige Ärztin auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten und -patientinnen ausschließlich um diese kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat.

- die Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie,
- ein mindestens 24-stündiges Monitoring von Vitalparametern sowie
- die Durchführung einer Computer- oder Magnetresonanztomografie innerhalb von 60 Minuten bei der Indikation zur Thrombolysen oder Thrombektomie.

Der OPS-Kode 8-98b.* stellt weniger hohe Anforderungen an die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten. So kann die Behandlungsleitung unter anderem auch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin erfolgen. Die neurologische Fachexpertise kann in diesem Fall entweder durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Neurologie, der beziehungsweise die im Team fest eingebunden ist, gewährleistet werden (ohne Telekonsildienst). Ebenfalls kann dies alternativ über einen Telekonsildienst zu einer neurologischen Stroke Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes (mit Telekonsildienst) erfolgen.

Neben den 14 zertifizierten Stroke Units (Tabelle 11) lassen sich nach der Auswertung der genannten OPS-Kodes 13 weitere Krankenhausstandorte identifizieren, die im Sinne einer Stroke Unit eine relevante¹⁸⁷ Anzahl an Fällen versorgten. Diese 13 zusätzlich identifizierten Standorte sind jedoch bisher nicht gemäß den Kriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e. V. als telemedizinisch vernetzte Stroke Unit, regionale Stroke Unit oder überregionale Stroke Unit zertifiziert.

Zusätzlich zu diesen stationären Strukturen existiert vor dem Hintergrund der Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten und -patientinnen in Rheinland-Pfalz seit April 2016 das Telemedizinische Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz (TemeS-RLP). Das Netzwerk stützt sich auf sechs überregionale Schlaganfall-Einheiten (Stroke Units) in Koblenz, Idar-Oberstein, Ludwigshafen, Trier, Mainz und Kaiserslautern. Diese spezialisierten Zentren stehen teilnehmenden Krankenhäusern rund um die Uhr für teleneurologische Konsultationen zur Verfügung, um eine präzise Diagnostik und eine qualitativ hochwertige Behandlung von Schlaganfällen sicherzustellen. Dies verbessert die Schlaganfallversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten, in denen es keine Stroke Units gibt.

Zudem können Standorte identifiziert werden, die Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall im Rahmen einer Frührehabilitation versorgen. Hierbei spielt insbesondere die neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlung (NNF) und ferner auch die geriatrische frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) eine Rolle. Bei diesen Standorten steht nicht die Akutbehandlung des Schlaganfalls im Vordergrund, sondern die Rehabilitation. Daher werden die kodierten Schlaganfälle dieser Standorte gesondert betrachtet.

Die beiden letzten Standortkategorien sind Standorte ohne erkennbaren Stroke-Unit-Bezug sowie Standorte mit unklarem spezifischem Frührehabilitationsschwerpunkt¹⁸⁸. An Standorten dieser Kategorie sollten möglichst wenige akute Schlaganfälle behandelt werden. Da jedoch nicht jeder kodierte akute Schlaganfall tatsächlich einer ist (siehe Ausführungen am Anfang des Abschnittes), lässt sich nicht eindeutig beurteilen, ob die dort behandelten Patientinnen und Patienten falsch versorgt wurden.

Das Ziel dieser Clusterung (Tabelle 12) beziehungsweise Kategorisierung ist die Identifizierung einer möglichen vorhandenen Fehlversorgung oder -steuerung von Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall.

¹⁸⁷ Standorte mit mindestens 50 kodierten Prozeduren im Bereich 8-981* oder 8-98b.*.

¹⁸⁸ Ein unklarer spezifischer Frührehabilitationsschwerpunkt liegt in diesem Gutachten vor, wenn der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall, die ebenfalls eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung oder eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation erhalten haben, zwischen 20 % und 50 % lag. Bei Standorten mit einem Frührehabilitationsschwerpunkt liegt der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer entsprechenden Komplexbehandlung höher.

Dabei wurden die Kliniken in die folgenden, im weiteren Verlauf spezifischer kategorisierten Cluster eingeteilt:

Die Auswertung zeigt, dass unter Berücksichtigung der Standorte mit speziellem Versorgungsangebot im Bereich NNF/ GFK rund 15.900 beziehungsweise rund 93 % der Schlaganfälle in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 an Standorten mit einem Stroke-Unit-Bezug versorgt wurden (Kategorien 3 bis 11). Bei diesen Standorten wird angenommen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall in geeigneten Strukturen stattgefunden hat.

Der Anteil der Fälle, die an einem Standort ohne Stroke Unit beziehungsweise ohne Stroke Unit und mit unklarem spezifischem Schwerpunkt (Nummern 1 und 2) behandelt wurden, lag bei rund 7 % beziehungsweise rund 1.160 Fällen. Diese Fälle werden unter Berücksichtigung der vorhandenen Informationen als potenziell fehlerversorgt eingestuft. Allerdings kann in diesem Gutachten keine abschließende medizinische Bewertung zur Qualität der Behandlung dieser Fälle gegeben werden.

Tabelle 12: Auswertung der Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz nach definierten Clustern für das Jahr 2023¹⁸⁹

Nummer	Kategorie	Anzahl Standorte	Anzahl Schlaganfälle ¹⁹⁰	Anteil an Gesamtfallzahl	Anteil an Fallzahl ohne NNF/GFK
1	Keine Stroke Unit	26	845	5 %	5 %
2	Keine Stroke Unit / unklarer spezifischer Schwerpunkt ¹⁹¹	13	318	2 %	2 %
3	Keine Stroke Unit und TemeS-Teilnehmer	1	137	1 %	1 %
4	Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/ GFK	9	767	5 %	-
5	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	5	2.121	12 %	13 %
6	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	4	1.129	7 %	7 %

¹⁸⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der von der PD gewählten Clusterungssystematik.

¹⁹⁰ Als Schlaganfälle werden im Rahmen der Analysen alle Fälle mit den Hauptdiagnosen G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64 gemäß ICD10 klassifiziert.

¹⁹¹ Ein unklarer spezifischer Schwerpunkt liegt vor, wenn der Anteil der OPS-Komplexbehandlungen im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung und neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation der Patienten und Patientinnen mit einem Schlaganfall zwischen 20 % und 50 % liegt.

Num-mer	Kategorie	Anzahl Standorte	Anzahl Schlagan-fälle ¹⁹²	Anteil an Gesamt-fallzahl	Anteil an Fallzahl ohne NNF/GFK
7	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* und TemeS-Teilnehmer	4	853	5 %	5 %
8	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	2	612	4 %	4 %
9	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	2	988	6 %	6 %
10	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	4	2.718	16 %	17 %
11	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.* und TemeS-Zentrum	6	6.544	38 %	40 %
Gesamt		76	17.032	100 %¹⁹³	100 %¹⁹⁴

6.1.2 Versorgungssituation der Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz

Im Abschnitt 6.1.1 wird die übergreifende Entwicklung der Schlaganfälle in Rheinland-Pfalz dargestellt und analysiert. Zudem werden die vorhandenen Strukturen auf einer übergreifenden Ebene beschrieben. In diesem Abschnitt liegt der Fokus insbesondere auf den einzelnen Standorten und ihrem Anteil an der Schlaganfallversorgung.

Wie bereits im Abschnitt 6.1.1 und in der Abbildung 24 dargestellt, wurden die rund 17.000 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz an 76 Standorten versorgt, wobei die 8 fallzahlstärksten Standorte rund 50 % der Schlaganfälle behandelten. Die entscheidende Information, ob Patientinnen und Patienten gegebenenfalls nur initial versorgt und dann weiterverlegt wurden oder in welcher Struktur der Patient beziehungsweise die Patientin versorgt wurde, geht aus dieser Betrachtung nicht hervor.

In der nachfolgenden Detailanalyse wurden 45 von 76 Standorten, einschließlich der Anzahl der jeweils im Jahr 2023 behandelten Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall, in die Standortkategorien gemäß Tabelle 12 eingeteilt. Die restlichen 31 Standorte mit weniger als 30 Fälle sind nicht Teil der Detailbetrachtung. Basierend auf den vorliegenden Informationen zu diesen Standorten lag nur bei einem Teil der restlichen 31 Standorte ein nachvollziehbarer Grund für die Versorgung eines Schlaganfalls an einem Standort ohne Stroke Unit vor, beispielsweise die Erbringung einer GFK oder NNF.

Standorte

Die Analyse auf der Standortebene zeigt, dass von den 76 behandelnden Standorten 27 Standorte einen erkennbaren Stroke Unit-Bezug aufwiesen und rund 88 % der Fälle versorgten. 9 Standorte im Bereich der NNF/ GFK waren Einrichtungen mit einem speziellen Versorgungsangebot. In diesen Einrichtungen wurden rund 5 % der Fälle versorgt. 39 Standorte behandelten rund 7 % der Fälle (d. h. rund 1.150 Fälle) und hatten keine Stroke Unit / TemeS-Teilnahme beziehungsweise keinen eindeutig identifizierbaren Schwerpunkt in

¹⁹² Als Schlaganfälle werden im Rahmen der Analysen alle Fälle mit den Hauptdiagnosen G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64 gemäß ICD10 klassifiziert.

¹⁹³ Rechnerisch durch Rundung mehr als 100 %.

¹⁹⁴ Rechnerisch durch Rundung mehr als 100 %.

der Frührehabilitation. Somit zeigt sich hinsichtlich dieser weiteren Standorte, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Schlaganfällen festzustellen ist, die in vermeintlich nicht geeigneten Standorten versorgt wurden.

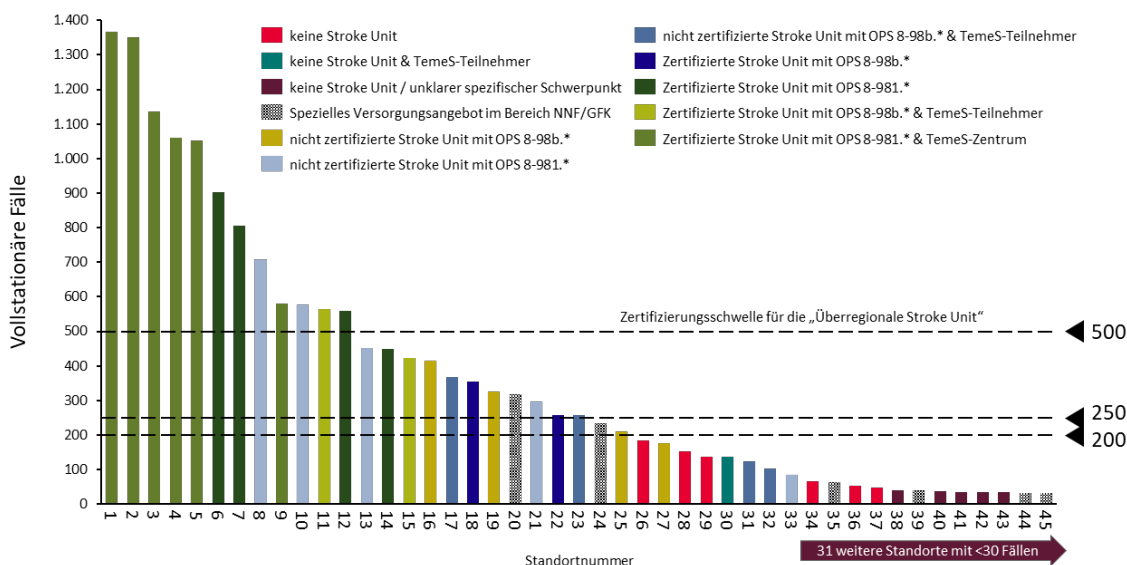


Abbildung 25: Analyse der Fälle mit Diagnose „Schlaganfall“ nach Standort mit und ohne Stroke-Unit-Bezug für das Jahr 2023¹⁹⁵

Um die oben genannte Vermutung zu überprüfen, dass eine nicht unerhebliche Anzahl an Schlaganfällen an vermeintlich nicht geeigneten Standorten versorgt wurde, wurden weitergehende Analysen der Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen unter zusätzlichen Aspekten durchgeführt. Dazu wurden die jeweils behandelten Schlaganfälle in den entsprechenden Versorgungsgebieten aggregiert (Tabelle 13). Die Auswertung erfolgt hier nach dem jeweiligen Behandlungsort.

Besonders auffällig war der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald, die in vermeintlich nicht geeigneten Versorgungsstrukturen behandelt wurden. Rund 14 % beziehungsweise rund 700 aller im Mittelrhein-Westerwald versorgten Schlaganfälle wurden nach der hier durchgeführten Klassifizierung vermeintlich fehlversorgt. Als Versorgungsgebiet mit einem Wert von nahezu 0 % beziehungsweise 11 Fällen kann das Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe identifiziert werden. Eine nähere Einordnung dieser Zahlen folgt innerhalb der Stroke-Unit-Erreichbarkeitsanalyse für alle Bewohner und Bewohnerinnen von Rheinland-Pfalz.

¹⁹⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Fälle mit den Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64, die nach Standorten mit etwaigem Stroke-Unit-Bezug (Standorte, die den OPS 8-981.* und/oder 8-98b.* abgerechnet haben, sowie Standorte, die nach der DSG zertifiziert sind), es wurden nur Standorte abgebildet, die mindestens 30 Fälle behandelt haben (31 Standorte behandelten weniger als 30 Schlaganfälle).

Tabelle 13: Anzahl der versorgten Schlaganfälle nach Standortkategorie und Versorgungsgebiet im Jahr 2023¹⁹⁶

Nr.	Standortkategorie	VG MW	VG RN	VG RP	VG TR	VG WP	RLP
1	Keine Stroke Unit	574	11	217	3	40	845
2	Keine Stroke Unit / unklarer spezifischer Schwerpunkt	117		68	128	5	318
3	Keine Stroke Unit & TemeS-Teilnehmer				137		137
4	Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/ GFK	333	72	297		65	767
5	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*			918		211	1.129
6	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	103	257	369		124	853
7	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	1.007	1.029		85		2.121
8	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*		354	258			612
9	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	1.366	449		903		2.718
10	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	424		564			988
11	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.* & TemeS-Zentrum	1.061	1.946	1.350	1.136	1.051	6.544
12	Summe	4.985	4.118	4.041	2.392	1.496	17.032
13	Nominaler Anteil Nr. 1+2	691	11	285	131	45	1.163
14	Prozentualer Anteil Nr. 1+2	14%	0%	7%	5%	3%	7%

Ergänzend zu den vorangegangenen Auswertungen zeigt Tabelle 14 die Aufnahmeanlässe gemäß § 21-KHEntg-Daten 2023 von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall entsprechend der Standortkategorie. Der Großteil der Fälle wurde über den Aufnahmeanlass „Notfall“ in das jeweilige Krankenhaus aufgenommen. Bei den Einrichtungen mit speziellem Versorgungsangebot im Bereich der NNF /GFK konnte erwartungsgemäß ein hoher Anteil von Zuverlegung festgestellt werden. In den Einrichtungen ohne klaren Stroke-Unit-Bezug war ebenfalls ein hoher Anteil an Notfallaufnahmen zu verzeichnen.

Tabelle 14: Aufnahmeanlässe gemäß § 21-KHEntg-Daten 2023 von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall¹⁹⁷

Nr.	Standortkategorie	Einweisung durch einen Arzt	Notfall	Zuverlegt	Weitere	Summe
1	Keine Stroke Unit	52	704	89		845
2	Keine Stroke Unit / unklarer spezifischer Schwerpunkt	23	227	68		318
3	Keine Stroke Unit & TemeS-Teilnehmer	2	133	2		137
4	Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/GFK	20	94	653		767
5	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	256	830	43		1.129
6	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	156	681	16		853
7	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	109	1.710	301	1	2.121
8	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	37	564	11		612
9	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	356	2.263	98	1	2.718
10	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	70	868	50		988

¹⁹⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes für das Jahr 2023; Fälle mit Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64.

¹⁹⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes für das Jahr 2023; Fälle mit Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64.

Nr.	Standortkategorie	Einweisung durch einen Arzt	Notfall	Zuverlegt	Weitere	Summe
11	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.* & TemeS-Zentrum	163	6.038	343		6.544
12	Gesamtergebnis	1.244	14.112	1.674	2	17.032

Insbesondere bei Standorten ohne Stroke Unit und fehlender Vernetzung mit dem TemeS-Netzwerk ist es im zweiten Schritt von Interesse zu analysieren, ob Notfälle nach einer Erstbehandlung an Standorten ohne Stroke Unit in andere Krankenhäuser weiterverlegt wurden. Dies war jedoch bei der Mehrzahl der dort behandelten Patientinnen und Patienten nicht der Fall (Tabelle 15). Von den rund 845 Schlaganfallpatientinnen und -patienten, die an einem Standort ohne Stroke Unit behandelt wurden, wurden beispielsweise lediglich 183 Personen, das entspricht etwa 22 %, in ein anderes Krankenhaus verlegt. Bei einem Großteil der Fälle (470 Personen beziehungsweise 55 %) wurde die Behandlung regulär an den entsprechenden Standorten abgeschlossen.

Ein weiteres im Rahmen des Gutachtens untersuchtes Merkmal war der Anteil der verstorbenen Schlaganfallpatientinnen und -patienten. Diese Kennzahl ist jedoch kritisch zu betrachten, da den Gutachtenden keine detaillierten Informationen zu den Begleitumständen und Ursachen der Tode vorlagen. Insbesondere überregionale Schlaganfallzentren behandeln oft komplexere und schwerere Fälle, was grundsätzlich ein höheres Sterberisiko in der betrachteten Patientenkohorte impliziert. Ähnliches gilt beispielsweise für Zentren im Bereich der NNF, die aufgrund der Schwere der Vorerkrankungen ihrer Patienten und Patientinnen ebenfalls ein höheres Sterberisiko aufweisen. Zusätzlich sind in diesem Zusammenhang auch die bereits zu Beginn von Kapitel 6.1 beschriebenen Unsicherheiten bei der Kodierung der Hauptdiagnose im Bereich Schlaganfall zu berücksichtigen. Dies schließt insbesondere die Tatsache ein, dass Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich Schlaganfall häufig beispielsweise in der Fachabteilung Neurochirurgie behandelt werden, die nicht zwingend an Standorten mit einer Stroke Unit angesiedelt sein muss.

Dennoch ist festzuhalten, dass insbesondere an Standorten ohne Stroke Unit der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten innerhalb der betrachteten Patientengruppe mit 13 % der höchste unter allen Standortkategorien war. Zum Vergleich: Der Durchschnitt in Rheinland-Pfalz lag bei 7 %.

Tabelle 15: Entlassgründe gemäß § 21-KHEntgG-Daten 2023 von Fällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall¹⁹⁸

Nr.	Standortkategorie	Behandlung regulär beendet	Abverlegt in ein anderes Krankenhaus	Verstorben im Krankenhaus	Weitere Entlassgründe	Summe	Anteil verstorbener Patientinnen und Patienten
1	Keine Stroke Unit	470	183	114	78	845	13%
2	Keine Stroke Unit / unklarer spezifischer Schwerpunkt	151	65	30	72	318	9%
3	Keine Stroke Unit & TemeS-Teilnehmer	86	20	7	24	137	5%
4	Spezielles Versorgungsangebot im Bereich NNF/GFK	353	49	82	283	767	11%
5	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	830	76	45	178	1.129	4%

¹⁹⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023; Fälle mit Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64.

Nr.	Standortkategorie	Behandlung regulär beendet	Abverlegt in ein anderes Krankenhaus	Verstorben im Krankenhaus	Weitere Entlassgründe	Summe	Anteil verstorbener Patientinnen und Patienten
6	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	590	64	57	142	853	7%
7	Nicht zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	1.425	208	75	413	2.121	4%
8	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.*	406	84	41	81	612	7%
9	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.*	2.091	194	120	313	2.718	4%
10	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-98b.* & TemeS-Teilnehmer	749	65	56	118	988	6%
11	Zertifizierte Stroke Unit mit OPS 8-981.* & TemeS-Zentrum	4.732	426	514	872	6.544	8%
12	Gesamtergebnis	11.883	1.434	1.141	2.574	17.032	7%

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Abbildung 26 zeigt die durchschnittliche theoretische Fahrzeit, die Einwohnerinnen und Einwohner zum nächstgelegenen Standort benötigen, der im Jahr 2023 über eine Stroke Unit verfügte. Berücksichtigt wurden die 27 Standorte mit einer zertifizierten oder nicht zertifizierten Stroke Unit. Zudem wurden sowohl Versorger innerhalb von Rheinland-Pfalz als auch aus den angrenzenden Bundesländern in die Fahrzeitermittlung einbezogen.

Die Standorte stellten im überwiegenden Teil des Bundeslandes die Erreichbarkeit für die Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten sicher. Bei der Versorgung von Schlaganfällen entstanden im Jahr 2023 hauptsächlich in den nordwestlichen Grenzregionen, im Landkreis Cochem-Zell sowie im Grenzbereich zu Hessen längere Fahrzeiten. Längere Fahrzeiten ergaben sich ebenfalls an den europäischen Grenzen zu Luxemburg und Belgien. Hier kann keine Aussage zur Versorgung getroffen werden. In einigen Gebieten von Rheinland-Pfalz wurde die Erreichbarkeit einer zertifizierten beziehungsweise nicht zertifizierten Stroke Unit durch Standorte in angrenzenden Bundesländern verbessert. So verbesserten zum Beispiel Standorte in Euskirchen und Limburg die tatsächliche Erreichbarkeit von Standorten mit einem Stroke-Unit-Bezug.

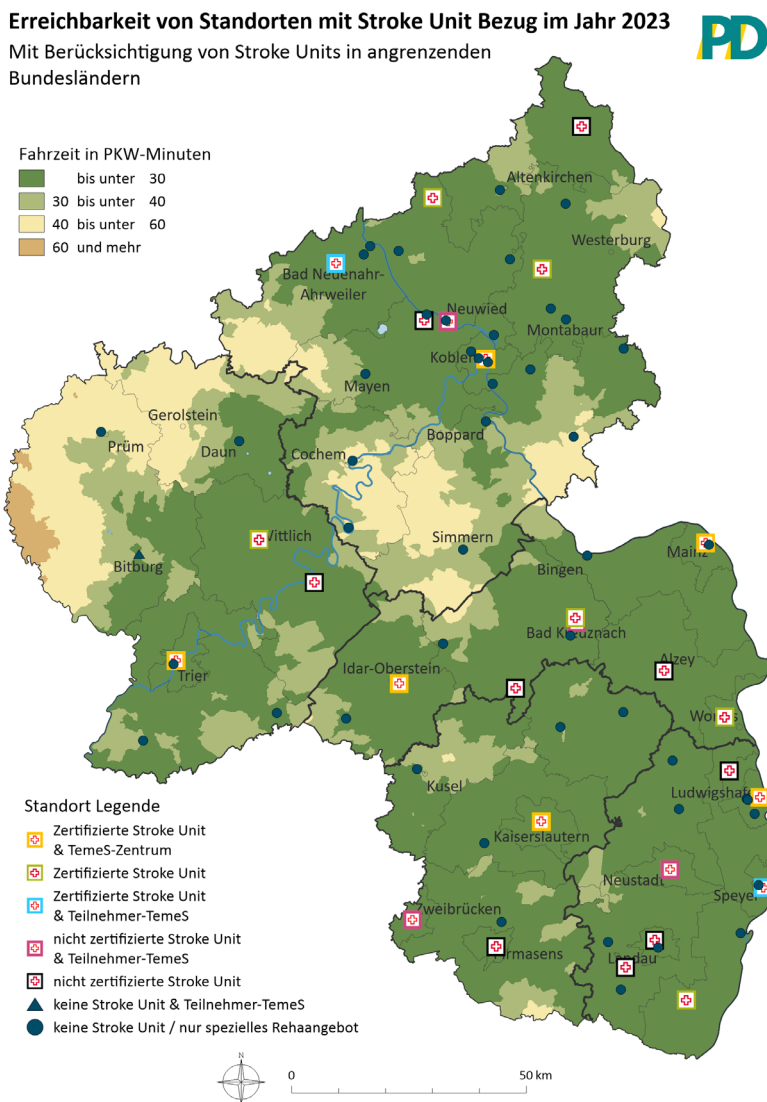


Abbildung 26: Erreichbarkeit eines Standortes mit Stroke-Unit-Bezug im Jahr 2023 unter Berücksichtigung von Stroke Units angrenzender Bundesländer¹⁹⁹

Aus der Detailanalyse der Erreichbarkeit von Stroke Units für die Bevölkerung von Rheinland-Pfalz (Abbildung 29) geht hervor, dass in den Gebieten mit einer Fahrzeit von über 40 Minuten rund 4 % der Bevölkerung von Rheinland-Pfalz leben. In diesen Gebieten konnten angrenzende Stroke Units von Krankenhausstandorten in anderen Bundesländern die Fahrzeit von über 40 Minuten nicht kompensieren.

Eine ergänzende Einordnung der nominalen Anzahl der Schlaganfälle nach Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz ist in Abbildung 27 dargestellt.

¹⁹⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023; Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64.

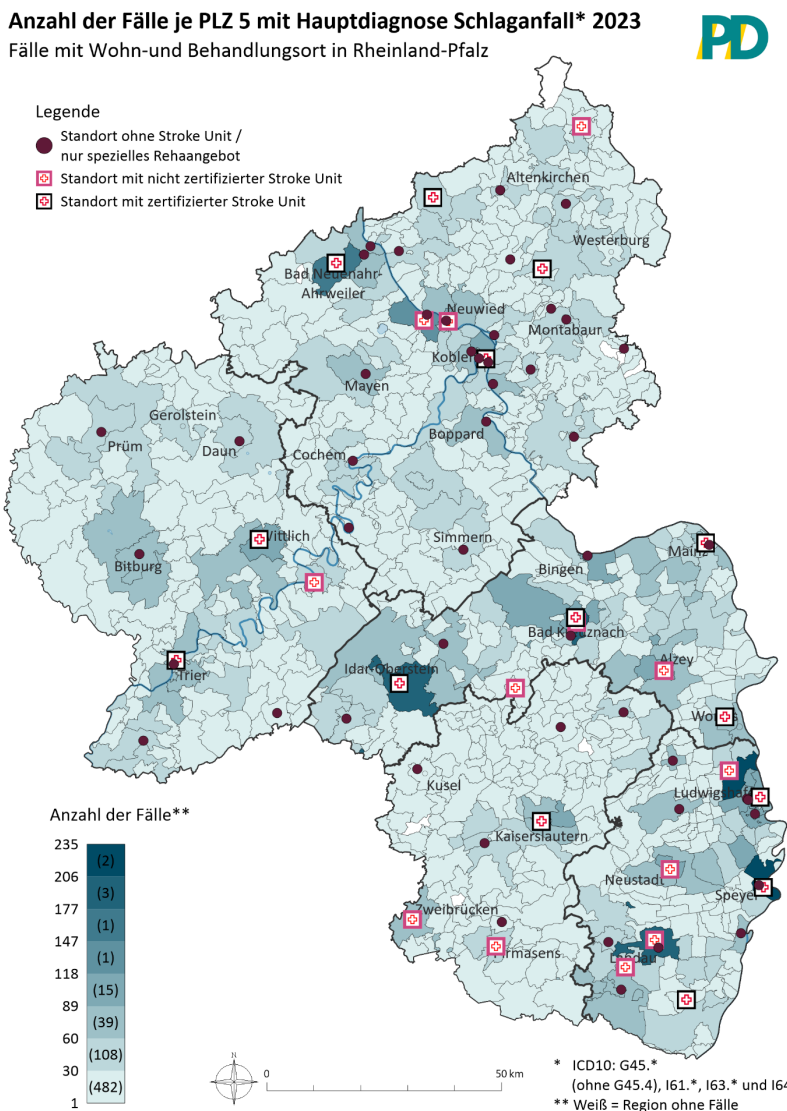


Abbildung 27: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz mit Hauptdiagnose Schlaganfall²⁰⁰

Ergänzend zur Erreichbarkeit eines Standortes mit zertifizierter und nicht zertifizierter Stroke Unit (Abbildung 26) zeigt Abbildung 28 die durchschnittliche theoretische Erreichbarkeit des zweitnächsten Versorgers mit einer entsprechenden Stroke Unit im Jahr 2023, der nachfolgend auch als alternativer Versorger bezeichnet wird. Beim Wegfall des nächstgelegenen Versorgers ergaben sich insbesondere im Versorgungsgebiet Trier sowie im südlichen Teil des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald erhöhte Fahrzeiten.

Diese Analyse gibt einen Hinweis auf die Resilienz der Schlaganfallversorgung im Bundesland. Es kann durchaus vorkommen, dass sich Stroke Units aufgrund von Überbelegung, Personalmangel oder technischen Problemen von der Versorgung abmelden müssen. Daher ist es aus planerischer Sicht relevant, ob in den einzelnen Regionen redundante Strukturen für die Schlaganfallversorgung vorhanden sind.

²⁰⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023; Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64.

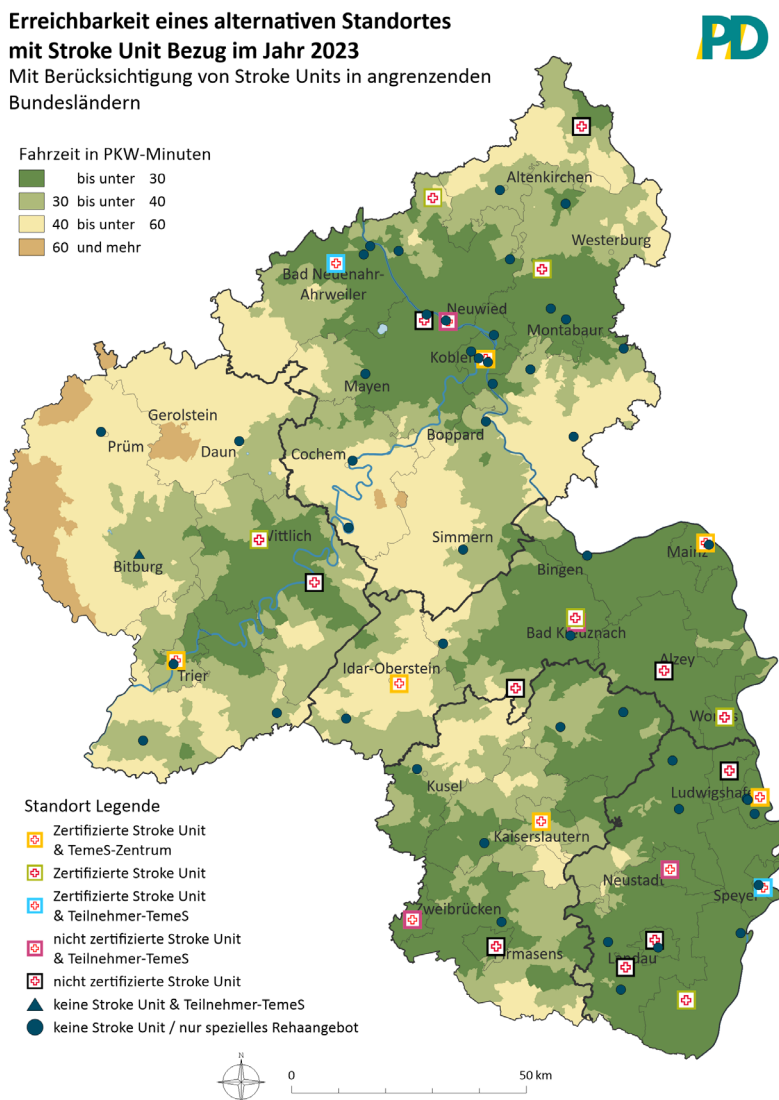


Abbildung 28: Erreichbarkeit eines Standortes mit 24/7 Thrombektomie im Jahr 2023 unter Berücksichtigung von Standorten angrenzender Bundesländer²⁰¹

In Abbildung 29 werden die Erreichbarkeitsanalysen (Abbildung 26 und Abbildung 28) in einer grafischen Darstellung aufgegriffen. Die 27 Stroke Units in Rheinland-Pfalz sowie weitere Stroke Units in den angrenzenden Bundesländern konnten theoretisch von 88 % der Bevölkerung in unter 30 Minuten erreicht werden. Eine alternative Stroke Unit, also die zweitnächste Stroke Unit, konnte hingegen von 66 % der Einwohnerinnen und Einwohner in unter 30 Minuten erreicht werden.

Die Darstellung verdeutlicht die Notwendigkeit der entsprechenden Standorte, da beim Wegfall einzelner Stroke Units sich die Fahrzeit für die Bevölkerung merklich verschlechtern würde. Innerhalb der „golden hour“²⁰² konnte im Jahr 2023 aus allen Regionen in Rheinland-Pfalz eine Stroke Unit erreicht werden.

²⁰¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023; nur Standorte mit mehr als 10 Fällen mit OPS 8-981.3*.

²⁰² Die "golden hour" ist ein medizinischer Begriff, der sich auf die kritische erste Stunde nach einem medizinischen Notfall, wie beispielsweise einem Schlaganfall, Herzinfarkt oder Trauma, bezieht. In diesem Zeitraum ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass durch schnelle und effektive Behandlung langfristige Schäden minimiert werden können oder das Leben des Patienten gerettet werden kann.

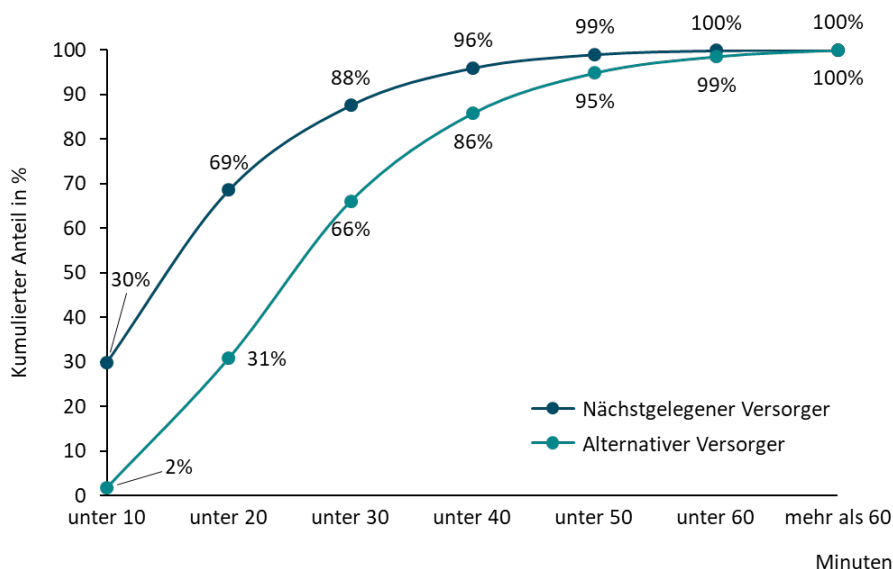


Abbildung 29: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zur nächsten- beziehungsweise zweit-nächsten zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Unit in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023²⁰³

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Neben der theoretischen Fahrzeit wurde auch die tatsächliche Fahrzeit zur Komplettierung des Versorgungsbildes betrachtet. Eine Detailbetrachtung auf der Versorgungsgebietsebene zeigt die Abbildung 30. Hier wird die tatsächlich durchschnittlich benötigte Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort abgebildet. Fälle, die an Standorten ohne Stroke Unit oder an Standorten mit einer eindeutig identifizierbaren frührehabilitativen Spezialisierung behandelt wurden, sind nicht Bestandteil dieser Betrachtung.

Die Analyse zeigt, dass in unter 30 Minuten durchschnittlicher Fahrzeit rund 79 % der Patientinnen und Patienten eine zertifizierte beziehungsweise nicht zertifizierte Stroke Unit in Rheinland-Pfalz erreichen konnten. Innerhalb der „golden hour“ erreichten rund 98 % eine Stroke Unit in Rheinland-Pfalz. Das Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe stellt das Versorgungsgebiet mit der besten Erreichbarkeit dar. So konnten rund 95 % der Patientinnen und Patienten ihren Versorger in unter 30 Minuten erreichen. Im Gegensatz

²⁰³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz. Unter Stroke Units werden hier alle zertifizierten und nicht zertifizierten Stroke Units zusammengefasst.

dazu zeigt sich ein konträres Bild in dem Versorgungsgebiet Trier, das die schlechteste Erreichbarkeit aufwies. Hier konnten lediglich 64 % der Patientinnen und Patienten ihren Versorger in unter 30 Minuten erreichen.

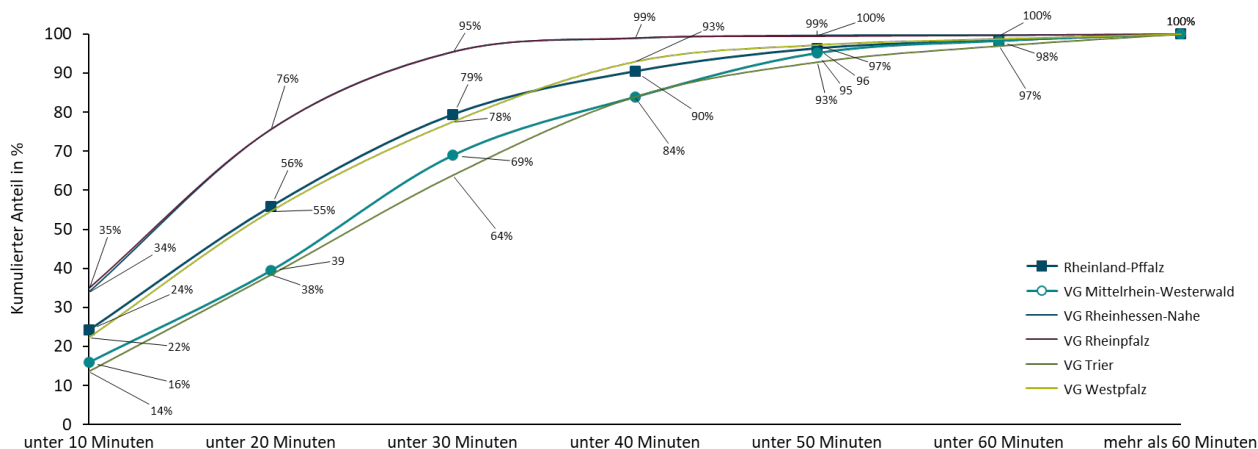


Abbildung 30: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort mit Hauptdiagnose Schlaganfall im Jahr 2023²⁰⁴

Ein weiterer qualitativer Aspekt in der Schlaganfallversorgung ist die Möglichkeit zur Durchführung einer Thrombektomie am Krankenhausstandort. Unter einer Thrombektomie versteht man die Entfernung eines Blutgerinnsels (Thrombus), das ein Blutgefäß blockiert. Dieses Verfahren wird häufig eingesetzt, um den Blutfluss in kritischen Situationen wiederherzustellen, insbesondere bei einem Schlaganfall, der durch einen Gefäßverschluss verursacht wurde. Eine Thrombektomie sollte, abhängig vom Zustand der Patientin beziehungsweise des Patienten, gemäß Leitlinie²⁰⁵ innerhalb von 6 Stunden nach dem Auftreten eines Schlaganfalls durchgeführt werden, wobei eine frühzeitige Intervention angestrebt werden sollte. Bei bestimmten Fallkonstellationen kann die Thrombektomie auch in einem Zeitraum von bis zu 24 Stunden nach Auftreten des Schlaganfalls noch durchgeführt werden.

Im Jahr 2023 haben fünf Standorte mit Stroke Unit in Rheinland-Pfalz dieses Behandlungsangebot „24/7“ vorgehalten (Abbildung 31). Der Großteil der Bevölkerung von Rheinland-Pfalz erreichte einen derartigen Krankenhausstandort innerhalb von 60 Minuten Fahrzeit. Standorte, die diese Behandlung nicht durchgehend angeboten haben, wurden in dieser Betrachtung nicht berücksichtigt.

In einigen Regionen von Rheinland-Pfalz, wie zum Beispiel im nördlichen Versorgungsgebiet Trier und im Zentrum von Rheinland-Pfalz, wurden oftmals über 60 Minuten Fahrzeit benötigt, um eine der Stroke Units mit durchgehendem Thrombektomieangebot zu erreichen.

Ohne die Berücksichtigung der Standorte außerhalb von Rheinland-Pfalz wären die Fahrzeiten, insbesondere im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald, deutlich länger. Krankenhausstandorte in Siegen, Bonn und Euskirchen hatten einen positiven Effekt auf die ermittelte Fahrzeit in der Region.

²⁰⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Hauptdiagnosen ICD10: G45.* (ohne G45.4), I61.*, I63.* und I64.

²⁰⁵ Deutsche Gesellschaft für Neurologie/ Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (2022): Clinical Pathways Akuttherapie Schlaganfall, https://register.awmf.org/assets/guidelines/030_D_Ges_fuer_Neurologie/030-046cp_S2e_Akuttherapie-des-ischamischen-Schlaganfalls_2023-05.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

Krankenhausstandorte mit 24/7 Thrombektomie (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz
und angrenzenden Bundesländern

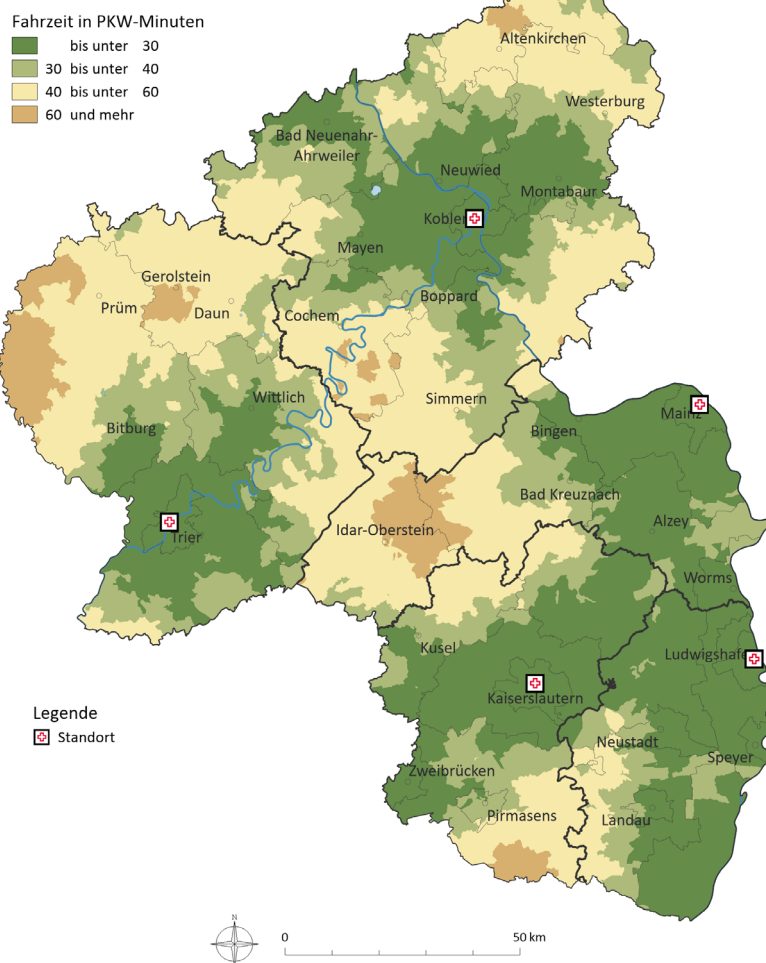


Abbildung 31: Erreichbarkeit eines Standortes mit 24/7 Thrombektomieangebot im Jahr 2023 unter Berücksichtigung von Standorten angrenzender Bundesländer²⁰⁶

6.1.3 Zusammenfassung und Empfehlungen

Auf Basis der in diesem Abschnitt durchgeführten Analyse ist grundsätzlich eine gute Erreichbarkeit von Stroke Units in Rheinland-Pfalz festzustellen. Zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in Rheinland-Pfalz stehen aktuell 14 zertifizierte und 13 nicht zertifizierte Stroke Units zur Verfügung. Diese 27 Standorte konnten von 89 % der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz in unter 30 Minuten erreicht werden. Teilweise ergeben sich jedoch längere Fahrzeiten, insbesondere in ländlichen Regionen. Für diese ländlicheren Regionen,

²⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023; nur Standorte mit mehr als 10 Fällen mit OPS 8-981.3*. Das Katholische Klinikum Koblenz kann auf einen 24h-verfügbaren Behandlungsplatz für mechanischen Thrombektomien bei Schlaganfällen zurückgreifen, weshalb dieser Standort auf der Karte mit aufgenommen wurde. Die mechanische Thrombektomie wird jedoch im Rahmen einer Kooperation vom Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein in Koblenz erbracht. Das führt dazu, dass der entsprechende OPS-Code aktuell nicht kodiert und abgerechnet werden kann.

wie beispielsweise den Landkreis Cochem-Zell, ist der Ausbau beziehungsweise der Anschluss an das TemeS-RLP zu prüfen.

Neben diesen 27 relevanten Krankenhausstandorten zeigten die Analysen auch, dass sich viele Standorte identifizieren ließen, die im Jahr 2023 Schlaganfälle versorgten, obwohl diese keinen erkennbaren Bezug zu einer vorhandenen Stroke Unit aufwiesen. Diese Standorte haben im Jahr 2023 rund 1.160 Schlaganfälle beziehungsweise rund 7 % aller Schlaganfälle in Rheinland-Pfalz behandelt.

Die auffällig hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall, die in kleinen, vermeintlich nicht geeigneten Krankenhäusern behandelt wurden, sollte weiter untersucht werden. Erste Analysen legen nahe, dass zumindest ein Teil der dort versorgten Fälle fehlversorgt wurde. Auffällig ist zudem die unterschiedliche vermeintliche Fehlversorgungsquote in den Versorgungsgebieten. Besonders markant war die Situation in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Rheinpfalz mit jeweils 11 % beziehungsweise 7 % an vermeintlich fehlversorgten Fällen mit einem Schlaganfall in der jeweiligen Region.

Da das Angebot einer 24/7-Thrombektomie ein wesentliches Qualitätsmerkmal in der Schlaganfallversorgung darstellt, wurde auch dieser Bereich hinsichtlich der Erreichbarkeit der Standorte mit einem solchen Angebot analysiert. Insbesondere in Teilen der Versorgungsgebiete Trier und Rheinhessen-Nahe war ein solches Angebot nicht vorhanden. Angrenzende Bundesländer konnten hier nur bedingt die Fahrzeit für die Bevölkerung verbessern. Der Aufbau eines weiteren kontinuierlichen (24/7) Thrombektomieangebots erscheint nicht realistisch. Es sollte jedoch überprüft werden, ob die Kapazitäten zur Verlegung entsprechender Patientinnen und Patienten ausreichend vorhanden sind. Im Rahmen der Kooperation zwischen den beiden Koblenzer Standorten zur Sicherstellung eines durchgängigen Thrombektomieangebots sollte geprüft werden, ob die Zusammenlegung der jeweiligen Neurologie und Neurochirurgie an einem Standort zusätzliche Synergien für die regionale Patientenversorgung schaffen könnte. Dabei muss abgewogen werden, welche weiteren Fachabteilungen an den jeweiligen Standorten vorgehalten werden müssen, um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit optimal zu gewährleisten. Eine enge Verzahnung mit angrenzenden Disziplinen wie der Neuroradiologie, der Intensivmedizin sowie der Notfallmedizin könnte nicht nur die Behandlungsqualität steigern, sondern auch Effizienzgewinne durch die Bündelung sowohl der infrastrukturellen Ressourcen als auch der hochspezialisierten Fachkräfte ermöglichen. Dies würde zudem optimierte Behandlungswege fördern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken. Letztlich sollte die Entscheidung auf einer ganzheitlichen Bewertung beruhen, die medizinische, logistische und wirtschaftliche Aspekte gleichermaßen berücksichtigt.

6.2 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Im nachfolgenden Abschnitt wird die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Rheinland-Pfalz analysiert. Die Darstellungen und Analysen basieren auf der nordrhein-westfälischen Definition der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“. Die Gruppierung der Fälle in dieser Leistungsgruppe erfolgt anhand des OPS-Kodes 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation).²⁰⁷

Im betrachteten Versorgungsbereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, werden Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern wie Schädel-Hirn-Trauma, Sauerstoffmangel im Gehirn, Hirnblutungen sowie schwersten Nervenverletzungen oder auch Rückenmarksschäden behandelt. Die neurologische Frührehabilitation der Phase B stellt die Schnittstelle in der Behandlung zwischen der Behandlung auf der Intensivstation in Akutkrankenhäusern (Phase A) und der (weiterführenden) Rehabilitation (Phase C) dar.²⁰⁸

Die folgende Tabelle 16 gibt einen Überblick über die wesentlichen Kennzahlen zur Analyse der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, die in den folgenden Abschnitten sukzessive analysiert und interpretiert werden.

²⁰⁷ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2024): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppenelemente_stand_18.03.2024.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

²⁰⁸ Bundesverband Rehabilitation (2024): Medizinische Leistungen – Neurologische Frührehabilitation – Rehabilitation von Anfang an, <https://www.bdh-reha.de/de/themen/medizinische-leistungen-neurologische-fruehrehabilitation.php>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Tabelle 16: Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Betrachtungsjahr 2023²⁰⁹

LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	1.486 Fälle
Ø Verweildauer	rund 52,8 Tage
Notfallanteil ²¹⁰	rund 11 %
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ²¹¹	40 Minuten
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ²¹²	90 Minuten
Ø Tatsächliche Fahrzeit ²¹³	rund 32 Minuten
Anzahl Standorte ²¹⁴	9
– VG Mittelrhein-Westerwald	2
– VG Rheinhessen-Nahe	2
– VG Rheinpfalz	2
– VG Trier	1
– VG Westpfalz	2

6.2.1 Versorgungssituation der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2023 wurden in Rheinland-Pfalz 1.486 Fälle in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ behandelt (Abbildung 32). Im Vergleich zum Jahr 2019 entsprach dies einem Zuwachs von rund 14 %. Zwischen 2020 und 2022 war ein leichter Rückgang der Fallzahlen zu verzeichnen, während sich 2023 im Vergleich zu 2022 eine klare Trendumkehr zeigte, mit einem Anstieg von mehr als 20 % beziehungsweise 250 Fällen.

Die Detailbetrachtung des Anteils der Fälle in den einzelnen Versorgungsgebieten zeigt, dass dieser im Betrachtungszeitraum Schwankungen unterlag. Besonders durch den Fallzahlaufwuchs im Versorgungsgebiet Rheinpfalz im Jahr 2023 haben sich die prozentualen Anteile der Fälle je Versorgungsgebiet in Rheinland-Pfalz stark verändert.

²⁰⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

²¹⁰ Gemäß Aufnahmearbeit „N-Notfall“ aus dem § 21-KHEntG-Datensatz.

²¹¹ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2024/400>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

²¹² Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

²¹³ Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

²¹⁴ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

Während der Anteil der in der Rheinpfalz versorgten Fälle in den Jahren 2019 bis 2021 bei 0 % lag, zeigt sich, dass dieser im Jahr 2022 auf rund 11 % anstieg und 2023 sogar auf etwa 24 % stieg, was den zweitstärksten Fallzahlanteil im Vergleich der Versorgungsgebiete darstellte. Diese Entwicklung ist auf den eigenständigen Aufbau dieser Leistungsgruppe durch einen Krankenhausstandort zurückzuführen und nicht auf eine gezielte Ausweitung dieses Leistungsangebotes im Rahmen der Krankenhausplanung. Dieser Versorger war im Jahr 2023 nominell der zweitstärkste Versorger.

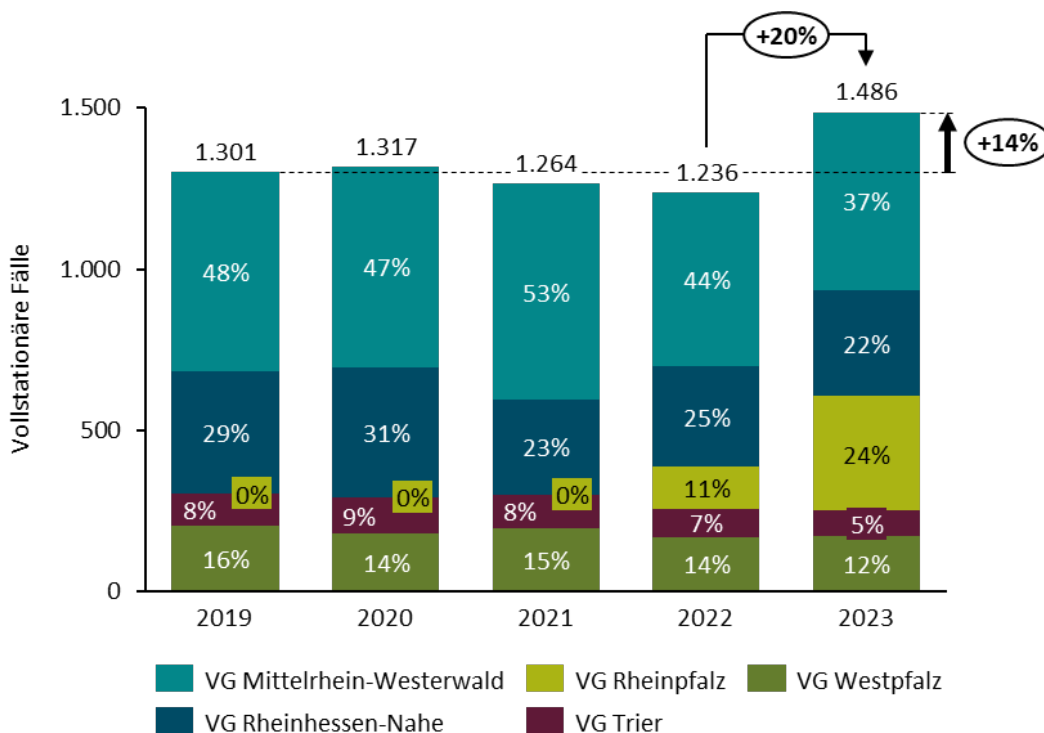


Abbildung 32: Vollstationäre Fälle in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Zeitraum von 2019 bis 2023²¹⁵

Im Bundesvergleich zeigt sich, dass Rheinland-Pfalz, gemessen an den Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner mit Wohnort im jeweiligen Bundesland, rund 7 % über dem Bundesdurchschnitt und somit im Mittelfeld liegt. Die Daten lassen vermuten, dass nicht von einer strukturellen Unterversorgung ausgegangen werden kann.

²¹⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

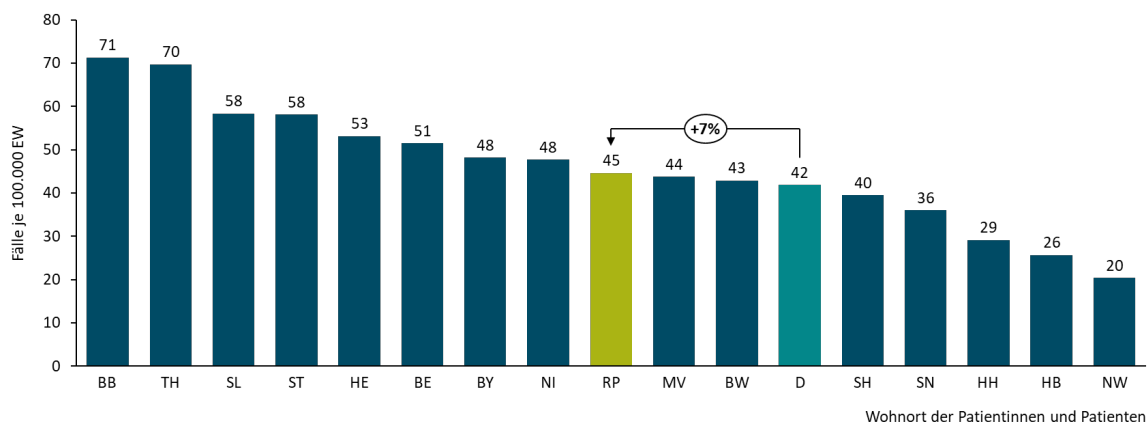


Abbildung 33: Fälle mit dem OPS 8-552 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesvergleich²¹⁶

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz verteilte sich im Jahr 2023 gemäß Abbildung 34 über das Bundesland. Die Farbkodierung zeigt, wie viele Fälle aus dem jeweiligen Postleitzahlgebiet (Landkreis) die Leistungsgruppe „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ in Anspruch genommen haben.

Die Karte verdeutlicht, dass das Fallaufkommen erwartungsgemäß standortunabhängig auftritt. Die Darstellung verdeutlicht, dass in vielen Regionen in Rheinland-Pfalz kein Fallzahlaufkommen zu erkennen ist (weiße Flächen). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgung außerhalb von Rheinland-Pfalz erfolgte, beispielsweise in den angrenzenden Bundesländern Saarland und Nordrhein-Westfalen.

²¹⁶ Eigene Darstellung auf Basis von Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Wohnort/Behandlungsort) 2023. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

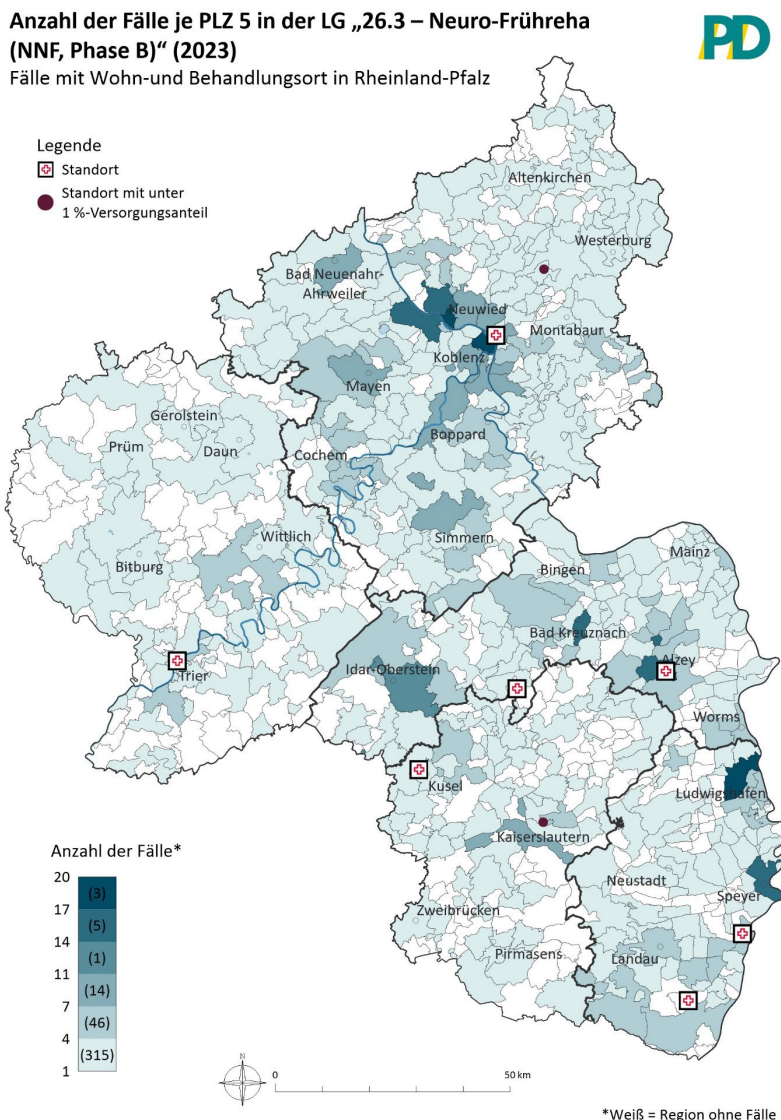


Abbildung 34: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“²¹⁷

Verweildauer

Aufgrund der Schwere der Erkrankung der Fälle dieser Leistungsgruppe werden die Patientinnen und Patienten deutlich überdurchschnittlich lange stationär versorgt. Im Jahr 2019 lag die durchschnittliche Verweildauer bei rund 51 Tagen. Bis zum Jahr 2023 ist diese um rund 3 % leicht auf rund 53 Tage angestiegen (Abbildung 35). In Leistungsgruppen mit geringen Fallzahlen und langen Verweildauern, wie der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“, können jedoch bereits wenige Fälle mit längeren Verweildauern die durchschnittliche Verweildauer der Leistungsgruppe beeinflussen.

²¹⁷Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

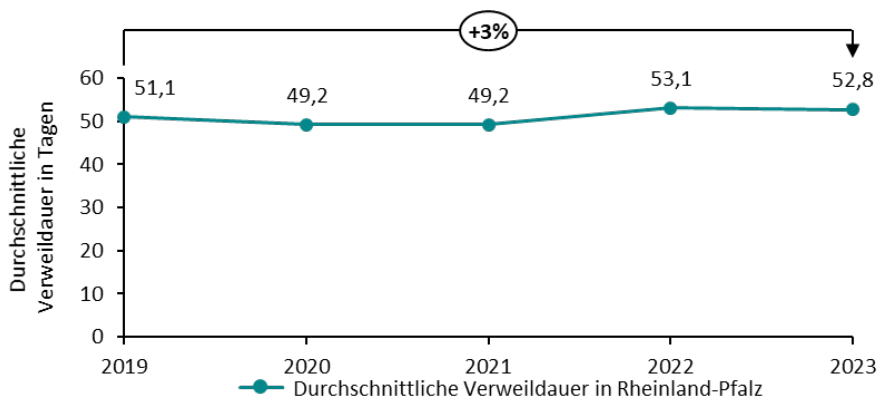


Abbildung 35: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Zeitraum von 2019 bis 2023²¹⁸

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Basierend auf den Fallzahlen aus dem Jahr 2023 zeigen die Prognoseberechnungen einen erwarteten Fallzahlzuwachs von rund 12 % bis zum Jahr 2035 (Abbildung 36). Gemäß der Prognose müssen 2035 rund 1.650 Fälle pro Jahr versorgt werden. Da aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes kein Potenzial für eine Ambulantisierung von Leistungen zu erwarten ist, sollten die stationären Behandlungskapazitäten für diese Leistungsgruppe in Rheinland-Pfalz ausgebaut werden.

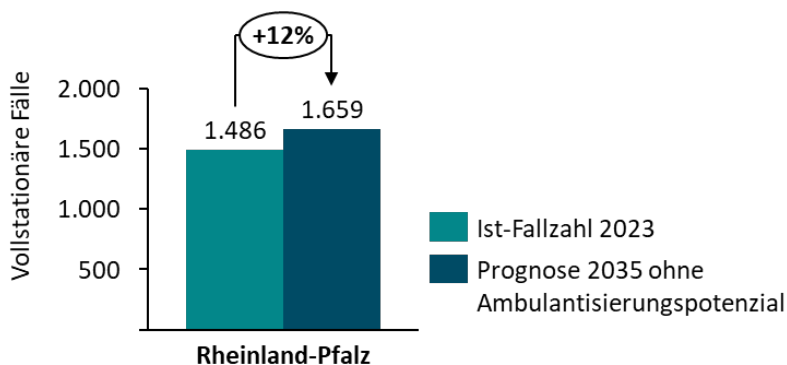


Abbildung 36: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035²¹⁹

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Die Abbildung 37 stellt die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für das Jahr 2035 in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ auf der Ebene des Wohnortes dar. Berücksichtigt wurden dabei alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz. Im Rahmen der Darstellung der Prognose wurde differenziert nach dem jeweiligen Versorgungsgebiet. Da aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes

²¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²¹⁹ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

auch hier kein Potenzial für eine Ambulantisierung der Leistungen zu erwarten ist, wurde auf diese Prognose verzichtet.

Wie auch im vorherigen Szenario (Abbildung 36), ist für 2035 ein Fallzahlenanstieg zu erwarten, der sich je nach Versorgungsgebiet unterscheidet. Der kleinste Fallzahlenanstieg findet sich in dem Versorgungsgebiet Westpfalz mit rund 10 %. Der größte Fallzahlenanstieg bis 2035 findet sich im Versorgungsgebiet Trier mit rund 15 %.

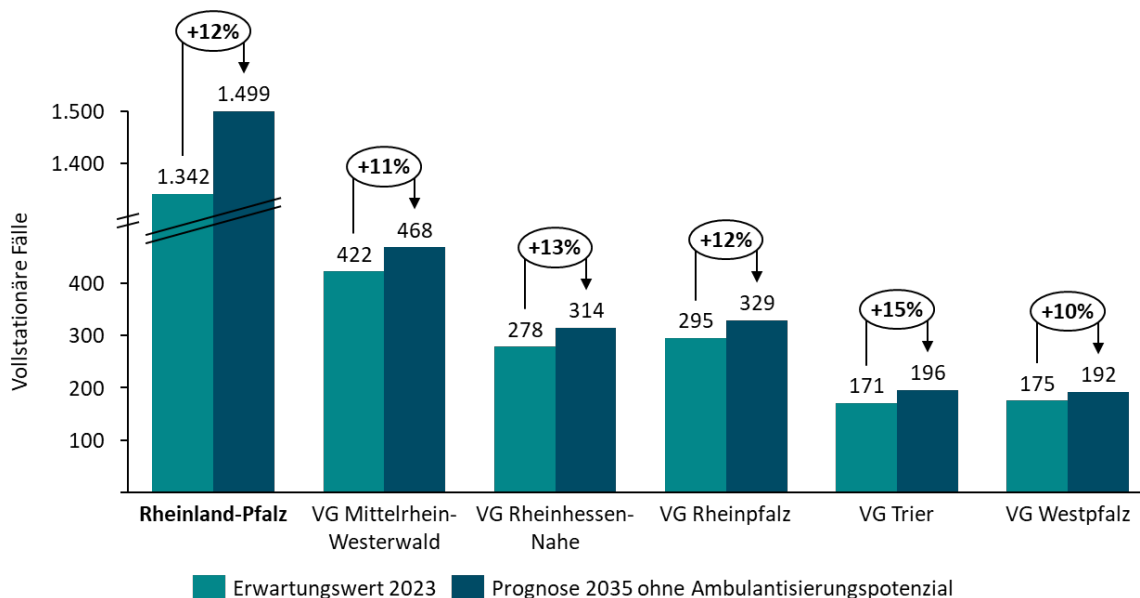


Abbildung 37: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035²²⁰

Standorte

Im Jahr 2023 haben neun Standorte in Rheinland-Pfalz Fälle in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ behandelt, wobei nur sieben Standorte einen relevanten Versorgungsanteil aufweisen konnten. Da bei Anwendung der 1-%-Grenze auch der Standort mit der Standortnummer sieben in Abbildung 38 einen Versorgungsanteil von mehr als 1 % im eigenen Versorgungsgebiet aufweist, jedoch nur eine geringe Fallzahl von fünf Fällen im Jahr 2023 erzielt hat, sollte die 1-%-Grenze vor diesem Hintergrund hinterfragt werden. Dieser Standort stellt aufgrund der geringen Fallzahl keinen relevanten Versorger für diese Leistungsgruppe dar und kann daher nicht als „regelmäßiger Versorger“ eingestuft werden. Da es sich bei Standort Nummer 7 jedoch um einen Standort desselben Trägers wie Standort Nummer 2 handelt, ist davon auszugehen, dass es sich bei diesen Leistungen eher um Verlegungsleistungen handelt.

Im Durchschnitt haben die neun betrachteten Standorte im Jahr 2023 jeweils rund 165 Fälle pro Standort behandelt. Auffällig ist die starke Schwankungsbreite der Anzahl der Fälle je Standort. So versorgten beispielsweise die beiden fallstärksten Leistungserbringer mehr als 60 % der in Rheinland-Pfalz behandelten Fälle dieser Leistungsgruppe.

²²⁰ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz). Bei dieser Leistungsgruppe wird der dargestellte Erwartungswert für 2023 aufgrund des in Kapitel 5 beschriebenen Vorgehens zur Ermittlung des Erwartungswertes eher unterschätzt.

Die Abbildung 38 zeigt sowohl, dass der größte Versorger im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald liegt, als auch, dass in jedem Versorgungsgebiet mindestens ein Versorger zu finden ist.

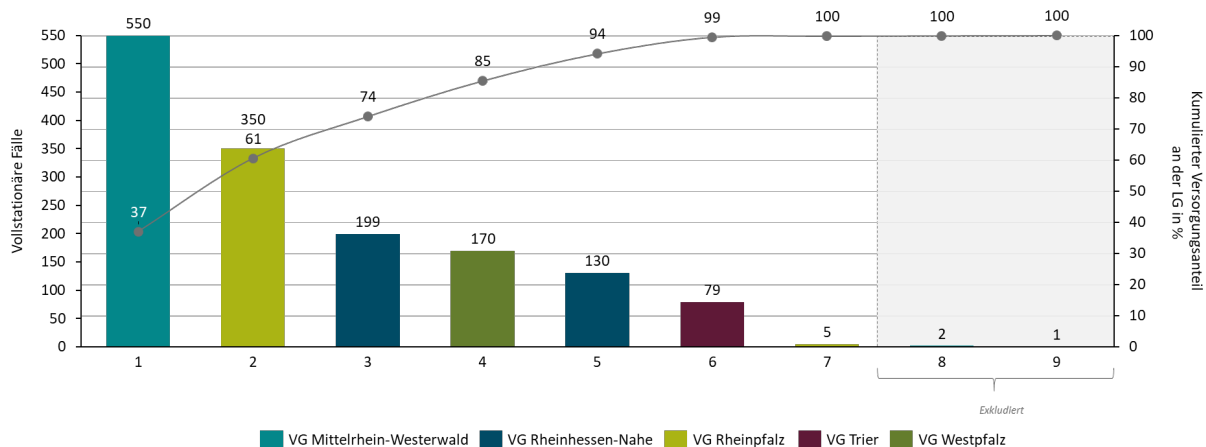


Abbildung 38: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023²²¹

Die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) geht davon aus, dass die notwendige Qualifikation eines komplexen, interdisziplinären Behandlungsteams nur bei einer ausreichend hohen Fallzahl sichergestellt und erhalten werden kann. Sie sieht eine Mindestgröße von 20 Betten als notwendig an, um diese Expertise zu gewährleisten.²²² Ausgehend von einer Auslastung von 85 % und einer durchschnittlichen Verweildauer von 53 Tagen würde sich als Mindestfall ein Richtwert von rund 120 Fällen pro Jahr ergeben. Es scheint also entsprechend fragwürdig, ob die geringen Fallzahlen des Versorgers sieben langfristig tragbar sind. Obwohl der Standort sechs mit seinen 79 Fällen zwar unter dem ermittelten theoretischen Richtwert liegt, ist dies der einzige Standort im Versorgungsgebiet Trier. Es sollte mittelfristig die Entwicklung dieses Standortes beobachtet werden, da dieser auf Basis der vorliegenden Daten seit 2019 eher rückläufige Fallzahlen zu verzeichnen hat (2019: 101 / 2023: 79). Zudem sollte geprüft werden, welche Fälle in die Bundesländer Saarland, Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen abwandern. Insbesondere bezogen auf das Bundesland Baden-Württemberg kann vermutet werden, dass viele Patientinnen und Patienten aus dem Versorgungsgebiet Rheinpfalz nach Baden-Württemberg auspendeln (Abbildung 44). Hier ist zu prüfen, ob Behandlungskapazitäten innerhalb von Rheinland-Pfalz fehlen beziehungsweise ausgebaut werden müssen. Im Umkehrschluss kann natürlich im Sinne einer bundeslandübergreifenden Krankenhausplanung die gezielte Kooperation zwischen Krankenhausstandorten bundeslandübergreifend unterstützt und gefördert werden.

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Die Abbildung 39 zeigt die durchschnittliche theoretische Fahrzeit auf, die die Bevölkerung von Rheinland-Pfalz zum nächstgelegenen Versorger, der im Jahr 2023 die LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“

²²¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

²²² Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. (2023): Vorschlag für Strukturkriterien für die Leistungsgruppe „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR)“ im Rahmen der Krankenhausreform, https://www.dgmr.de/images/pdf/230417_Manteltext_Lauterbach-Kriterien_mit_Signaturen.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

erbrachte, benötigte. Dabei wurden sowohl Versorger innerhalb von Rheinland-Pfalz als auch in den angrenzenden Bundesländern berücksichtigt.

Die Verteilung der sieben Standorte mit einem Versorgungsanteil von mehr als 1 % im Jahr 2023 zeigte, dass in jedem Versorgungsgebiet mindestens ein Standort lag. In der Regel konnte die Bevölkerung in weiten Teilen von Rheinland-Pfalz den nächstgelegenen Standort in weniger als 40 Minuten erreichen. Vereinzelt traten Ausnahmen auf, wie beispielsweise an den Grenzen zu den europäischen Nachbarländern

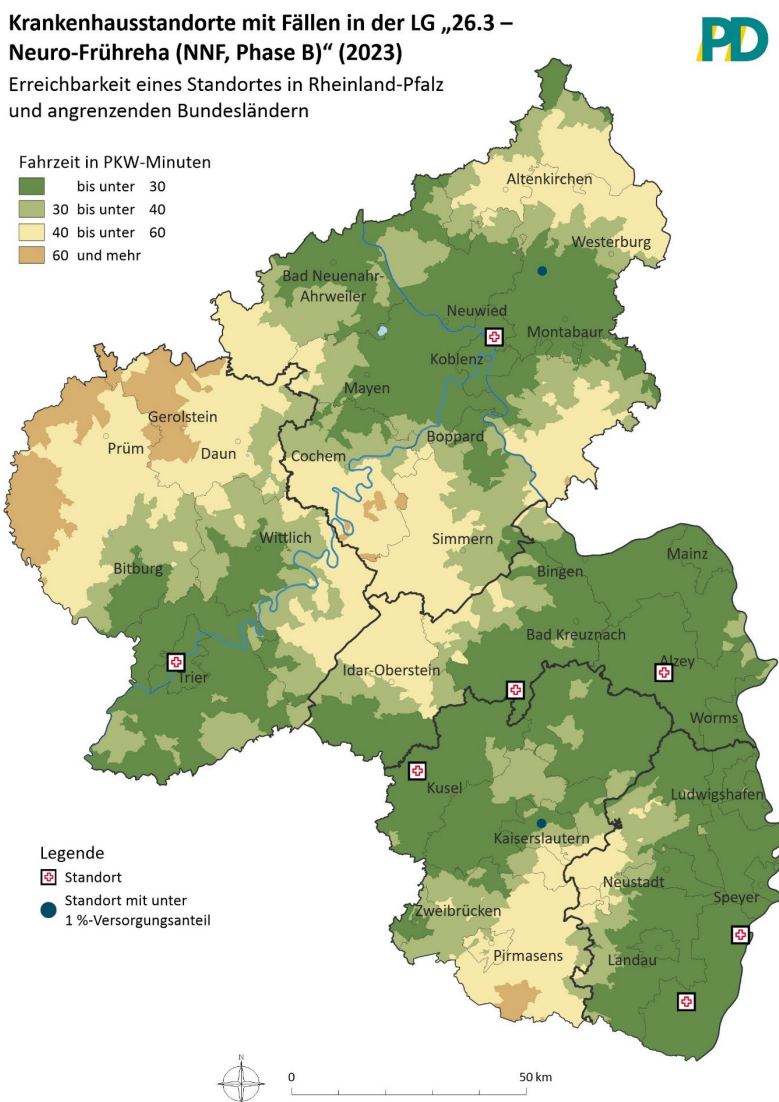


Abbildung 39: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023²²³

Die Abbildung 40 greift die zuvor kartografisch beschriebenen Erreichbarkeitsanalysen (Abbildung 39) in einer grafischen Darstellung auf. Rund 74 % der Einwohner und Einwohnerinnen konnten einen Versorger

²²³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ in weniger als 30 Minuten erreichen. Innerhalb von 40 Minuten war dies rund 88 % der Einwohnerinnen und Einwohner möglich.

Den zweitnächsten Versorger konnten in weniger als 30 Minuten 28 % der Einwohnerinnen und Einwohner erreichen. In weniger als 40 Minuten konnten hingegen theoretisch 56 % der Einwohnerinnen und Einwohner einen entsprechenden Versorger erreichen.

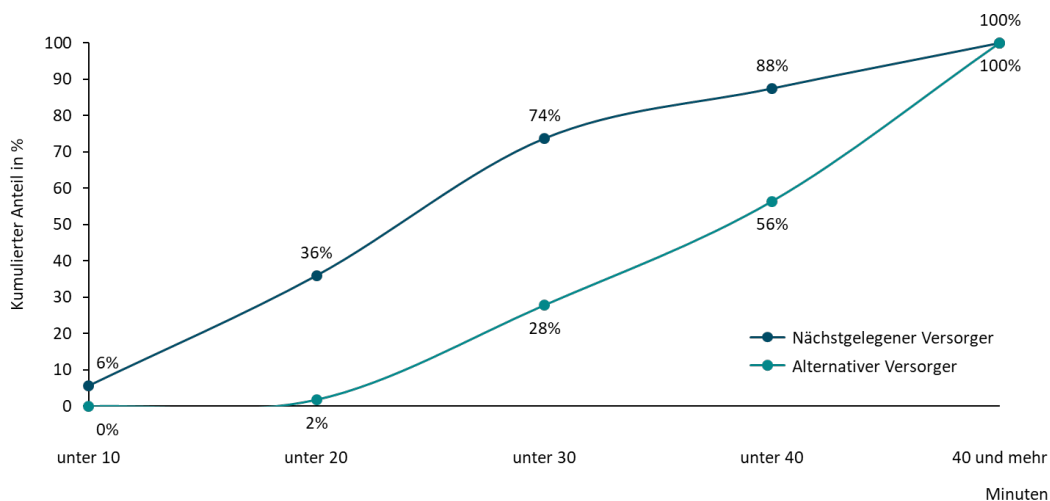


Abbildung 40: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023²²⁴

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Neben der theoretischen Fahrzeit wurde auch die tatsächliche Fahrzeit zur Komplettierung des Bildes betrachtet. Die Abbildung 41 bildet die tatsächlich durchschnittlich benötigte Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort ab.

Rund 50 % der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz haben einen Versorger im Jahr 2023 in weniger als 30 Minuten tatsächlich erreicht.

Die Abweichung zwischen der theoretischen und tatsächlichen Fahrzeit resultiert daher, dass die Patientinnen und Patienten nicht zwingend ihren geografisch nächstgelegenen Versorger aufsuchten. Dies kann auch damit begründet werden, dass möglicherweise nicht ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung standen. Weniger als 40 Minuten benötigten tatsächlich rund 73 % der Patienten und Patientinnen.

Die Abbildung 41 stellt zudem die durchschnittlichen Fahrzeiten der Patientinnen und Patienten nach Versorgungsgebieten dar. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsgebieten erkennen.

²²⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Weniger als 30 Minuten zum nächstgelegenen Versorger benötigten im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald rund 62 % der Patientinnen und Patienten. Hingegen stellte sich die Erreichbarkeit in den Versorgungsgebieten Westpfalz schlechter dar. In weniger als 30 Minuten erreichten im Versorgungsgebiet Westpfalz nur rund 23 % einen Versorger.

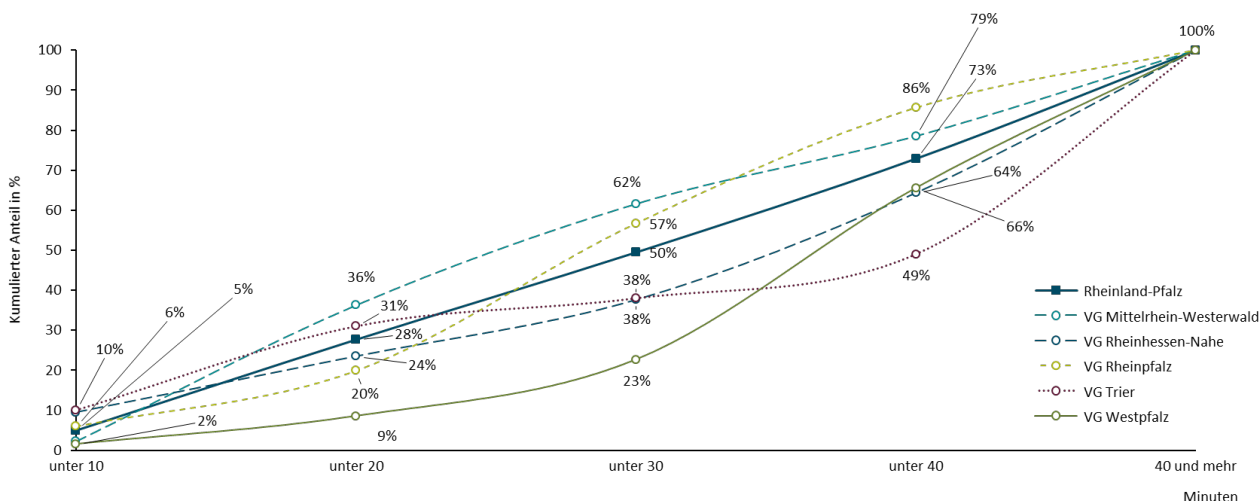


Abbildung 41: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im Jahr 2023²²⁵

Betrachtung der Wanderung von Patientinnen und Patienten innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“

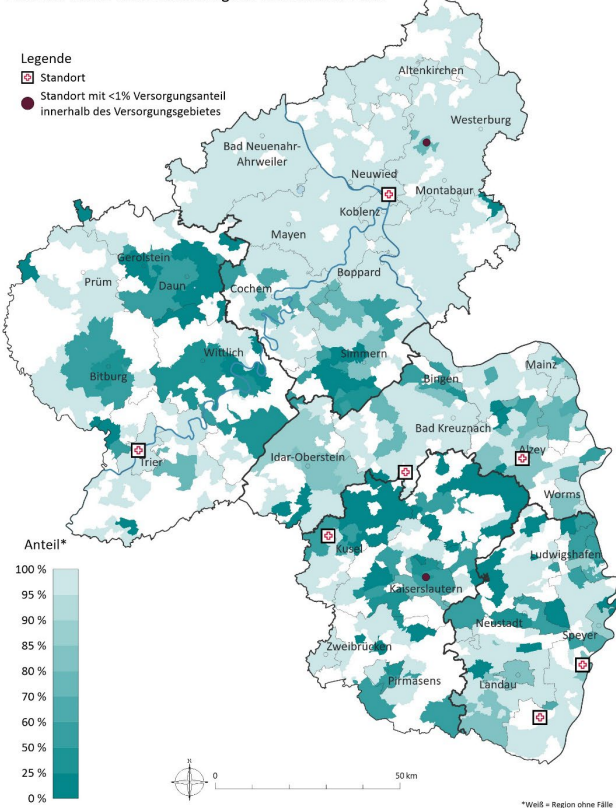
Die Abbildung 42 stellt dar, ob sich die Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet (linke Karte) beziehungsweise ihrem Landkreis (rechte Karte) haben behandeln lassen.

Die in der Abbildung 42 dargestellten Wanderungsbewegungen traten in allen Versorgungsgebieten auf, wobei das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald das Versorgungsgebiet mit den verhältnismäßig geringsten Wanderungsbewegungen darstellte. Die Wanderungsbewegungen sind auf die Lage der Standorte zurückzuführen. Da lediglich sechs Standorte mit einem entsprechenden Versorgungsanteil und einer entsprechenden Fallzahl die Leistungen der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ anbieten, sind die Patientinnen und Patienten gefordert, entsprechende Entfernungen auf sich zu nehmen, um einen Versorger zu erreichen.

Die rechte Karte der Abbildung 42 zeigt auf, dass insbesondere in Trier, Mayen-Koblenz und Germersheim Patientinnen und Patienten der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ einen Versorger innerhalb des eigenen Landkreises aufsuchten, während Patienten und Patientinnen aus den weiteren Landkreisen eher einen Versorger in anderen Landkreisen aufsuchten.

²²⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Anteil der Versorgung in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im eigenen Versorgungsgebiet (2023)
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



Anteil der Versorgung in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im eigenen Landkreis in Prozent (2023)
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

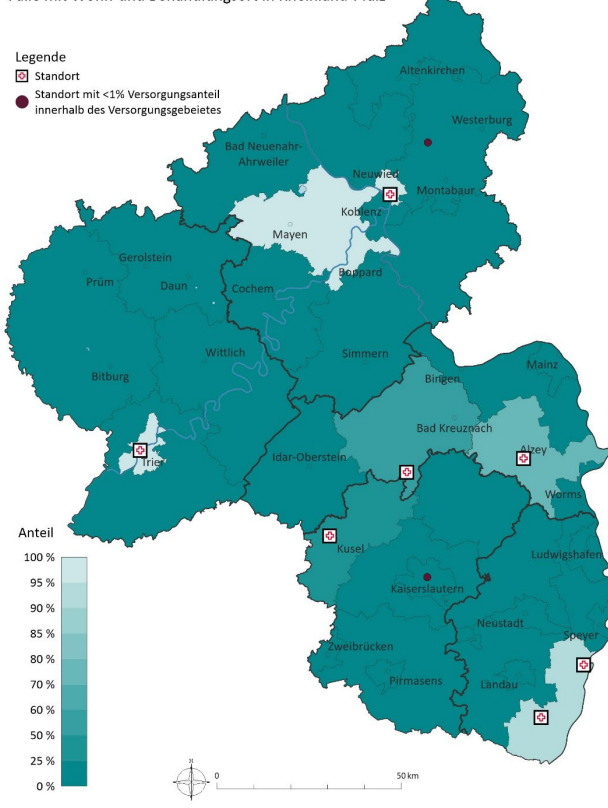


Abbildung 42: Anteil der Versorgung in der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023²²⁶

Exkurs: Auspendlerinnen und Auspendler mit dem OPS 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation)

Zusätzlich zu der Betrachtung, ob sich die Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet beziehungsweise ihrem Landkreis haben behandeln lassen, können die Auspendlerinnen und Auspendler der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ betrachtet werden. Diese Auswertung basiert auf den Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Aufgrund der hier verwendeten Datenquelle kann es im Vergleich zu den Auswertungen basierend auf den § 21-KHEntgG-Datensätze für das Jahr 2023 zu Unterschieden kommen.

Die Abbildung 43 betrachtet die Anzahl der OPS-Kodes von Fällen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, bei denen der OPS-8-552 (Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) kodiert wurde und die in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden. Hier zeigt sich, dass dies bei 1.854 Fällen im Jahr 2023 der Fall war. Von den 1.854 kodierten OPS-Kodes im Jahr 2023 wurden 1.132 in Rheinland-Pfalz behandelt, was rund 61 % entspricht. Die übrigen 722 Fälle waren zwar wohnhaft in Rheinland-Pfalz, wurden jedoch in einem anderen Bundesland behandelt. Dies würde rund 123 Betten bei einer Auslastung von 85 % entsprechen. Der Anteil dieser Auspendlerinnen und Auspendler liegt gemessen an der Gesamtfallzahl der in Rhein-

²²⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

land-Pfalz wohnhaften Patienten und Patientinnen somit bei rund 39 %. In welchem Bundesland diese Patienten und Patientinnen behandelt wurden, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend bestimmt werden.

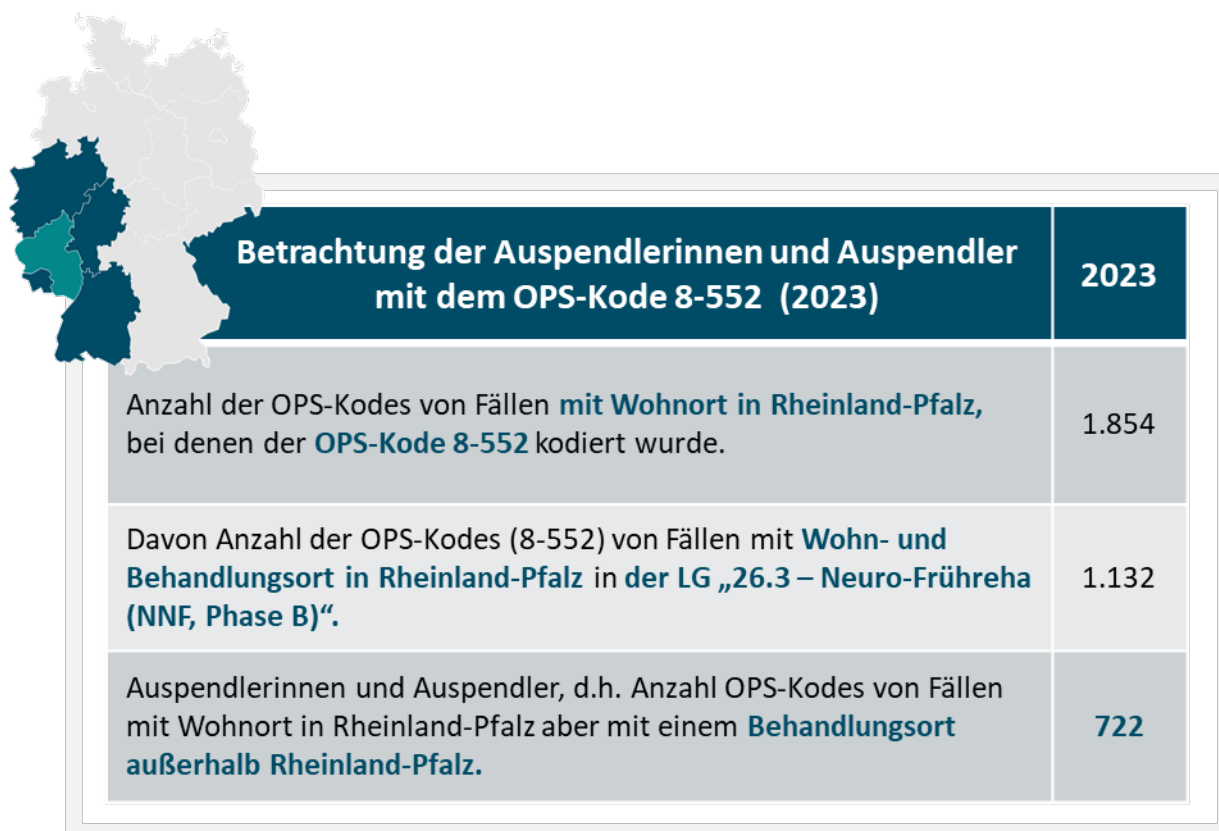


Abbildung 43: Betrachtung der Auspendlerinnen und Auspendler mit dem OPS-Kode 8-552 im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz²²⁷

Die Analyse des prozentualen Anteils der Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb von Rheinland-Pfalz mit dem OPS-Kode 8-552 bezogen auf den jeweiligen Landkreis (Abbildung 44) zeigt, dass insbesondere das Versorgungsgebiet Rheinpfalz im Jahr 2022²²⁸ von Auspendlern betroffen war. Insbesondere in den Regionen zu den angrenzenden Bundesländern zeigten sich Werte von über 70 %. Es ist naheliegend, dass die hohen Auspendlerwerte zum Aus- beziehungsweise Aufbau des entsprechenden Leistungsangebots in dieser Region beigetragen haben und in der Folge zu einer steigenden Zahl versorgter Patientinnen und Patienten in der Rheinpfalz seit 2022 geführt haben. Bei den beiden in dieser Region an der Versorgung teilnehmenden Standorten handelt es sich um Standorte des gleichen Trägers. Eine Detailanalyse zeigt, dass ein Versorger in Baden-Württemberg an der Grenze zu Rheinland-Pfalz von 2021 auf 2022 eine Steigerung der OPS-Anzahl von rund 190 verzeichnen konnte. Ob dies mit den Entwicklungen der Auspendlerinnen und Auspendler korreliert, kann hier nicht valide bestätigt werden. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz vermehrt diese Klinik in der Vergangenheit aufsuchten.

²²⁷ Eigene Darstellung auf Basis von Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Wohnort/Behandlungsort) 2023. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, zuletzt abgerufen am 13.01.2025 sowie der §21 KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2023.

²²⁸ Die entsprechenden Werte für das Jahr 2023 standen den Gutachtenden zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens noch nicht auf Kreisebene zur Verfügung.

Neben dieser Entwicklung sind weitere Gebiete wie der südliche Teil des Versorgungsgebietes Westpfalz sowie der nordöstliche Teil des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe von Auspendlern betroffen. Ähnlich verhält es sich in den Landkreisen Altenkirchen und Vulkaneifel.

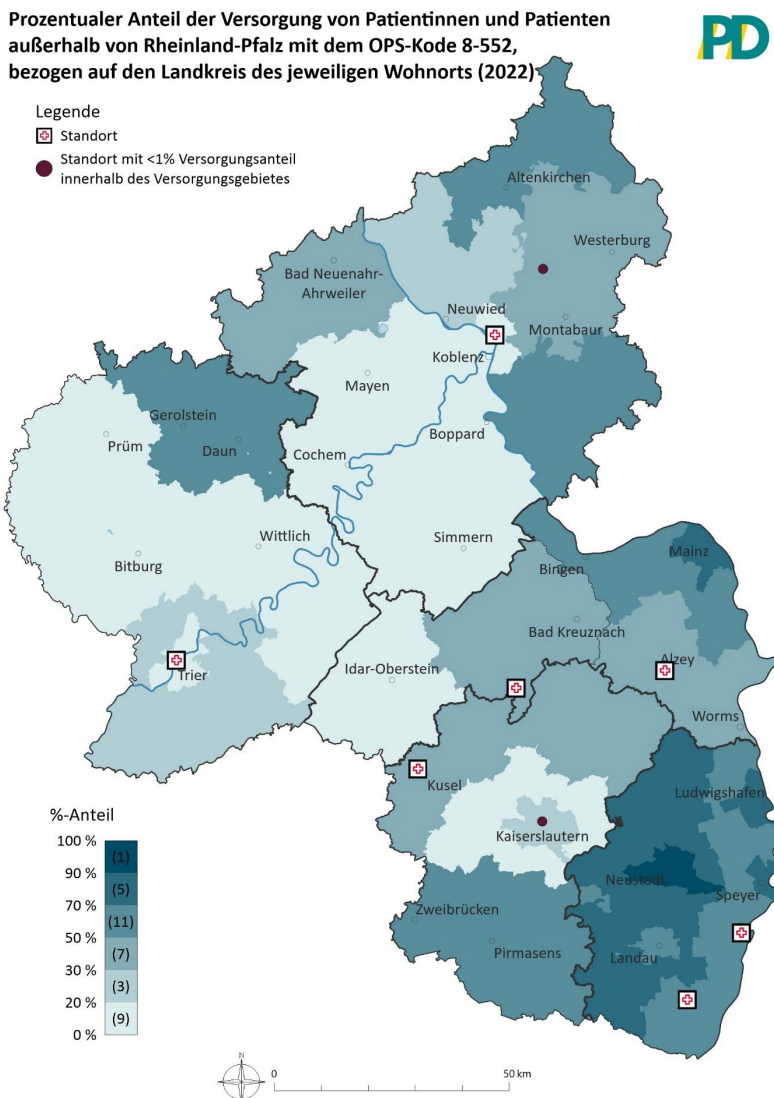


Abbildung 44: Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten außerhalb von Rheinland-Pfalz mit dem OPS-Kode 8-552, bezogen auf den Landkreis des jeweiligen Wohnorts für das Datenjahr 2022²²⁹

6.2.2 Zusammenfassung und Empfehlungen

Fälle die der LG „26.3 – Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ zuzuordnen sind, wurden 2023 an neun Standorten in Rheinland-Pfalz behandelt. Sieben dieser Standorte wiesen einen relevanten Versorgungsanteil auf, wobei an einem dieser Standorte jedoch nur eine geringe Fallzahl von fünf Fällen im Jahr 2023 behandelt wurde. Die betrachtete Leistungsgruppe war im Jahr 2023 von einem relativ geringen Notfallanteil von 11

²²⁹ Eigene Darstellung auf Basis von Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Wohnort/Behandlungsort) auf Ebene der Land- und Stadtkreise für das Jahr 2022.

% geprägt. Im Bereich der Fallzahl zeigt sich insbesondere im Vergleich zu 2022 eine starke Steigerung um rund 20 %. Diese Entwicklung ist vor allem auf den Einzelzuwachs eines Standorts zurückzuführen, der seit 2022 den Versorgungsbereich stark ausgebaut hat.

Die Erreichbarkeitsanalyse zeigt, dass die Bevölkerung im Jahr 2023 verhältnismäßig lange Fahrzeiten in Kauf nehmen musste, sodass für die Leistungsgruppe überwiegend keine wohnortnahe Versorgung in Rheinland-Pfalz gewährleistet war. Da es sich bei der neurologischen Frührehabilitation jedoch in der Regel um eine planbare Behandlung nach einem Akutereignis wie beispielsweise einem Schlaganfall handelt, können längere Fahrzeiten als vertretbar angesehen werden. In der Fachliteratur wird als Erreichbarkeitsgrenze etwa eine Fahrzeit von 90 Minuten genannt.²³⁰

Bezogen auf die Fallzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesvergleich lag Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 eher im Mittelfeld. Zudem war der Anteil der Fälle, die nicht im eigenen Bundesland behandelt wurden, in Rheinland-Pfalz mit rund 39 % recht hoch. Ob diese Entwicklung darauf zurückzuführen ist, dass im eigenen Bundesland kein ausreichendes Behandlungsangebot vorhanden war, kann im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht abschließend überprüft werden. Dennoch zeigen erste Analysen, dass ein Großteil dieser Patientinnen und Patienten beispielsweise in den Nachbarbundesländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen behandelt wurden. Es sollte jedoch eine detaillierte Prüfung erfolgen, an welchen Standorten außerhalb von Rheinland-Pfalz diese auspendelnden Patientinnen und Patienten behandelt werden und ob es gegebenenfalls sinnvoll sein könnte, einen Versorger im eigenen Bundesland zu stärken oder neu aufzubauen. Dabei wäre zu berücksichtigen, dass zur Versorgung aller in Rheinland-Pfalz lebenden Menschen innerhalb des eigenen Bundeslandes künftig zusätzliche Behandlungskapazitäten in Höhe von etwa 123 Betten erforderlich wären. Inwiefern hierfür das entsprechende Personal und die erforderliche Infrastruktur vorhanden sind, kann an dieser Stelle nicht abschließend geprüft werden.

Da es in Rheinland-Pfalz bezogen auf die jeweilige Fallzahl vereinzelt auch kleinere Versorger gab, kann auch eine Zentralisierung des Leistungsangebots in Erwägung gezogen werden, wie beispielsweise im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe. Allgemein sollte eine Konzentration der Leistungen auf weniger Standorte mit höheren Fallzahlen geprüft werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Leistungserbringung mit einem erhöhten Ressourcenaufwand wie beispielsweise im Personalbereich verbunden ist. Zudem liegt der empfohlene Wert bezogen auf die Erreichbarkeit bei 90 Minuten. Auch vor diesem Hintergrund könnte eine Zentralisierung beziehungsweise Konzentration auf wenige Standorte geprüft werden.

6.3 Onkologische Versorgung

Für die Betrachtung der onkologischen Versorgung sind die Leistungsgruppen gemäß der NRW-Systematik und prospektiv der Leistungsgruppen nach dem KHVVG nur unzureichend geeignet. Daher liegt der Fokus dieses Abschnitts auf der Betrachtung der Erreichbarkeit zertifizierter Zentren gemäß der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert jährlich verschiedene Krebszentren nach Organen und Organgruppen. Krebszentren sind hochspezialisierte Einrichtungen. Verschiedene Studien zeigen, dass die Behandlung in zertifizierten Zentren mit einer deutlich geringeren Mortalität²³¹ verbunden ist. Dennoch

²³⁰ Schmitt, J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, Monitor Versorgungsforschung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

²³¹ Mortalität bezeichnet die Sterblichkeit innerhalb einer bestimmten Population oder einer bestimmten Zeitspanne.

werden immer noch rund 40 % der Krebs-Patientinnen und -Patienten nicht in zertifizierten Zentren behandelt.²³² Die Tabelle 17 zeigt die Anzahl ausgewählter Krebszentren in Rheinland-Pfalz.

Tabelle 17: Krebszentren in Rheinland-Pfalz, Stichtag: 22. Oktober 2024²³³

Organkrebszentrum	Anzahl Zentren in Rheinland-Pfalz
Brustkrebszentrum	15
Darmkrebszentrum	11
Gynäkologisches Krebszentrum	6
Hautkrebszentrum	2
Kinderonkologisches Zentrum	1
Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	4
Leberkrebszentrum	1
Lungenkrebszentrum	2
Magenkrebszentrum	4
Neuroonkologisches Zentrum	2
Onkologisches Zentrum	7
Pankreaskarzinomzentrum	9
Prostatakrebszentrum	5
Viszeralonkologisches Zentrum	9

²³² Schmitt, J. et al. (2023): Krebserstbehandlung in zertifizierten versus nichtzertifizierten Krankenhäusern., Deutsches Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/233577/Krebserstbehandlung-in-zertifizierten-versus-nichtzertifizierten-Krankenhaeusern>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

²³³ Deutsche Krebsgesellschaft (2024): Oncomap, [https://www.oncomap.de/centers?selectedStates=\[Rheinland-Pfalz\]&showMap=1](https://www.oncomap.de/centers?selectedStates=[Rheinland-Pfalz]&showMap=1), zuletzt abgerufen am 23.12.2024.

6.3.1 Status quo der onkologischen Versorgung

In Rheinland-Pfalz erkranken jährlich rund 12.000 Frauen und rund 14.000 Männer neu an Krebs.²³⁴ Dabei unterscheiden sich die Häufigkeiten der einzelnen Krebsarten teilweise nach Geschlecht. Während Frauen mit Abstand am häufigsten an Brustdrüsenkrebs erkranken (rund 3.700 Neuerkrankungen im Jahr 2021), erkranken Männer am häufigsten an Prostatakrebs (rund 3.700 Neuerkrankungen im Jahr 2021). Auf Platz zwei und drei liegen jedoch bei beiden Geschlechtern Lungenkrebs und Darmkrebs, wobei die Zahl der Neuerkrankungen bei Männern leicht höher ist als bei Frauen.



Abbildung 45: Am häufigsten gemeldete Krebsneuerkrankungen von Frauen und Männern in Rheinland-Pfalz, Betrachtungszeitpunkt 2021, alle Altersgruppen ab 18 Jahren²³⁵

Im Folgenden werden die Erreichbarkeiten der Krebszentren der vier häufigsten Krebsentitäten genauer betrachtet.

Übersicht der Organkrebszentren in Rheinland-Pfalz

In der Abbildung 46 sind alle Organkrebszentren in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2024 dargestellt. Standorte, an denen mehrere Organkrebszentren abgebildet sind, entsprechen den onkologischen Zentren (siehe unten). Die meisten Organkrebszentren befanden sich im Süden von Rheinland-Pfalz in den Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe, Rheinpfalz und Westpfalz. In Trier waren zwei onkologische Zentren verortet und im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald befand sich ein onkologisches Zentrum in Koblenz. Die meisten Zentren kooperierten mit weiteren stationären und/oder ambulanten Leistungserbringern, was in der Abbildung 46 jedoch nicht darstellbar ist.

²³⁴ Krebsregister Rheinland-Pfalz (2023): Onkologie-Monitor, Anzahl der Neuerkrankungen, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologie-monitor>, zuletzt abgerufen am 03.12.2024.

²³⁵ Krebsregister Rheinland-Pfalz im Institut für digitale Gesundheitsdaten (2023): Onkologie-Monitor, Die häufigsten gemeldeten Krebsneuerkrankungen bei Frauen, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologiemonitor>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Organkrebszentren Rheinland-Pfalz (2024)

Erreichbarkeit eines nach der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentrums

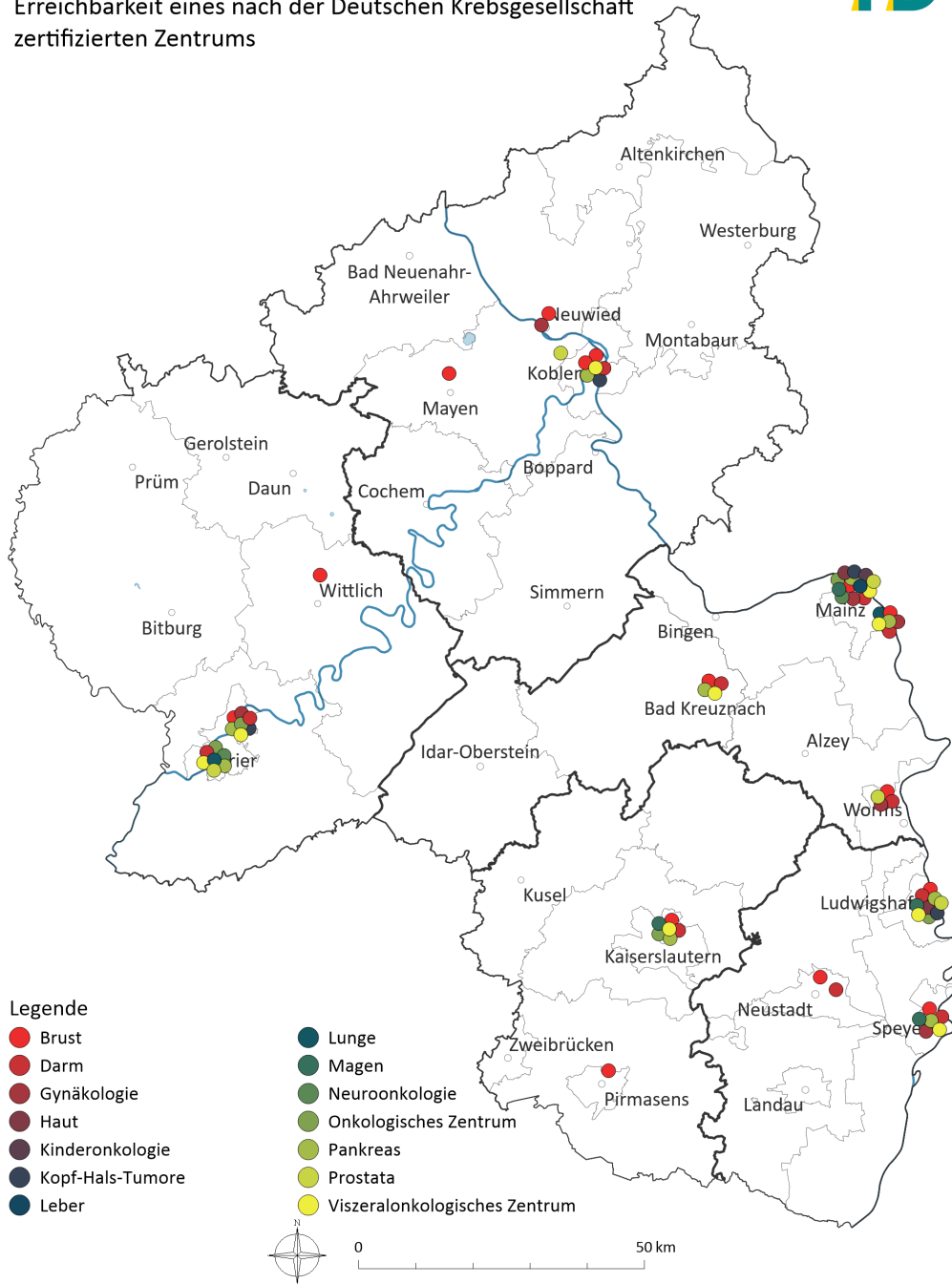


Abbildung 46: Übersicht ausgewählter Krebszentren in Rheinland-Pfalz im Jahr 2024²³⁶

²³⁶ Eigene Darstellung in Anlehnung an das Krebsregister Rheinland-Pfalz (2024): Organkrebszentren, <https://www.krebsregister-rlp.de/fuer-patienten/organkrebszentren>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024 mit Daten von OncoMap (2024), [https://www.oncomap.de/centers?selectedStates=\[Rheinland-Pfalz\]&showMap=1](https://www.oncomap.de/centers?selectedStates=[Rheinland-Pfalz]&showMap=1), zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Erreichbarkeitsanalysen ausgewählter Krebszentren inklusive angrenzender Bundesländer

Da Krebs keine akute Notfallerkkrankung ist, spielt die Fahrzeit nur eine untergeordnete Rolle. Bei den Erreichbarkeitsanalysen liegt der Schwerpunkt daher auf der Verfügbarkeit spezialisierter Zentren. Eine wohnortnahe Versorgung ist wünschenswert, jedoch hat die Behandlungsqualität oberste Priorität. Dies macht eine Konzentration der entsprechenden Zentren, insbesondere bei seltenen Krebsarten, erforderlich.

Brust

Brustkrebs ist in Deutschland die mit Abstand am häufigsten gemeldete Krebsneuerkrankung bei Frauen. Im Jahr 2021 erkrankten in Rheinland-Pfalz 3.693 Frauen und 35 Männer an Brustkrebs.²³⁷ Im Jahr 2024 gab es in Rheinland-Pfalz 15 Brustkrebszentren, die sich auf alle fünf Versorgungsgebiete gleichmäßig verteilten. Besonders gut zu erreichen war ein Brustkrebszentrum für die Einwohnerinnen und Einwohner des Versorgungsgebietes Rheinpfalz sowie in der östlichen Hälfte des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe. Hier wurden Fahrzeiten von maximal 30 Minuten benötigt. Zu dieser guten Erreichbarkeit trugen auch grenznahe Versorger in Hessen und Baden-Württemberg bei. Auch in der Westpfalz war das für die Einwohnerinnen und Einwohner am nächsten gelegene Brustkrebszentrum zumeist in weniger als 30 Minuten erreichbar.

Im Norden des Versorgungsgebietes Westpfalz sowie in der westlichen Hälfte des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe waren dagegen Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten und vereinzelt noch länger notwendig. Die längeren Fahrzeiten zogen sich bis in den Hunsrück im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald fort. Im Zentrum des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald war die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten gewährleistet. Standorte in Nordrhein-Westfalen trugen zudem zu einer guten Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Bad Neuenahr-Ahrweiler bei. Im Landkreis Altenkirchen waren jedoch Fahrzeiten über 60 Minuten bis zum nächsten Brustkrebszentrum notwendig. Im Norden des Versorgungsgebietes Trier waren ebenfalls Fahrzeiten von 40 Minuten bis über 60 Minuten in Kauf zu nehmen. In der südlichen Hälfte des Versorgungsgebietes Trier waren zwei Brustkrebszentren verortet, wodurch hier überwiegend Fahrzeiten zwischen 30 und 40 Minuten auftraten.

²³⁷ Krebsregister Rheinland-Pfalz (2023): Onkologie-Monitor, Neuerkrankungen und Sterbefälle, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologiemonitor>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

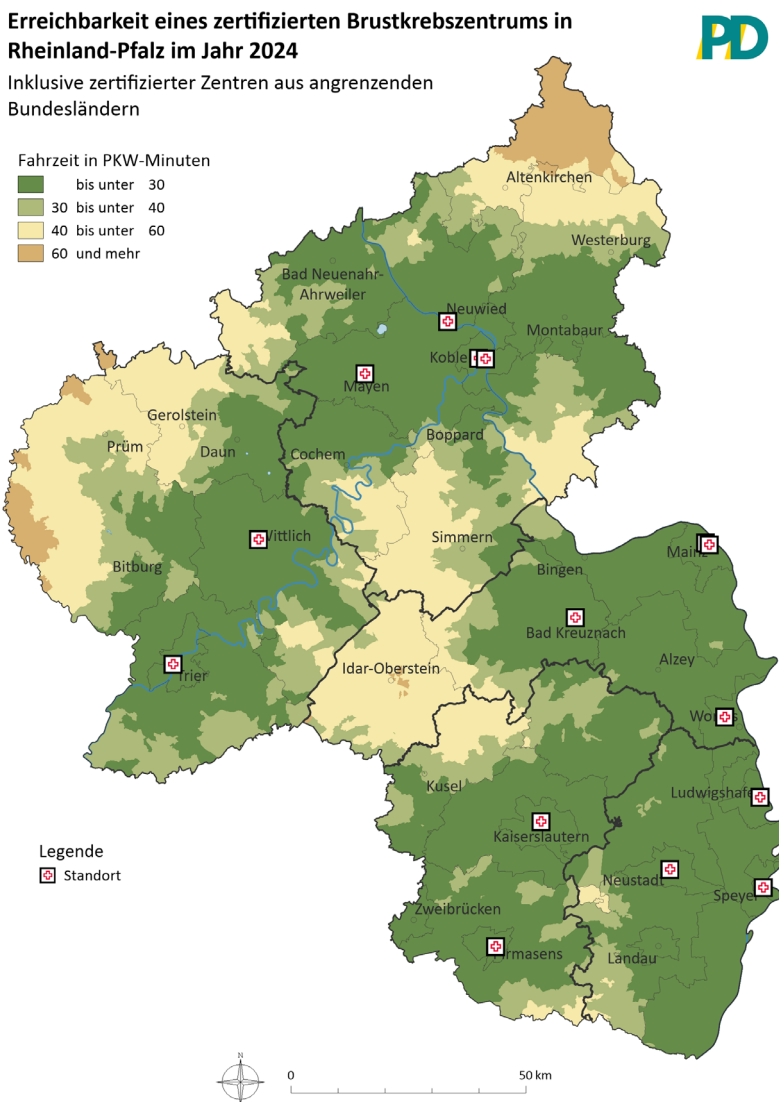


Abbildung 47: Erreichbarkeit eines zertifizierten Brustkrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024²³⁸

Prostata

Im Jahr 2021 erkrankten 3.691 Männer in Rheinland-Pfalz an Prostatakrebs.²³⁹ Von den insgesamt fünf Prostatakrebszentren in Rheinland-Pfalz (Stand 2024) befand sich je ein Zentrum in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald, Trier und Rheinpfalz. Während es im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe zwei dieser Krebszentren gab, fehlte ein solches im Versorgungsgebiet Westpfalz. Dort verbesserte ein Krankenhaus im Saarland teilweise die Erreichbarkeit eines entsprechenden Krebszentrums für in Rheinland-Pfalz lebenden Patientinnen und Patienten. Die Erreichbarkeit eines Prostatakrebszentrums in Rheinland-Pfalz war für 63 % der Bevölkerung in unter 30 Minuten Fahrzeit möglich. Auch die Landkreise Bad

²³⁸ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft (2024): Oncomap, <https://www.oncomap.de>, zuletzt abgerufen am 23.12.2024 sowie den Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

²³⁹ Krebsregister Rheinland-Pfalz (2023): Onkologie-Monitor, Neuerkrankungen und Sterbefälle, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologiemonitor>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Neuenahr-Ahrweiler und GERMERSHEIM profitierten von Versorgern in den angrenzenden Bundesländern. Wer im Landkreis Altenkirchen, im Norden des Versorgungsgebietes Trier, im Landkreis Birkenfeld und südlich von Pirmasens wohnte, musste Fahrzeiten von über 60 Minuten in Kauf nehmen.

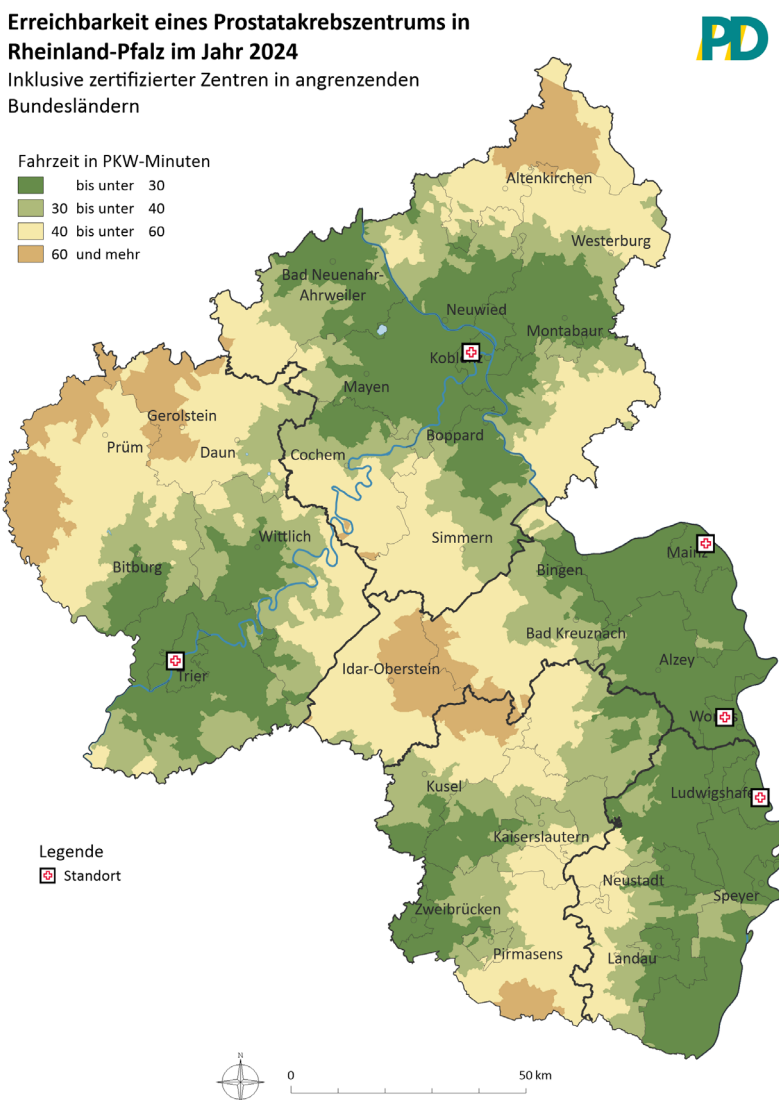


Abbildung 48: Erreichbarkeit eines Prostatakrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024²⁴⁰

Lunge

Im Jahr 2021 erkrankten in Rheinland-Pfalz 1.273 Frauen und 1.794 Männer an Lungenkrebs.²⁴¹ In Rheinland-Pfalz gibt es im Jahr 2024 zwei Lungenkrebszentren. Diese befanden sich in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Trier. Rund um Koblenz und Trier lag die Erreichbarkeit dadurch bei

²⁴⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft (2024): Oncomap, <https://www.oncomap.de>, zuletzt abgerufen am 23.12.2024 sowie den Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

²⁴¹ Krebsregister Rheinland-Pfalz (2023): Onkologie-Monitor, Neuerkrankungen und Sterbefälle, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologiemonitor>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

30 bis 40 Minuten. Durch Versorger in den Nachbarbundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg und dem Saarland konnte die Erreichbarkeit für die Einwohnerinnen und Einwohner grenznaher Gebiete – wie etwa der Landkreise Ahrweiler, Mainz-Bingen, des Rhein-Pfalz-Kreises oder von Zweibrücken – ebenfalls in unter 40 Minuten gewährleistet werden. Von einer Fahrzeit von über 40 Minuten bis zum nächsten Lungenkrebszentrum waren rund 25 % der Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz betroffen.

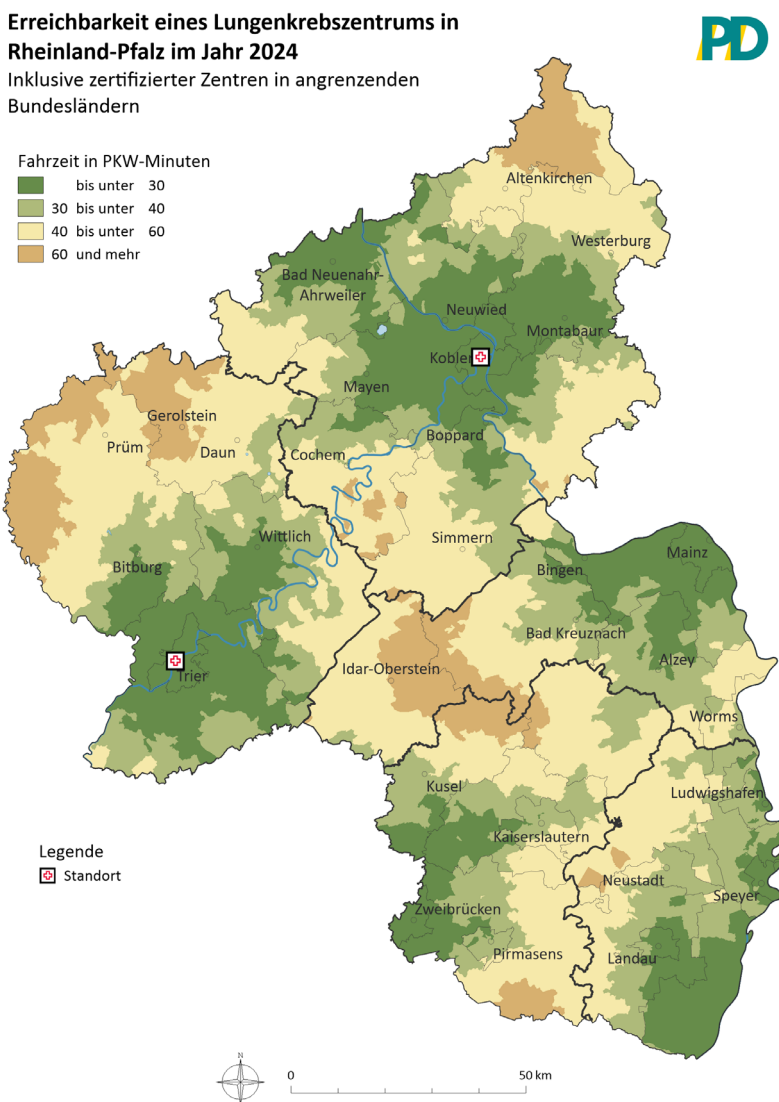


Abbildung 49: Erreichbarkeit eines Lungenkrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024²⁴²

²⁴² Eigene Darstellung auf Basis der Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft (2024): Oncomap, <https://www.oncomap.de>, zuletzt abgerufen am 23.12.2024 sowie den Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Darm

Im Jahr 2021 erkrankten in Rheinland-Pfalz 1.228 Frauen und 1.478 Männer an Darmkrebs.²⁴³ Von den elf Darmkrebszentren in Rheinland-Pfalz befanden sich sieben in den beiden Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe und Rheinpfalz, während sich in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Westpfalz jeweils nur ein Darmkrebszentrum befand. Dementsprechend war die Erreichbarkeit eines Darmkrebszentrums im Versorgungsgebiet Rheinpfalz und der östlichen Hälfte des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe in unter 30 Minuten gewährleistet. Im Versorgungsgebiet Westpfalz lag die Erreichbarkeit durch den Standort in Kaiserslautern sowie mitversorgende Standorte im Saarland ebenfalls überwiegend bei unter 40 Minuten. In der Region Pirmasens waren Fahrzeiten von bis zu mehr als 60 Minuten notwendig. In den Landkreisen Kusel, Birkenfeld und im Rhein-Hunsrück-Kreis waren Fahrzeiten von über 40 Minuten die Regel. Im Norden des Versorgungsgebietes Trier war die Erreichbarkeit eines Darmkrebszentrums am schlechtesten. Hier waren in weiten Teilen Fahrzeiten von teilweise deutlich über 40 Minuten zur Erreichung eines entsprechenden Krebszentrums notwendig.

²⁴³ Krebsregister Rheinland-Pfalz (2023): Onkologie-Monitor, Neuerkrankungen und Sterbefälle, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologiemonitor>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Erreichbarkeit eines Darmkrebszentrums in Rheinland-Pfalz im Jahr 2024

Inklusive zertifizierter Zentren in angrenzenden Bundesländern

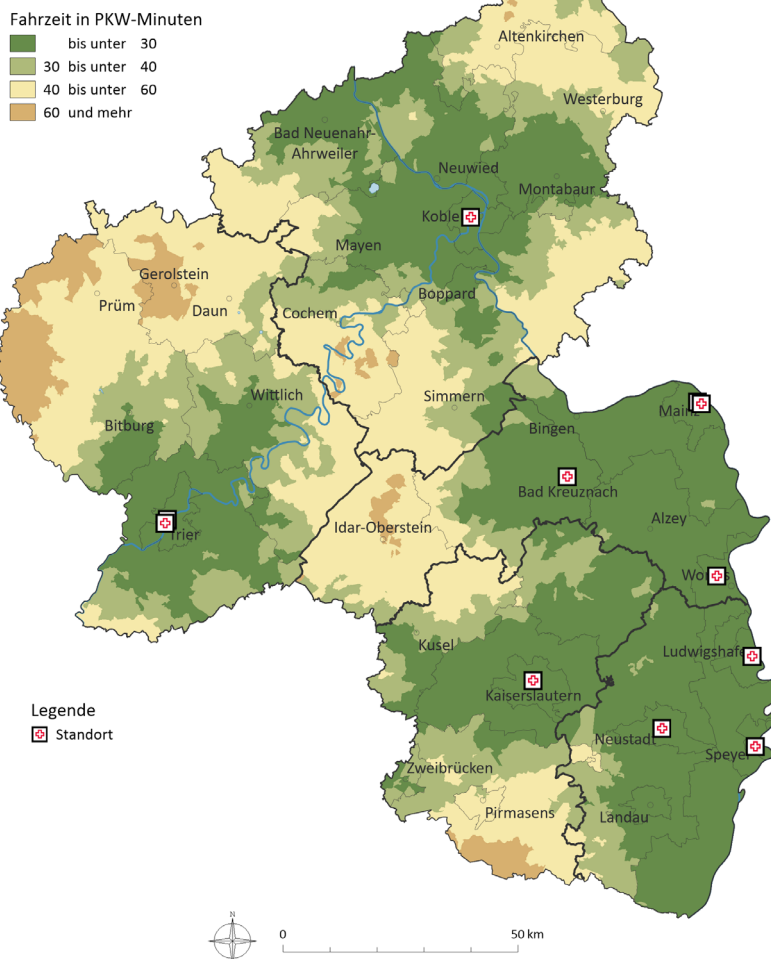


Abbildung 50: Erreichbarkeit eines Darmkrebszentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024²⁴⁴

Onkologische Zentren

In onkologischen Zentren werden im Gegensatz zu den Organkrebszentren mehrere Krebsarten behandelt. Durch die organ- und fachübergreifende onkologische Versorgung können Synergien unter den einzelnen Fachbereichen genutzt werden. Dabei müssen die onkologischen Zentren besondere fachliche Anforderungen erfüllen, um von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert zu werden.²⁴⁵ In Rheinland-Pfalz gab es im Jahr 2024 sieben onkologische Zentren, die sich relativ gleichmäßig auf die Versorgungsgebiete verteilten. Im Süden von Rheinland-Pfalz war ein onkologisches Zentrum überwiegend in unter 30 Minuten erreichbar, nur in Teilen der Landkreise Südwestpfalz und Südliche Weinstraße sind längere Fahrzeiten notwendig. Im Zentrum von Rheinland-Pfalz war ebenfalls mit längeren Fahrzeiten zu rechnen. Insbesondere im Landkreis

²⁴⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft (2024): Oncomap, <https://www.oncomap.de>, zuletzt abgerufen am 23.12.2024 sowie den Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

²⁴⁵ OnkoZert (2024): Onkologische Zentren, <https://www.onkozert.de/system/onkologische-zentren/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Birkenfeld und im Hunsrück waren teilweise Fahrzeiten von über 60 Minuten notwendig. Die Einwohnerinnen und Einwohner, die im Süden des Versorgungsgebietes Trier wohnten, konnten die beiden Standorte in Trier innerhalb von 30 Minuten erreichen. Die Bevölkerung im Norden des Versorgungsgebietes benötigte jedoch zwischen 40 und 60 Minuten, an der Grenze zu Belgien und Luxemburg teilweise über 60 Minuten. Zu Versorgern außerhalb der Landesgrenze kann keine Aussage getroffen werden. Ähnlich verhält es sich im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald. Im Landkreis Altenkirchen war das nächste onkologische Zentrum nur mit einer Fahrzeit von über einer Stunde zu erreichen. Grenznahe Standorte in den Nachbarbundesländern trugen teilweise zu einer Verbesserung der Fahrzeiten in einzelnen Landkreisen bei, wie zum Beispiel im Landkreis Ahrweiler oder der kreisfreien Stadt Frankenthal.

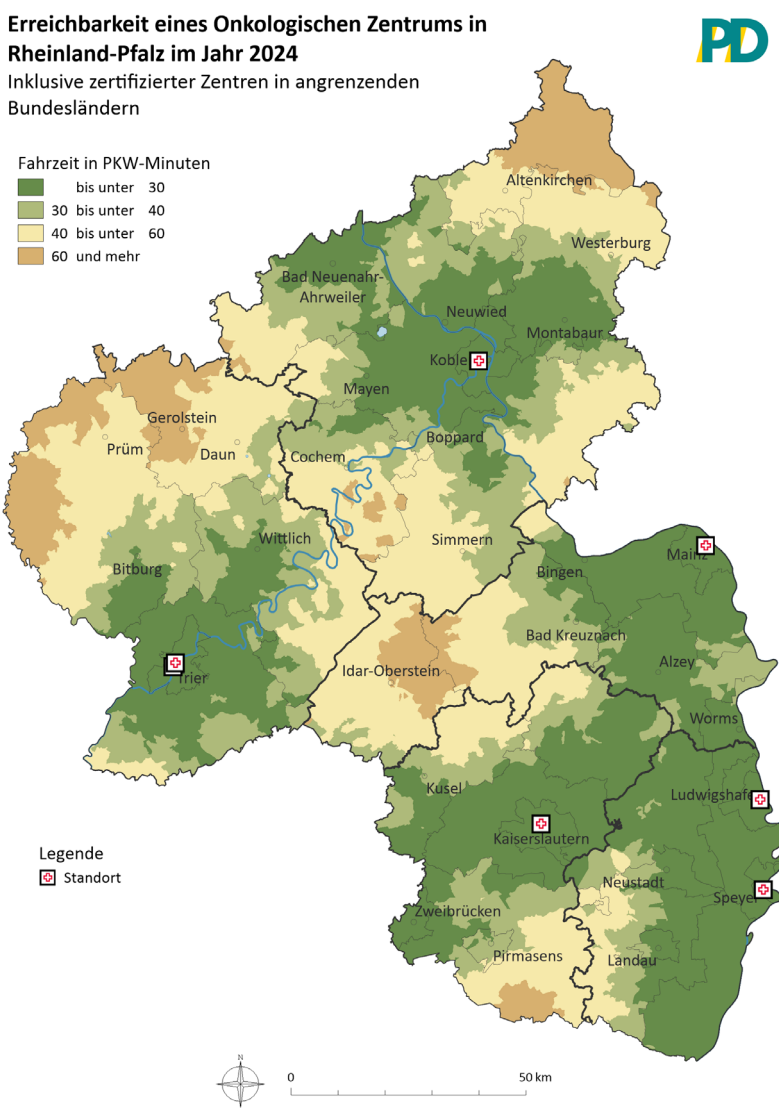


Abbildung 51: Erreichbarkeit eines onkologischen Zentrums in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024²⁴⁶

²⁴⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft (2024): Oncomap, <https://www.oncomap.de>, zuletzt abgerufen am 23.12.2024 sowie den Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

6.3.2 Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Erreichbarkeit von Krebszentren in Rheinland-Pfalz wird für den betrachteten Zeitraum überwiegend als gut bewertet, insbesondere in größeren Städten und Ballungsräumen. In ländlichen Gebieten kann sie jedoch unterschiedlich ausfallen.

Die Abdeckung im Bundesland variiert je nach Art des Krebszentrums. Insbesondere bei häufigeren Krebsarten, wie Brust- oder Prostatakrebs, war der Zugang zu zertifizierten Zentren überwiegend gewährleistet. In ländlichen Regionen, wie dem Hunsrück oder der Eifel, kam es jedoch oftmals zu längeren Anfahrtswegen zu einem spezialisierten Zentrum.

Bei selteneren Krebsarten, wie Magenkrebs (738 Neuerkrankungen im Jahr 2021) oder Leberkrebs (537 Neuerkrankungen im Jahr 2021)²⁴⁷, befanden sich die zertifizierten Zentren jedoch ausschließlich in Ballungsgebieten, wie Mainz, Ludwigshafen, Speyer oder Kaiserslautern (siehe Abbildung 46). Insbesondere Patientinnen und Patienten aus dem Norden des Bundeslandes müssen längere Fahrzeiten in Kauf nehmen. Längere Fahrzeiten sind jedoch grundsätzlich vertretbar, da der Therapieerfolg insbesondere bei komplexen oder seltenen Krebserkrankungen stark mit spezialisierten Fachkenntnissen und einer hohen Behandlungsqualität in zertifizierten Krebszentren korreliert.

Zertifizierte Krebszentren kooperieren häufig in Netzwerken mit regionalen Kliniken und Praxen. Dadurch können Untersuchungen und Nachsorge wohnortnah erfolgen, während spezialisierte Therapien im Zentrum durchgeführt werden. Außerdem reduziert der Einsatz von Telemedizin die Notwendigkeit häufiger Anreisen. Sowohl die Netzwerkbildung als auch der Ausbau telemedizinischer Angebote sollten daher weiterhin aktiv durch das Land gefördert werden.

6.4 Herzmedizinische Versorgung

6.4.1 Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt

Im nachfolgenden Abschnitt wird die herzmedizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz analysiert. Einen wesentlichen Teil der herzmedizinischen Versorgung stellt die Versorgung des Herzinfarktes dar. Dieser wird über die folgenden Hauptdiagnosen erfasst:

- I20 - Angina pectoris
- I21 - Akuter Myokardinfarkt
- I22 - Rezidivierender Myokardinfarkt

Von diesen Hauptdiagnosen beziehen sich die ICD-Kodes I21 und I22 primär auf einen Herzinfarkt. Die Hauptdiagnose Angina pectoris (I20) stellt häufig ein Warnsignal für einen bevorstehenden Herzinfarkt dar und wurde daher der Vollständigkeit halber ebenfalls in die Analyse einbezogen.

Die Entwicklung der Fallzahlen vollstationär versorgter Patientinnen und Patienten, bei denen eine der genannten Hauptdiagnosen kodiert wurde, ist in Abbildung 52 dargestellt. Zwischen 2019 und 2023 sind die Anzahl der entsprechenden Patientinnen und Patienten um rund 23 % von rund 23.000 Fällen auf 17.600

²⁴⁷ Krebsregister Rheinland-Pfalz (2023): Onkologie-Monitor, Neuerkrankungen und Sterbefälle, <https://onkologie-monitor.idg-rlp.de/app/onkologiemonitor>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Fälle zurückgegangen. Diese Entwicklung ist etwas überraschend, da es sich bei Herzinfarkten um Akuterignisse handelt, die nicht zu beeinflussen sind und zum Beispiel nicht durch eingeschränkte Behandlungskapazitäten während der COVID-19-Pandemie zu erklären sind. Eine abschließende Beurteilung hierzu kann im Rahmen dieses Gutachtens nicht erfolgen und bedarf einer weiteren Prüfung.

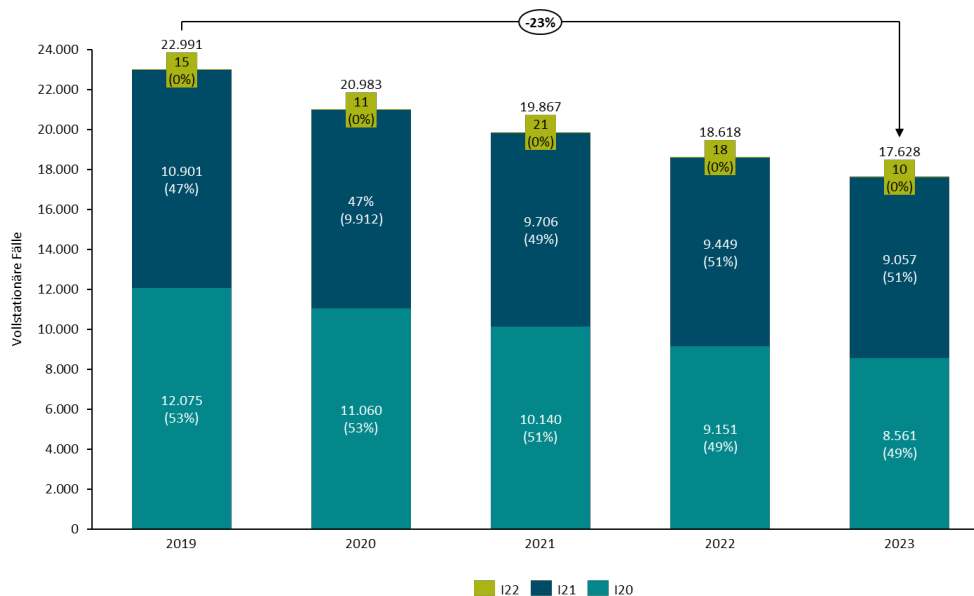


Abbildung 52: Entwicklung der vollstationären Fälle der Hauptdiagnose Herzinfarkt (I20 bis I22) zwischen 2019 und 2023²⁴⁸

Da es im Rahmen der NRW-Leistungsgruppensystematik keine explizite Leistungsgruppe des Herzinfarktes gibt, wurde einer Analyse der Fälle mit den Hauptdiagnosen I20 bis I22 hinsichtlich der Eingruppierung in die Leistungsgruppen durchgeführt. Hier zeigt sich, dass für 2023 rund 80 % der Fälle in die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ eingruppiert werden können, gefolgt von 14 % in die LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“. Aufgrund dieser Verteilung wird im Folgenden die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ vor dem Hintergrund der herzmedizinischen Versorgung schwerpunktmäßig analysiert. Zur Komplettierung des Bildes erfolgt ebenfalls im Abschnitt 6.4.4 zusätzlich eine Analyse der LG „13.1 – Herzchirurgie“. Dieser Leistungsgruppe konnten im Jahr 2023 rund 3 % der Fälle, bei denen eine der genannten Hauptdiagnosen kodiert wurde, zugeordnet werden. Zudem wurde im Rahmen dieses Gutachtens und vor dem Hintergrund der herzmedizinischen Versorgung in Rheinland-Pfalz eine Analyse der LG „08.1 – EPU / Ablation“ in Abschnitt 6.4.3 durchgeführt, da diese Leistungsgruppe spezielle Katheterverfahren zur Untersuchung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen umfasst. Die Abschnitte zur LG „08.1 – EPU / Ablation“ und zur LG „13.1 – Herzchirurgie“ werden auf Ebene der Leistungsgruppe analysiert und Empfehlungen abgeleitet.

Rund 80 % der Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt werden gemäß Tabelle 18 der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ zugeordnet, welche damit die wesentlichste Leistungsgruppe bei Herzinfarkten darstellt. Aus diesem Grund für im nachfolgenden Abschnitt der Fokus auf die Versorgungslage im Bereich der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ gelegt.

²⁴⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Tabelle 18: Eingruppierung aller Fälle mit den Hauptdiagnose I20 bis I22 nach der NRW-Leistungsgruppensystematik für das Jahr 2023²⁴⁹

Leistungsgruppe	Prozentualer Anteil der Fälle in 2023
LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“	80 %
LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“	14 %
LG „13.1– Herzchirurgie“	3 %
Sonstige Leistungsgruppen	3 %
Summe	100 %

6.4.2 Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“

Der Begriff interventionelle kardiologische Eingriffe umfasst Untersuchungen und Behandlungen mittels Herzkatheter, insbesondere bei Erkrankungen der Herzkranzgefäße. Gemäß der NRW-Leistungsgruppensystematik umfasst die genannte Leistungsgruppe Fälle mit folgenden OPS-Kodes²⁵⁰:

- 1-274 - Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
- 1-275 - Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
- 1-276 - Angiografie als selbstständige Maßnahme
- 8-837 - Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
- 8-83d - Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

Tabelle 19 stellt die wichtigsten Kennzahlen zur herzmedizinischen Versorgung in Rheinland-Pfalz anhand der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ dar, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert und analysiert werden.

Tabelle 19: Factsheet mit den wesentlichen Daten zu der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Betrachtungsjahr 2023²⁵¹

LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	32.147 Fälle
Ø Verweildauer	rund 5,3 Tage
Notfallanteil ²⁵²	rund 56 %
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ²⁵³	40 Minuten

²⁴⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

²⁵⁰ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2024): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/lg_icd_ops_2024_anpassung_cochlea.pdf, zuletzt abgerufen am 04.11.2024.

²⁵¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²⁵² Gemäß Aufnahmeanlass N-Notfall aus dem § 21-KHEntgG-Datensatz.

²⁵³ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023	
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ²⁵⁴	45 Minuten
Ø Tatsächliche Fahrzeit ²⁵⁵	rund 20 Minuten
Anzahl Standorte ²⁵⁶	51
— VG Mittelrhein-Westerwald	18
— VG Rheinhessen-Nahe	7
— VG Rheinpfalz	11
— VG Trier	8
— VG Westpfalz	7

6.4.2.1 Versorgungssituation im Bereich der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2023 wurden in Rheinland-Pfalz mehr als 32.000 Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ behandelt (Abbildung 53). Im Vergleich zum Jahr 2019 entspricht dies einem Rückgang von rund 13 %. Der größte Rückgang wurde von 2019 auf 2020 beobachtet. Nach einer leichten Erholung von 2020 bis 2021 sind die Fallzahlen in den darauffolgenden Jahren kontinuierlich zurückgegangen, und erreichten im Jahr 2023 bezogen auf den Betrachtungszeitraum einen Tiefstand.

Dabei ist der Anteil der Fallzahlen in den jeweiligen Versorgungsgebiete relativ konstant geblieben. Den größten Anteil an der Gesamtfallzahl hatte im Jahr 2023 das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald mit rund 32 %. Den geringsten Fallzahlanteil verzeichnete das Versorgungsgebiet Westpfalz mit rund 11 %.

²⁵⁴ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

²⁵⁵ Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

²⁵⁶ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

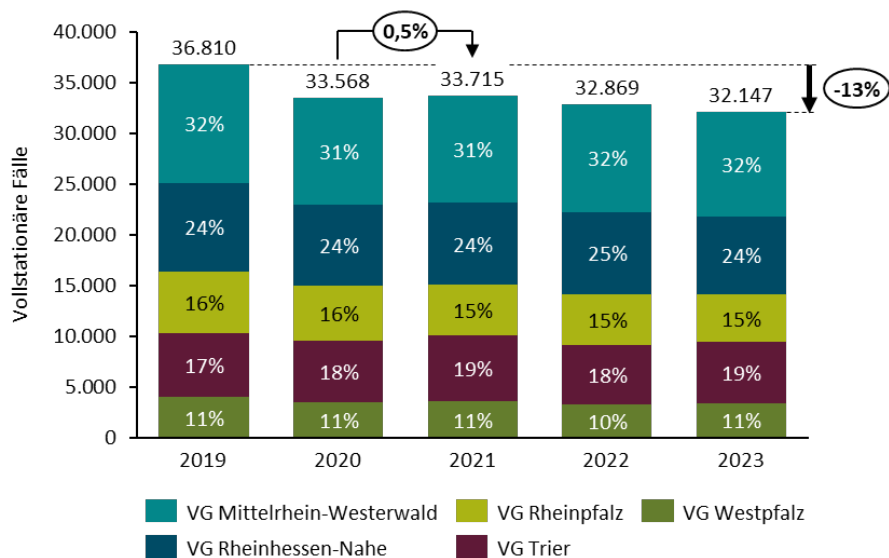


Abbildung 53: Vollstationäre Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023²⁵⁷

Die Verteilung der Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2023 zeigt Abbildung 54. Die Städte Idar-Oberstein und Zweibrücken stellten im Jahr 2023 die Städte mit dem höchsten nominellen Fallzahlaufkommen dar.

²⁵⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

**Anzahl der Fälle je PLZ 5 in der
 LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ (2023)**
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

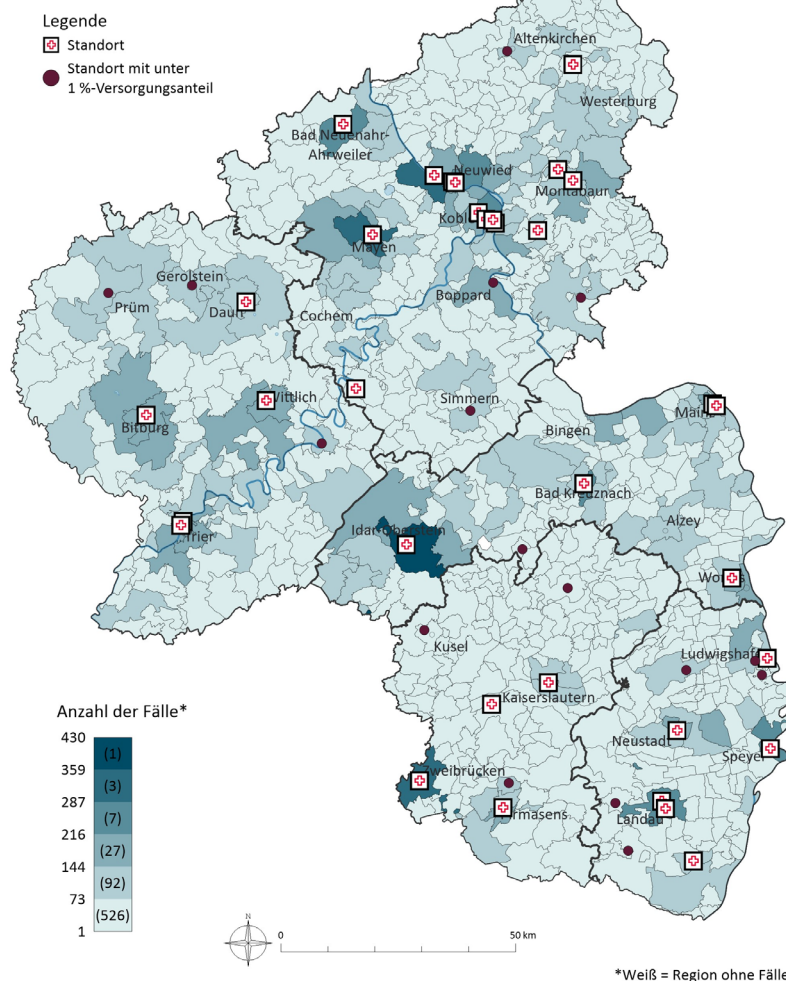


Abbildung 54: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“²⁵⁸

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten und Patientinnen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ reduzierte sich im Betrachtungszeitraum zwischen den Jahren 2019 und 2023 um rund 5 % (Abbildung 55). Im Jahr 2019 lag diese bei rund 5,6 Tagen. Im Jahr 2023 waren es hingegen rund 5,3 Tage, was ein leichter Rückgang von rund 0,3 Tagen im Vergleich zum Jahr 2019 darstellt.

²⁵⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

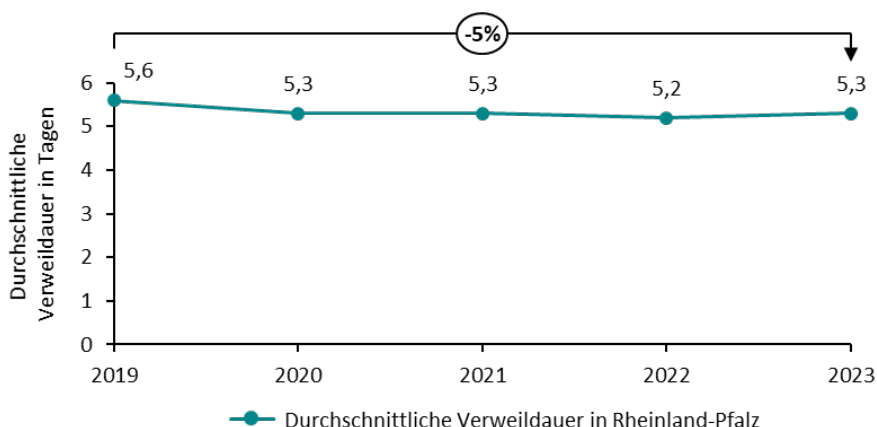


Abbildung 55: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023²⁵⁹

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ auf Ebene des Behandlungsortes Rheinland-Pfalz zeigt ohne die Berücksichtigung etwaiger Ambulantisierungspotenziale für das Jahr 2035 einen Fallzahlenanstieg von rund 11 % (Abbildung 56). Eine gegenläufige Entwicklung zeigt sich in der Prognosebetrachtung inklusive Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials. Hierbei wäre laut der Prognoseberechnung ein Fallzahlrückgang von rund 32 % zu erwarten. Das vergleichsweise hohe Ambulantisierungspotenzial dieser Leistungsgruppe resultiert aus der eher niedrigen Verweildauer und der darauf aufbauenden methodischen Ermittlung der Prognose. Ob dieses Ambulantisierungspotenzial tatsächlich realisiert werden kann, hängt auch von den vorhandenen Strukturen der Krankenhäuser und ambulanten Einrichtungen ab. So ist nicht auszuschließen, dass entsprechende Strukturen fehlen, um die Patientinnen und Patienten nach der Intervention in einer adäquaten ambulanten Struktur zu versorgen oder zu überwachen. Zudem obliegt die Risikoabschätzung für die Durchführung einer ambulanten Versorgung immer dem Arzt beziehungsweise der Ärztin und ist abhängig von der individuellen Situation des Patienten beziehungsweise der Patientin. Das vermeintlich hohe Ambulantisierungspotenzial sollte daher mit Vorsicht betrachtet werden. Zudem bleibt abzuwarten, ob bei elektiven Untersuchungen nicht invasive Diagnostikverfahren wie beispielsweise das Koronar-CT²⁶⁰ sich weiter etablieren.

²⁵⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²⁶⁰ Computertomografie (CT).

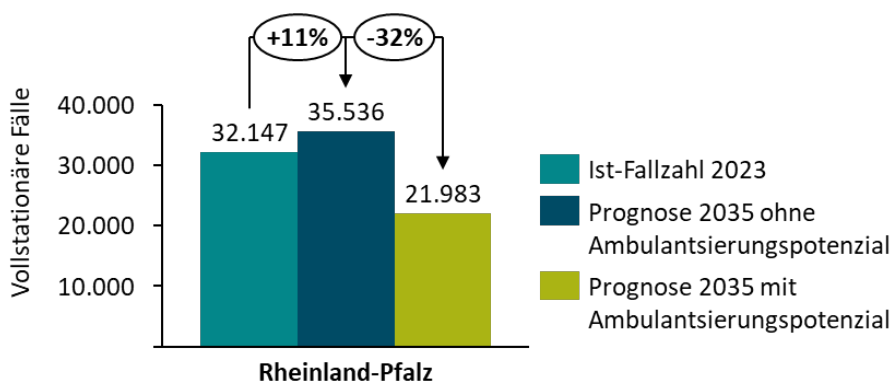


Abbildung 56: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ mit und ohne Ambulantsierungspotenzial für das Jahr 2035²⁶¹

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Abbildung 57 stellt die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für das Jahr 2035 in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ auf Ebene des Wohnortes dar. Berücksichtigt wurden dabei alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz. Differenziert wurde zum einen nach dem jeweiligen Versorgungsgebiet und zum anderen nach Prognose mit und ohne Ambulantsierungspotenzial.

Wie auch im vorherigen Szenario (Abbildung 56) ist für 2035, ohne Berücksichtigung des Ambulantsierungspotenzials, ein Fallzahlenanstieg je Versorgungsgebiet zwischen rund 8 % (Versorgungsgebiet Westpfalz) und rund 13 % (Versorgungsgebiet Trier) zu erwarten. Mit Einberechnung des Ambulantsierungspotenzials zeigt sich auch ein konträres Bild. So ist unter Einbeziehung des Ambulantsierungspotenzials ein Fallzahlrückgang je nach Versorgungsgebiet, zwischen rund 30 % (Versorgungsgebiet Trier) und rund 33 % (Versorgungsgebiet Westpfalz) zu erwarten.

²⁶¹ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

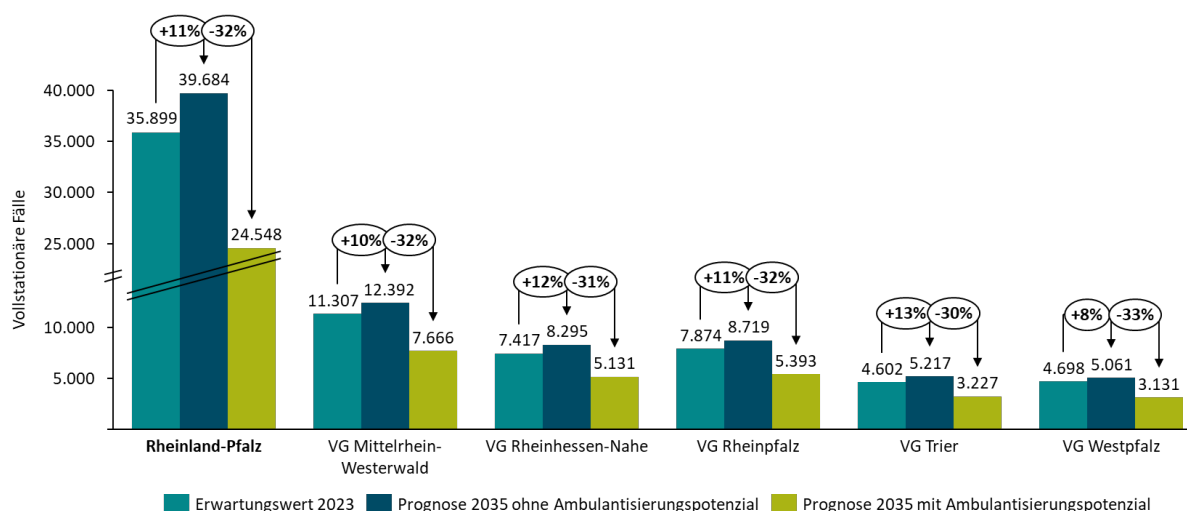


Abbildung 57: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035²⁶²

Standorte

Im Jahr 2023 haben 51 Standorte in Rheinland-Pfalz Fälle in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ behandelt, wobei nur 34 Standorte einen relevanten Versorgungsanteil (> 1 %) aufweisen konnten (Abbildung 58) und daher als Versorger betrachtet werden. Im Mittel versorgte ein Standort 630 Fälle.

Auffällig ist die starke Schwankungsbreite der Anzahl der vollstationären Fälle. So versorgten beispielsweise die zehn fallzahlstärksten Leistungserbringer mehr als 50 % der Fälle.

Die 33 fallzahlstärksten Leistungserbringer verfügten über einen Linksherzkatheter-Messplatz (LHKM). Der Standort 34 verfügte gemäß Daten aus dem strukturierten Qualitätsbericht über keinen LHKM. Es ist daher davon auszugehen, dass die Leistungen an diesem Standort als Verbringungsleistungen im Rahmen einer Verbundstruktur an einem anderen Standort erbracht wurden.

Die Standortanalyse zeigt zudem, dass die meisten Standorte im Jahr 2023 im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lagen. Der fallzahlstärkste Standort lag im Versorgungsgebiet Trier, gefolgt von dem zweitstärksten Versorger im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe sowie vom drittstärksten Versorger aus dem Versorgungsgebiet Westpfalz.

²⁶² Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

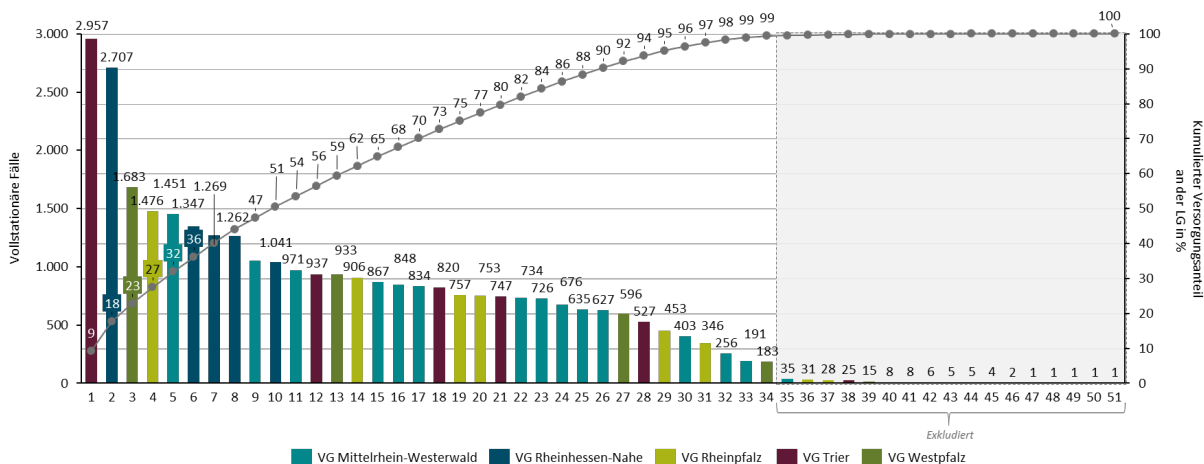


Abbildung 58: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023²⁶³

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Abbildung 59 zeigt die durchschnittliche theoretische Fahrzeit, die die Einwohnerinnen und Einwohner in Rheinland-Pfalz zum nächstgelegenen Versorger benötigten, der im Jahr 2023 die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ erbracht hat. Dabei wurden sowohl Versorger innerhalb von Rheinland-Pfalz als auch in angrenzenden Bundesländern berücksichtigt.

Die 51 Standorte, die im Jahr 2023 Leistungen aus der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ erbrachten, waren über das gesamte Bundesland verteilt. Bei der Fahrzeitermittlung wurden jedoch nur die 34 Standorte berücksichtigt, die einen Fallzahlanteil von mehr als 1 % an der Gesamtfallzahl aufwiesen. Da in jedem Versorgungsgebiet mehrere Standorte vorhanden waren, konnte in der Regel der nächstgelegene Standort in weniger als 30 Minuten erreicht werden. Vereinzelt ergaben sich Ausnahmen, wie zum Beispiel an den Grenzen zu den europäischen Nachbarländern und vereinzelt an den Grenzen des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald.

²⁶³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

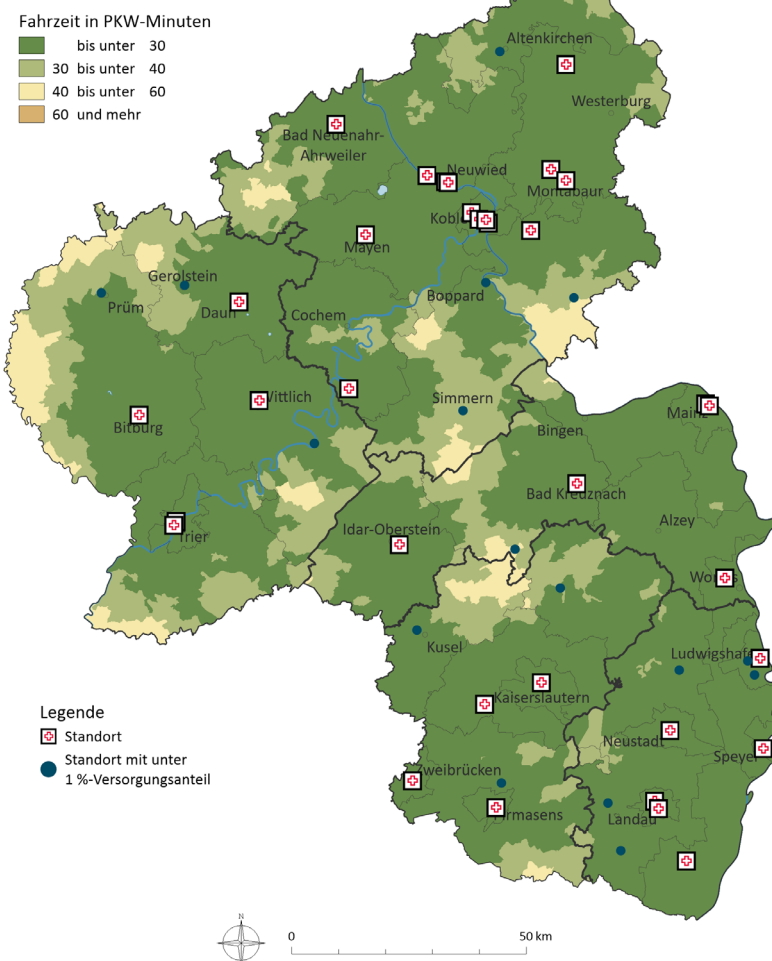


Abbildung 59: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023²⁶⁴

Abbildung 60 zeigt die theoretische Fahrzeit, die die Einwohnerinnen und Einwohner in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 benötigten, um den zweitnächsten Versorger der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ zu erreichen. Dieser wird nachfolgend als alternativer Versorger bezeichnet wird. Im Vergleich zur Analyse der Erreichbarkeit des wohnortnächsten Versorgers stieg die Anzahl der Gebiete, in denen Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten erforderlich waren, um einen Versorger zu erreichen, der im Jahr 2023 die LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ erbrachte. Insbesondere Teile des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe sowie im nördlichen und südlichen Teil des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald waren hiervon betroffen. Zudem verschlechtert sich die Erreichbarkeit für die Einwohnerinnen und Einwohner in den Grenzgebieten zu den europäischen Nachbarländern, wenn ausschließlich alternative Versorger berücksichtigt werden.

²⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ (2023)

Erreichbarkeit eines alternativen Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

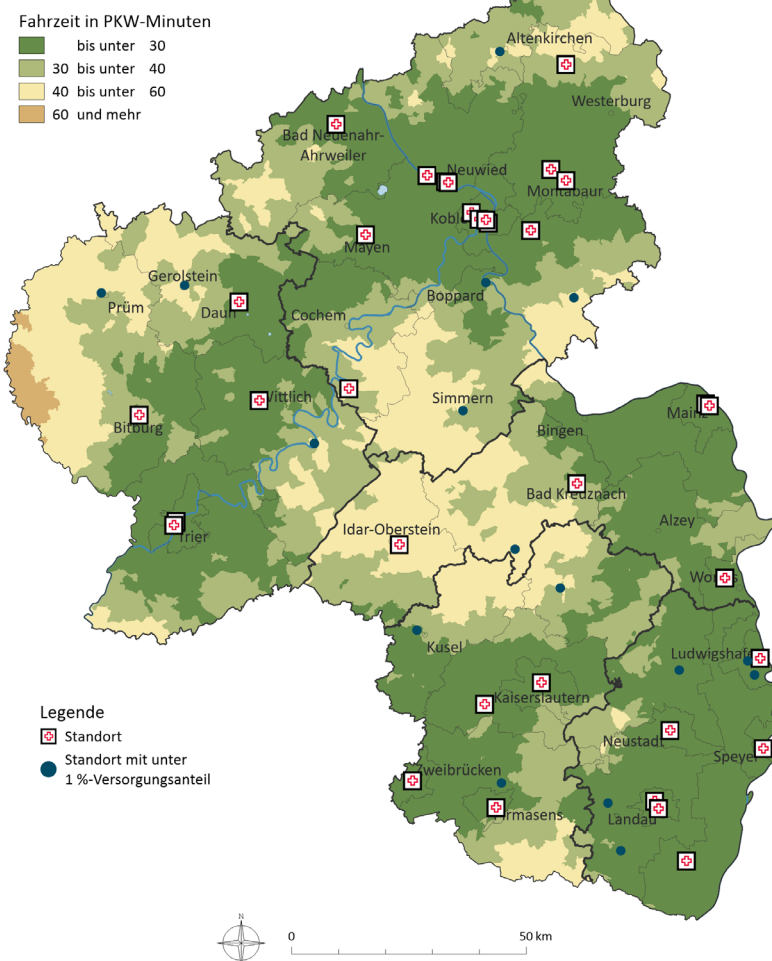


Abbildung 60: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023²⁶⁵

Exkurs: Analyse der Standorte mit einem Herzkatheterlabor

Das Vorhandensein eines Herzkatheterlabors (HKL) ist entscheidend für die medizinische Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurden daher Analysen im Kontext der Erreichbarkeit von Standorten mit einem HKL durchgeführt sowie eine Betrachtung der Höhe des Anteils von Herzinfarktpatientinnen und -patienten, die an einem Standort ohne HKL im Jahr 2023 behandelt wurden.

Abbildung 61 zeigt die Entwicklung des prozentualen Anteils der Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnose I20 (Angina pectoris), I21 (Akuter Myokardinfarkt) sowie I22 (Rezidivierender Myokardinfarkt), die im Jahr 2023 an einem Standort ohne HKL behandelt wurden.

²⁶⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Der „klassische Herzinfarkt“ wird über die Hauptdiagnose I21 abgebildet. Ein Folgeinfarkt hingegen wird über die I22 abgebildet. Von den rund 9.100 Fällen mit einer der beiden Hauptdiagnosen wurden rund 8 % beziehungsweise rund 750 Fälle in einem Krankenhaus versorgt, welches im Jahr 2023 kein HKL vorgehalten hat.

Bei den Fällen mit der Hauptdiagnose I20 handelt es sich um Patientinnen und Patienten mit einer ischämischen Herzkrankheit, die umgangssprachlich als Vorstufe zu einem Herzinfarkt bezeichnet werden kann. Von den rund 8.600 Fällen im Jahr 2023 mit dieser Hauptdiagnose wurden rund 5 % beziehungsweise rund 400 Fälle in einem Krankenhaus behandelt, das kein HKL vorgehalten hat.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die mit einer der drei genannten Hauptdiagnosen an einem Standort ohne HKL versorgt wurden, ist im Betrachtungszeitraum 2019 bis 2023 stetig gesunken. Während dieser Anteil im Jahr 2019 bei rund 10 % lag, verringerte sich dieser bis zum Jahr 2023 auf rund 6 %. Bezogen auf die beiden Hauptdiagnosen I21 und I22 zeigt sich, dass der Anteil der Fälle, die an einem Standort ohne HKL behandelt wurden, von rund 14 % auf rund 8 % gesunken ist, was grundsätzlich eine positive Entwicklung darstellt.

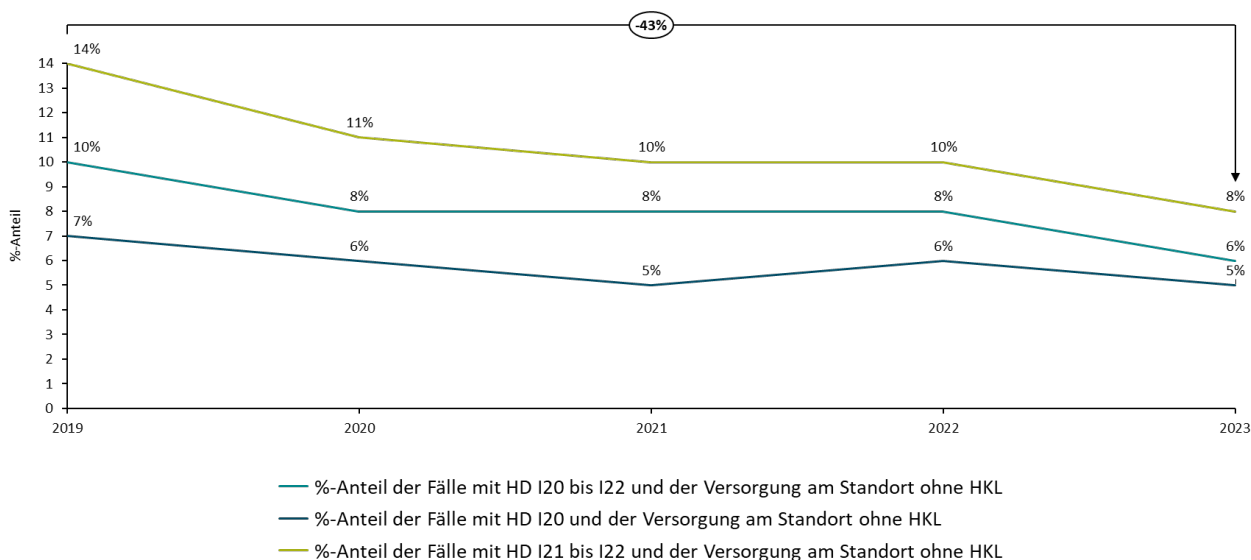


Abbildung 61: Entwicklung des prozentualen Anteils der Fälle mit den HD I20 bis I22, die an einem Standort ohne HKL behandelt wurden, für den Zeitraum 2019 bis 2023²⁶⁶

Die in Abbildung 62 dargestellte Erreichbarkeitsanalyse von Krankenhausstandorten mit einem HKL berücksichtigt Standorte innerhalb von Rheinland-Pfalz sowie in angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023. Diese sind nach der Verfügbarkeit rund um die Uhr beziehungsweise mit eingeschränkter Verfügbarkeit unterteilt. Bei dem gelb umkreisten Standort handelt es sich um einen Standort, der im Jahr 2023 geschlossen wurde. In dem rot umkreisten Standort wurden gemäß Datenanalyse deutlich über 100 transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchungen im Jahr 2023 durchgeführt, jedoch war an diesem Standort gemäß Angaben aus dem strukturierten Qualitätsbericht 2023 kein HKL vorhanden. Es ist daher davon auszugehen, dass der Standort diese Leistungen in Kooperation mit einem anderen Standort erbracht hat und die für diese Be-

²⁶⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

trachtung relevante Intervention in dem kooperierenden Standort durchgeführt wurde. Aus dem dargestellten Grund wurde dieser Standort in der folgenden Erreichbarkeitsanalyse ebenfalls nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2023 konnten die Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz einen Krankenhausstandort mit vorhandenem Herzkatheterlabor weitestgehend innerhalb von 30 Minuten erreichen. Lediglich an den Landesgrenzen kam es vereinzelt zu Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten.

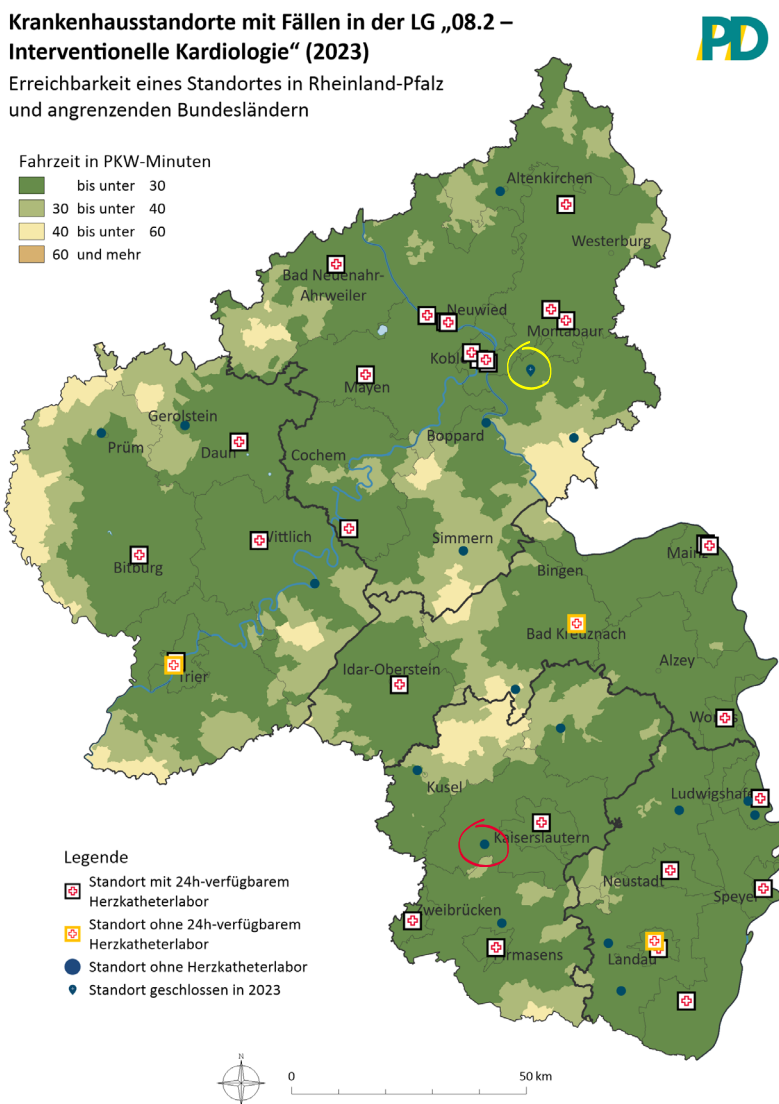


Abbildung 62: Erreichbarkeit eines Krankenhausstandortes mit Fällen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ und verfügbaren Herzkatheterlabor im Jahr 2023²⁶⁷

Im Zuge der Analyse der LG „08 - Interventionelle Kardiologie“ wurde ebenfalls die alternative Erreichbarkeit von Standorten mit Herzkatheterlabor im Jahr 2023 betrachtet. Abbildung 63 visualisiert diese Erreich-

²⁶⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

barkeitsanalyse. Allgemein zeigt sich, dass die Fahrzeiten insbesondere an den Landesgrenzen der Versorgungsgebiete Trier und Mittelrhein-Westerwald sowie in weiten Teilen des Versorgungsgebiets Rheinhesen-Nahe ansteigen würden.

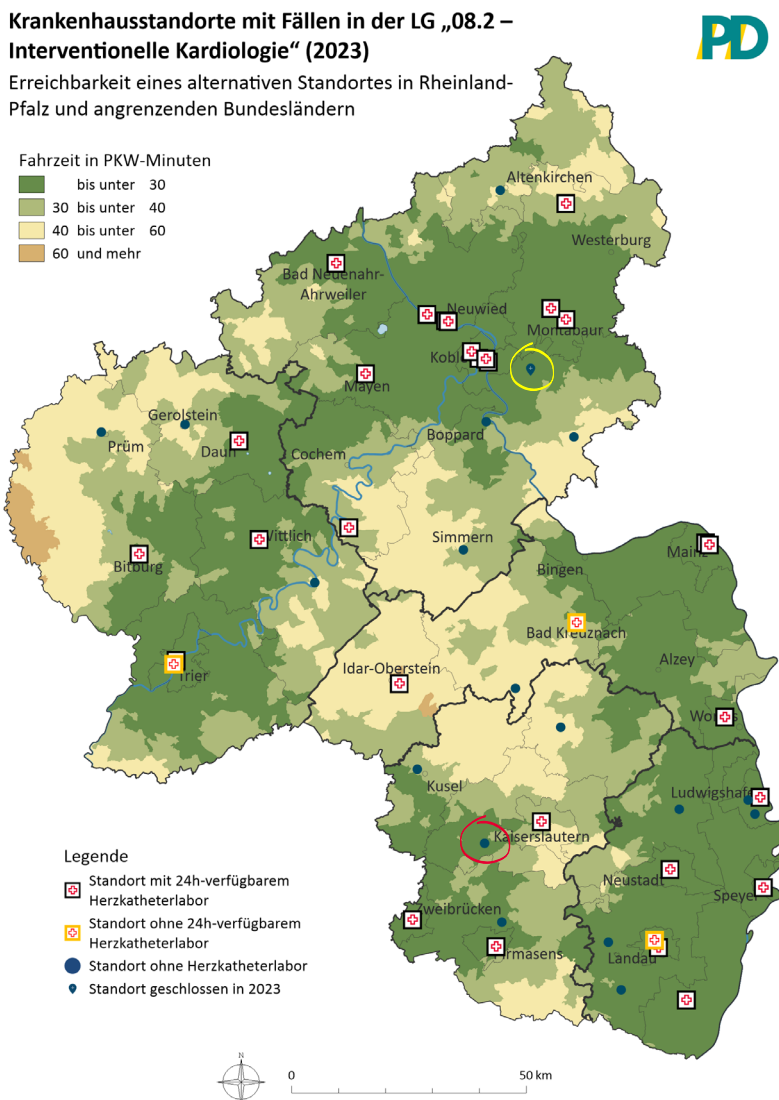


Abbildung 63: Erreichbarkeit des zweitnächsten Krankenhausstandortes mit Fällen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ und einem verfügbaren Herzkatheterlabor im Jahr 2023²⁶⁸

Abbildung 64 greift die Erreichbarkeitsanalysen (Abbildung 62 und Abbildung 63) in einer grafischen Darstellung auf. Die Analyse zeigt, dass rund 92 % der Einwohnerinnen und Einwohner einen Versorger der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ in weniger als 30 Minuten erreichen konnten. Innerhalb von 40 Minuten war dies sogar für rund 99 % der Bevölkerung möglich.

Den zweitnächsten Versorger erreichten 76 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten. Innerhalb von 40 Minuten lag der theoretische Anteil bereits bei 92 %.

²⁶⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

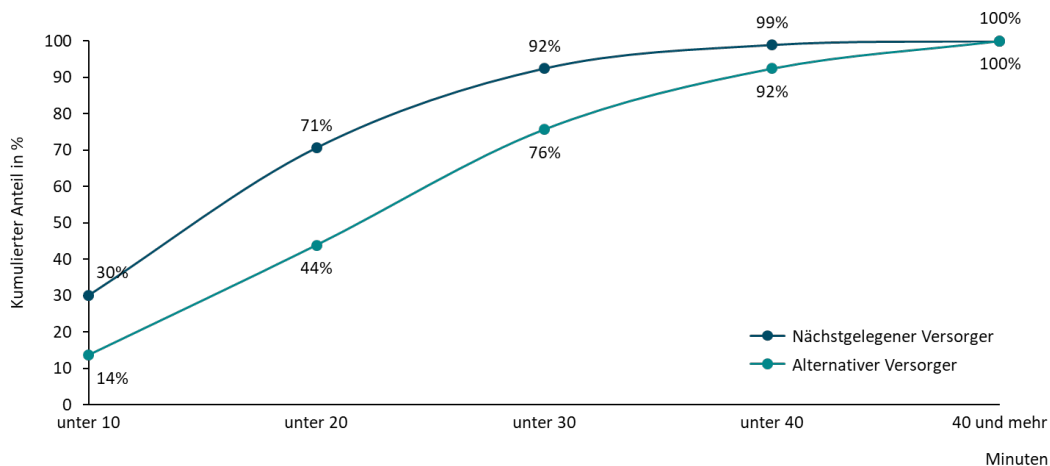


Abbildung 64: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweit-nächsten Standort mit einem Herzkatheterlabor in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023²⁶⁹

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Neben der theoretischen Fahrzeit wird auch die tatsächliche Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz betrachtet. Gemäß Tabelle 19 im Abschnitt 6.4.1 betrug im Jahr 2023 die tatsächliche durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ rund 20 Minuten. Eine Detailbetrachtung auf Versorgungsgebietsebene zeigt Abbildung 65. Hier wird die tatsächlich durchschnittlich benötigte Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort abgebildet. Zudem wurden nur Standorte betrachtet, die ein Herzkatheterlabor im Jahr 2023 vorhielten.

Rund 81 % der Patientinnen und Patienten haben einen Versorger, der im Jahr 2023 Leistungen in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ erbracht hat, in weniger als 30 Minuten tatsächlich erreicht. Im Versorgungsgebiet Rheinpfalz benötigten rund 96 % der Patientinnen und Patienten weniger als 30 Minuten zum nächstgelegenen Versorger. Im Versorgungsgebiet Reinhessen-Nahe schafften diese Fahrzeit rund 84 %. Hingegen mussten die Bewohner in dem Versorgungsgebiet Trier mehr Zeit für die Fahrt einplanen. In weniger als 30 Minuten erreichten im Versorgungsgebiet Trier nur rund 69 % einen Versorger.

²⁶⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz. Die eingekreisten Standorte aus Abbildung 62 und Abbildung 63 wurden in der Berechnung nicht berücksichtigt. Sofern die Standorte ohne ein 24h-verfügbares Herzkatheterlabor nicht berücksichtigt werden, erreichen 89 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten und 98 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 40 Minuten den nächstgelegenen Versorger.

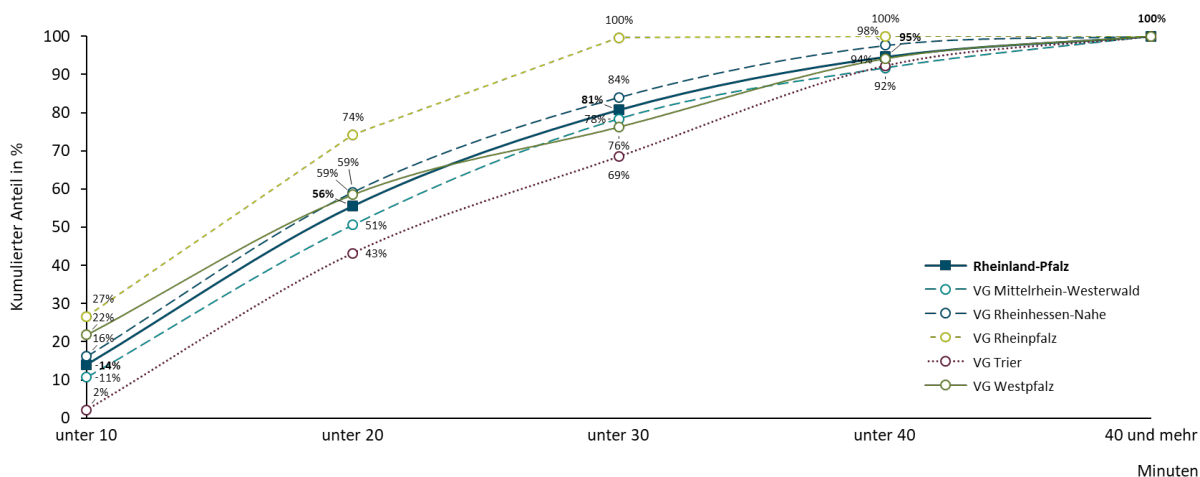


Abbildung 65: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im Jahr 2023²⁷⁰

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass im KHVVG für diese Leistungsgruppe eine Erreichbarkeitsgrenze von 40 Minuten definiert wird. In Rheinland-Pfalz wurde diese bei rund 95 % der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 eingehalten. Aus Abbildung 64 lässt sich ableiten, dass theoretisch sogar 99 % der Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz innerhalb von 40 Minuten den nächstgelegenen Versorger erreichen könnten.

Betrachtung der Wanderung von Patientinnen und Patienten innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“

Abbildung 66 stellt dar, ob sich die Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet (linke Karte) beziehungsweise ihrem Landkreis (rechte Karte) haben behandeln lassen. Bei der Analyse Karte ist zu beachten: Je heller die Fläche in den jeweiligen Regionen, desto höher der Anteil der Fälle, die sich in der Heimatregion behandelt haben lassen.

Die in Abbildung 66 (linke Karte) dargestellten Wanderungsbewegungen traten erwartungsgemäß entlang der Grenzen der Versorgungsgebiete auf. Insbesondere zwischen den Grenzen der Versorgungsgebiete Trier und Mittelrhein-Westerwald waren Pendlerbewegungen zu erkennen, ähnlich wie im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald sowie an der nördlichen Grenze zwischen den Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe und Westpfalz. Möglicherweise lag hier der nächstgelegene Versorger nicht im zugeordneten Versorgungsgebiet. In dem Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe traten vergleichsweise wenige Wanderungsbewegungen auf, was darauf schließen lässt, dass ein Großteil der Einwohnerinnen und Einwohner hier in dem eigenen Versorgungsgebiet behandelt wurde. Eine ähnliche Situation kann auch für das Versorgungsgebiet Trier beobachtet werden

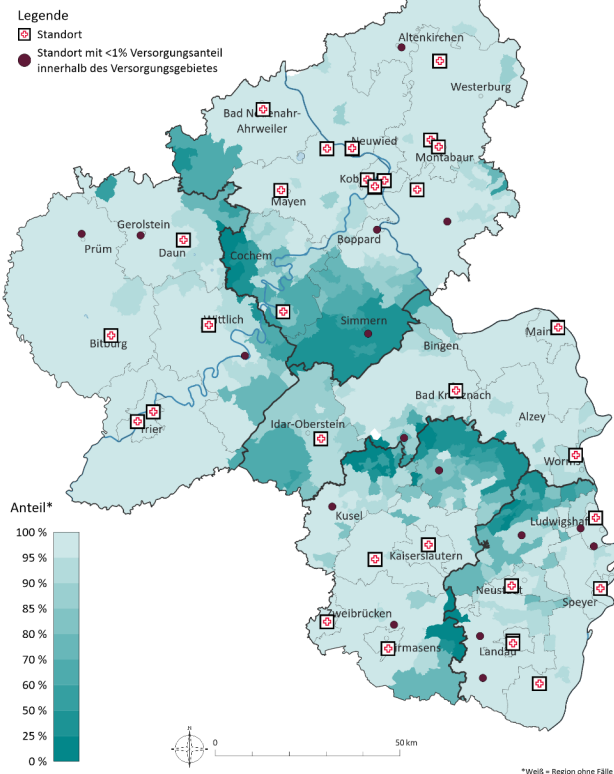
Anhand der rechten Karten lässt sich beobachten, dass im Jahr 2023 insbesondere in den Stadtkreisen Patientinnen und Patienten einen Versorger innerhalb des eigenen Landkreises aufsuchten, während Patien-

²⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

tinnen und Patienten aus den weiteren Landkreisen tendenziell eher einen Versorger in anderen Landkreisen aufsuchten. Zudem ist zu erkennen, dass Patientinnen und Patienten eher aus den ländlichen Regionen in die Städte kamen.

Anteil der Versorgung in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im eigenen Versorgungsgebiet (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



Anteil der Versorgung in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im eigenen Landkreis in Prozent (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

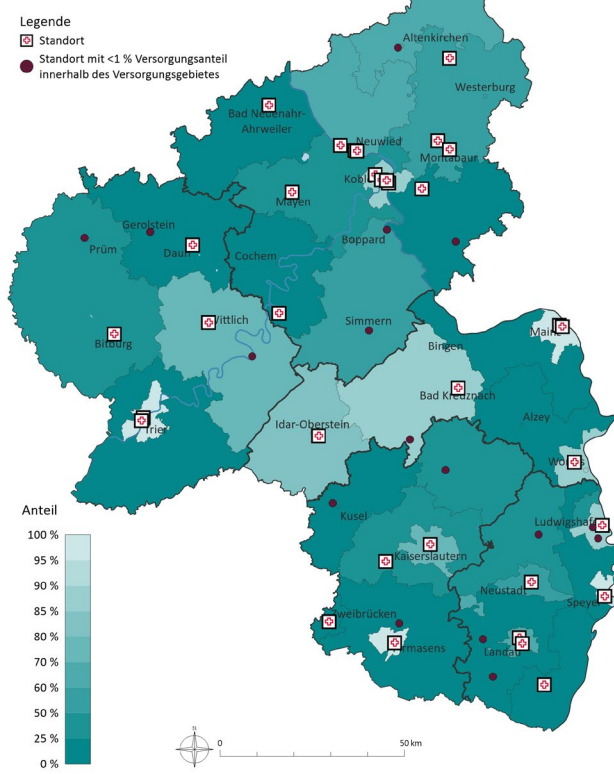


Abbildung 66: Anteil der Versorgung in der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/kreisfreier Stadt im Jahr 2023²⁷¹

6.4.2.2 Zusammenfassung und Empfehlungen im Bereich der Leistungsgruppe „08.2 – Interventionelle Kardiologie“

Fälle der LG „08.2 – Interventionelle Kardiologie“ wurden im Jahr 2023 an 51 Standorten erbracht, von denen 34 Standorte wesentliche Versorger darstellten. Dies bedeutet, dass diese Standorte einen Versorgungsanteil von > 1 % der Fälle aufwiesen. Auffällig ist das unterschiedliche Fallzahlniveau der Standorte: Beispielsweise wurden mehr als 80 % der Fälle von den 22 fallzahlstärksten Standorten versorgt.

In letzten Jahren konnte sowohl in den Fallzahlen aber auch in den durchschnittlichen Verweildauern teilweise ein deutlicher Rückgang verzeichnet werden. Ein Teil der rückläufigen Fallzahlen ist durch die Verlagerung in den ambulanten Sektor zu erklären, jedoch sind auch akute Herzinfarkte seit der COVID-19-Pandemie zurückgegangen auch nicht wieder auf das alte Fallzahlniveau zurückgekehrt. Diese Entwicklung ist für die Gutachtenden nicht zu erklären. Aus diesem Grund können die Ursachen für die rückläufigen

²⁷¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Fallzahlen an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden. Unter Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials könnte ein weiterer Fallzahlrückgang erwartet werden, wobei die vollständige Realisierung des Ambulantisierungspotenzials eher schwierig sein dürfte.

Der Herzinfarkt ist eine wesentliche Diagnose dieser Leistungsgruppe. Da der Herzinfarkt ein Akutereignis ist, ist der Notfallanteil in dieser Leistungsgruppe entsprechend hoch und liegt bei fast 60 %. Daher ist eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung essenziell für eine sachgerechte Versorgung. Besonders wichtig ist dabei die Erreichbarkeit eines Versorgers mit einem vorhandenen Herzkatheterlabor. In Rheinland-Pfalz ist ein solcher Standort für rund 92 % der Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb von 30 Minuten erreichbar. Dies deutet auf eine insgesamt gute bis sehr gute Erreichbarkeit im Land hin.

Die Entwicklung des Anteils der Herzinfarktpatientinnen und -patienten, die an einem Standort ohne Herzkatheterlabor versorgt wurden, ist seit 2019 stetig gesunken ist. Diese Entwicklung ist aus Sicht der Gutachtenden positiv zu bewerten. Werden Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt an Standorten ohne Herzkatheterlabor diagnostiziert, sollte eine schnelle Verlegung zu Standorten mit der erforderlichen Infrastruktur erfolgen. Die Gutachtenden empfehlen in dem Zusammenhang eine stärkere Zentralisierung der Leistungsanbieter, insbesondere in Ballungsregionen wie der Region Koblenz, um die Qualität der Versorgung für Patienten und Patientinnen mit Herzinfarkt sicherzustellen.

6.4.3 Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“

Im Rahmen der Analyse der herzmedizinischen Versorgung in Rheinland-Pfalz wurde ebenfalls eine Analyse der LG „08.1 – EPU / Ablation“ durchgeführt. Diese Leistungsgruppe umfasst spezielle Katheterverfahren zur Untersuchung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Der Begriff EPU stellt in diesem Zusammenhang auf die elektrophysiologischen Untersuchungen ab, während sich die Ablation auf die sogenannten „Verödungen“ bezieht. Die Gruppierung der Fälle in dieser Leistungsgruppe erfolgt gemäß der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppendifinition anhand der OPS-Kodes:

- 1-265 - Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
- 8-835 - Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen

Zudem werden nur Patientinnen und Patienten dieser Leistungsgruppe zugeordnet, sofern diese älter als 17 Jahre sind.²⁷²

Die folgende Tabelle 20 gibt die wesentlichen Kennzahlen der LG „08.1 – EPU / Ablation“ in Rheinland-Pfalz wieder, die in den folgenden Abschnitten sukzessive aufgegriffen und analysiert werden.

Tabelle 20: Factsheet mit den wesentlichen Daten zu der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Betrachtungsjahr 2023²⁷³

LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	5.091 Fälle
Ø Verweildauer	rund 2,9 Tage
Notfallanteil ²⁷⁴	rund 19 %

²⁷² Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2024): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/lg_icd_ops_2024_anpassung_cochlea.pdf, zuletzt abgerufen am 04.11.2024.

²⁷³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

²⁷⁴ Gemäß Aufnahmeanlass N-Notfall aus dem § 21-KHEntG-Datensatz.

LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023	
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ²⁷⁵	40 Minuten
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ²⁷⁶	45 Minuten
∅ Tatsächliche Fahrzeit ²⁷⁷	rund 25 Minuten
Anzahl Standorte ²⁷⁸	22
— VG Mittelrhein-Westerwald	9
— VG Rheinhessen-Nahe	5
— VG Rheinpfalz	6
— VG Trier	1
— VG Westpfalz	1

6.4.3.1 Versorgungssituation im Bereich der Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“ in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2023 wurden in Rheinland-Pfalz mehr als 5.000 Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ behandelt (Abbildung 67). Im Vergleich zum Jahr 2019 entspricht dies einem Zuwachs von rund 17 %. Ein Rückgang hinsichtlich der Fallzahlentwicklung im Betrachtungszeitraum der Leistungsgruppe ließ sich lediglich von 2019 auf 2020 beobachten. Hier sank die Fallzahl während des Beginns der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um rund 12 %. Seit 2020 ist die Fallzahlentwicklung kontinuierlich gestiegen und erreichte im Jahr 2023 ihren Höchststand mit mehr als 5.000 Fällen.

Während im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe der prozentuale Anteil der behandelten Patientinnen und Patienten zwischen 2019 und 2023 stetig gestiegen ist, ist er im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald im gleichen Zeitraum, bezogen auf die Gesamtfallzahl in Rheinland-Pfalz, kontinuierlich gesunken. Aufgrund des starken Fallzahlenstiegs in dieser Leistungsgruppe muss die prozentuale Entwicklung des Anteils der behandelten Patientinnen und Patienten je Versorgungsgebiet jedoch stets im Kontext der gestiegenen Fallzahlen interpretiert werden.

²⁷⁵ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

²⁷⁶ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

²⁷⁷ Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

²⁷⁸ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

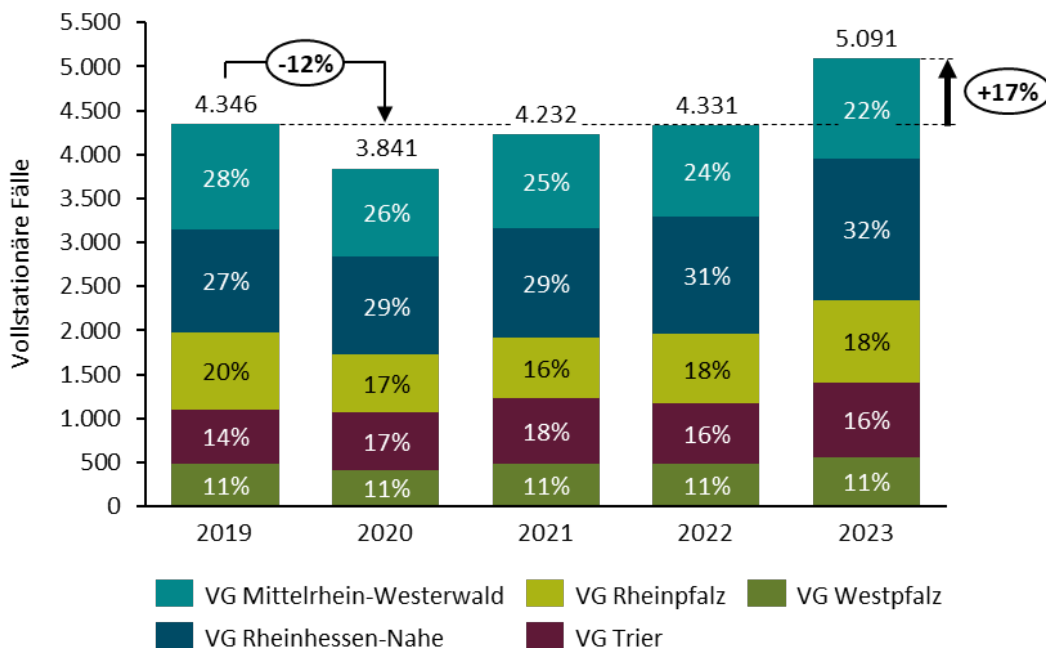


Abbildung 67: Vollstationäre Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Zeitraum von 2019 bis 2023²⁷⁹

Die Verteilung der Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2023 zeigt Abbildung 68. Insbesondere in der Eifel (rund um Prüm, Gerolstein und Daun) lassen sich geringe Fallzahlen beobachten. Vor allem im Norden des Landkreis Altenkirchen traten keine in Rheinland-Pfalz behandelten Fälle auf. Es ist anzunehmen, dass die dort aufgetretenen Fälle zum Beispiel in Siegen (Nordrhein-Westfalen) behandelt wurden, da dort der nächstgelegene Versorger für diese Region verortet ist. Sofern man an dieser Stelle bereits die Analyse der Erreichbarkeit für Einwohnerinnen und Einwohner (Abbildung 73) berücksichtigt, wird deutlich, dass in Gebieten mit vergleichsweise geringen Fallzahlen die nächstgelegenen Versorger häufig in angrenzenden Bundesländern zu finden sind. Dies erklärt die niedrigen Fallzahlen, da sich die betroffenen Patientinnen und Patienten in den angrenzenden Bundesländern versorgen lassen können.

²⁷⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Anzahl der Fälle je PLZ 5 in der LG „08.1 – EPU/Ablation“ (2023)
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

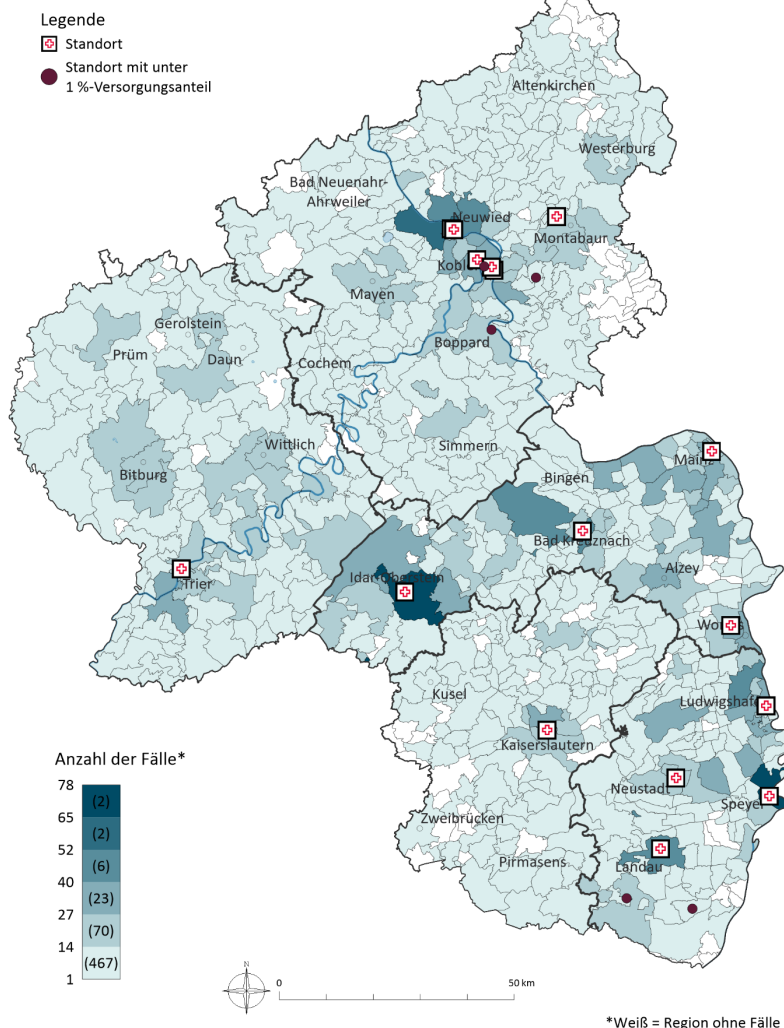


Abbildung 68: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „08.1 EPU / Ablation“²⁸⁰

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ reduzierte sich im Betrachtungszeitraum zwischen den Jahren 2019 und 2023 um rund 25 % (Abbildung 69). Im Jahr 2019 lag diese bei rund 3,8 Tagen. Im Jahr 2023 waren es hingegen lediglich 2,9 Tage, was einem Rückgang von rund einem Tag entspricht.

²⁸⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

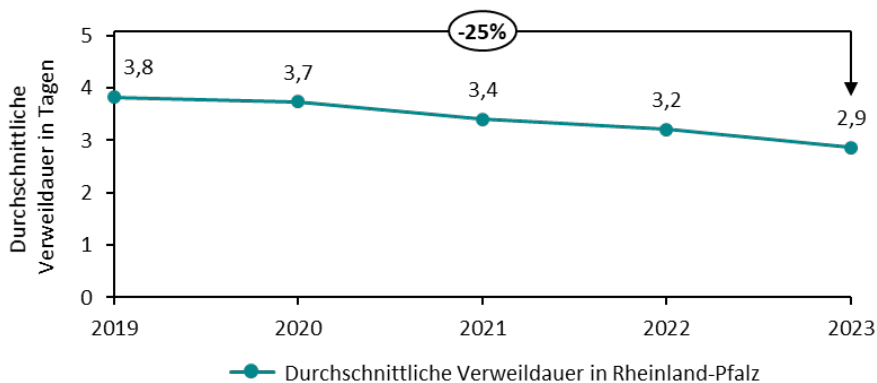


Abbildung 69: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Zeitraum von 2019 bis 2023²⁸¹

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Abbildung 70 stellt die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ ausgehend vom Basisjahr 2023 bis zum Jahr 2035 auf Behandlungsebene dar. Insgesamt wird in den Szenarien mit und ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials eine Fallzahlsteigerung prognostiziert. Die Fallzahlsteigerung ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials liegt bis 2035 bei rund 7 %, mit Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials liegt sie bei rund 4 %. Dementsprechend ist auch in den nächsten Jahren mit einem weiteren Anstieg der Fallzahlen in dieser Leistungsgruppe zu rechnen.

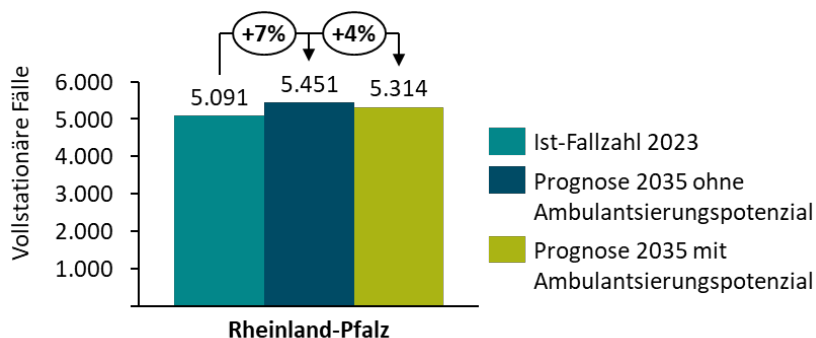


Abbildung 70: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035²⁸²

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Ausgehend von der Wohnortebene kann unter Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials eine Fallzahlsteigerung um rund 4 % bis zum Jahr 2035 prognostiziert werden (Abbildung 71). Ohne Berücksichtigung dieses Potenzials liegt die Fallzahlsteigerung bis 2035 sogar bei rund 7 %. Für die einzelnen Versorgungsgebiete werden jedoch unterschiedliche Fallzahlen vorhergesagt. Insgesamt wird jedoch für jedes Versorgungsgebiet eine Steigerung prognostiziert. Der prozentual höchste Anstieg der Fallzahlen wird im

²⁸¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

²⁸² Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

Versorgungsgebiet Trier prognostiziert. Ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials würden die Fälle bis 2035 um weitere 10 % ansteigen, mit Berücksichtigung um rund 7 %. Im Versorgungsgebiet Westpfalz hingegen wird nur eine Steigerung um 3 % (ohne Ambulantisierungspotenzial) beziehungsweise rund 1 % (mit Ambulantisierungspotenzial) erwartet.

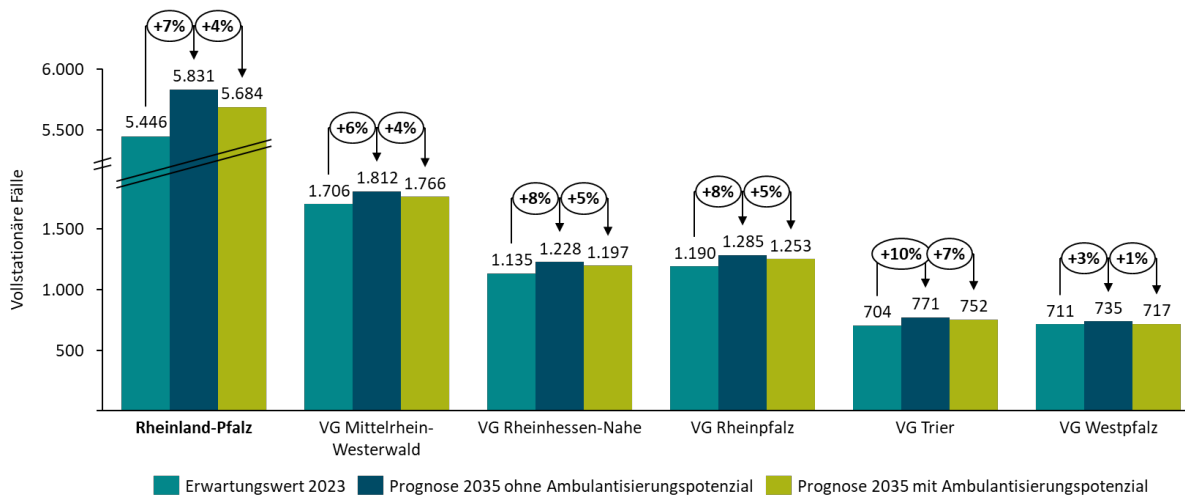


Abbildung 71: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035²⁸³

Standorte

Im Jahr 2023 haben 22²⁸⁴ Standorte in Rheinland-Pfalz Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ behandelt, wobei 16 Standorte einen relevanten Versorgungsanteil (> 1 %) aufweisen konnten (Abbildung 72). Auffällig ist die starke Schwankungsbreite der Anzahl der vollstationären Fälle. So versorgten beispielsweise die drei fallstärksten Leistungserbringer rund 50 % aller Fälle im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz. Die zehn fallstärksten Leistungserbringer versorgten bereits rund 88 %.

Die Standortanalyse für das Jahr 2023 zeigt, dass die Anzahl der Standorte, die Patientinnen und Patienten in der Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“ behandelten, in den verschiedenen Versorgungsgebieten unterschiedlich verteilt war. Im Versorgungsgebiet Trier gab es lediglich einen Versorger, während im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald bereits sechs Versorger identifiziert werden konnten. Besonders in den Versorgungsgebieten mit einer höheren Anzahl an Standorten, wie im VG Mittelrhein-Westerwald, waren die Fallzahlen je Standort tendenziell eher geringer. Der fallzahlstärkste Versorger, der als einziger Standort mehr als 1.000 Patienten und Patientinnen behandelte, lag im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe.

²⁸³ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

²⁸⁴ Bei einem der nicht versorgungsrelevanten Standorte (< 1 % Versorgungsanteil) handelt es sich um eine Dependence der Universitätsmedizin Mainz, die sich im angrenzenden Hessen befindet und daher auf den nachfolgenden Karten nicht abgebildet ist.

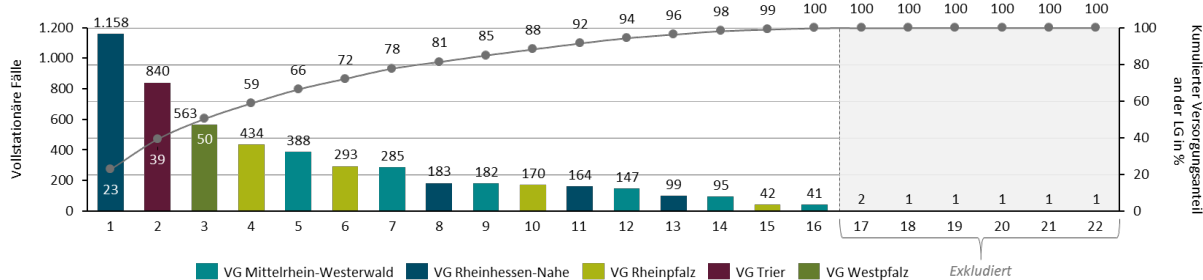


Abbildung 72: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „08.1 – EPU / Ablation“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023²⁸⁵

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Abbildung 73 zeigt die insgesamt 22 Standorte, die im Jahr 2023 Fälle der LG „08.1 – EPU / Ablation“ versorgten. In die Erreichbarkeitsanalyse wurden jedoch nur die 16 Standorte inkludiert, die als Versorger mit einem relevanten Versorgungsanteil (> 1 %) definiert wurden. Zusätzlich wurden auch Standorte der angrenzenden Bundesländer in der Erreichbarkeitsanalyse berücksichtigt. Insgesamt befand sich in jedem Versorgungsgebiet zumindestens ein Versorger, sodass dieser oftmals in weniger als 40 Minuten erreicht werden konnte. Ausnahmen davon ergaben sich insbesondere im Norden des Versorgungsgebietes Trier sowie im Süden des Versorgungsgebietes Westpfalz, wo Fahrzeiten über 40 beziehungsweise über 60 Minuten zu beobachten sind. Auch nahe Altenkirchen, östlich von Boppard sowie im Landesinneren benötigten Einwohnerinnen und Einwohner Fahrzeiten zwischen 40 und 60 Minuten, um einen Versorger zu erreichen.

Insbesondere im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald profitierten die Einwohnerinnen und Einwohner von grenznahen Versorgern in Nordrhein-Westfalen und Hessen. Durch den Einbezug von Versorgern aus diesen angrenzenden Bundesländern konnten nahezu alle Einwohnerinnen und Einwohner einen Versorger in weniger als 60 Minuten erreichen.

Auffällig ist jedoch, dass sich in der Region rund um die Stadt Koblenz auf vergleichsweise engem Raum sechs der insgesamt neun Standorte mit der LG „08.1 – EPU / Ablation“ aus dem Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald befanden. Von diesen insgesamt neun Standorten wurden drei als nicht versorgungsrelevante Standorte identifiziert. In keiner anderen Versorgungsregion im Bundesland war die Dichte von Versorgern in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ so hoch.

Zwei weitere nicht versorgungsrelevante Standorte befanden sich im Jahr 2023 im Versorgungsgebiet Rheinpfalz, in dem auch ohne Berücksichtigung dieser Standorte eine gute Erreichbarkeit eines Standortes mit der LG „08.1 – EPU / Ablation“ für die Bevölkerung gegeben war.

²⁸⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „08.1 – EPU/Ablation“ (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

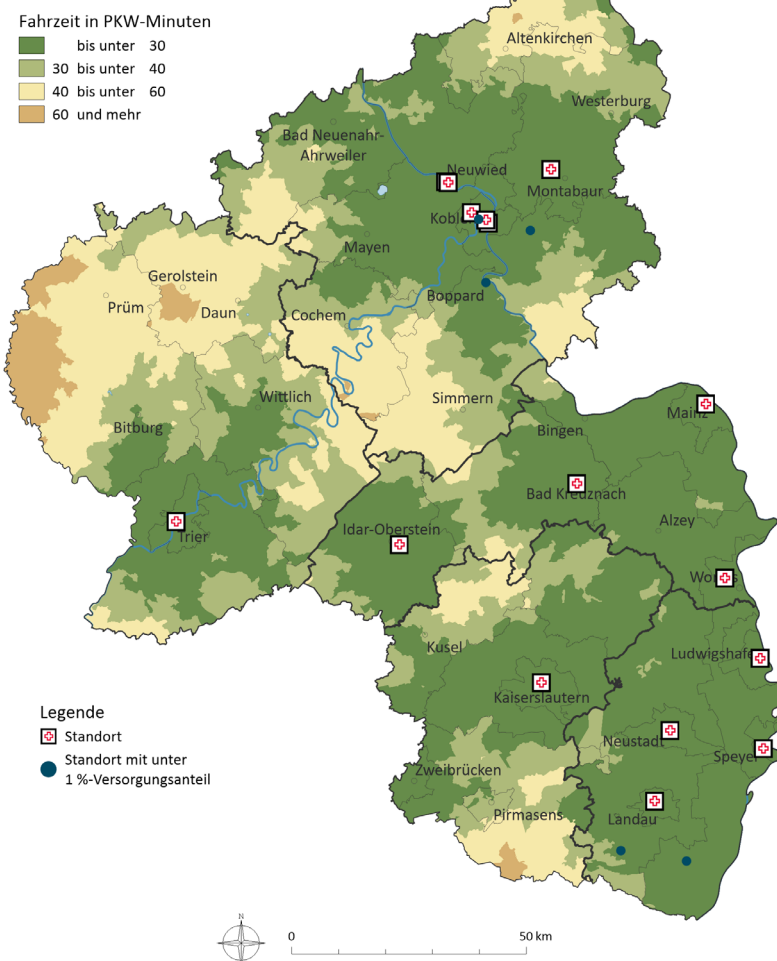


Abbildung 73: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023²⁸⁶

Abbildung 74 simuliert die Erreichbarkeit eines rheinland-pfälzischen Versorgers, der mindestens 100 Fälle der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023 versorgte sowie der Standorte aus angrenzenden Bundesländern.²⁸⁷ In diesem Szenario würden insgesamt zwölf Versorger in Rheinland-Pfalz Leistungen in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ erbringen. Dies wären vier Versorger weniger im Vergleich zu dem Szenario, bei dem alle Versorger mit einem relevanten Versorgungsanteil (> 1 %) berücksichtigt werden. Auf die Erreichbarkeit hätte der Wegfall dieser vier Versorger jedoch nur eine begrenzte Auswirkung. Im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald würden zwei Versorger wegfallen, die unmittelbar neben weiteren Versorgern liegen. Im Versorgungsgebiet Rheinpfalz liegt der Versorger, der aus der Leistungserbringung ausscheiden würde, zwischen den Versorgern in Kaiserslautern, Speyer und Landau, sodass sich nur eine geringfügige Veränderung der Fahrzeit für einen kleinen Teil der Bevölkerung ergeben würde. Zudem würde ein Versorger im

²⁸⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

²⁸⁷ Es wurden keine Standorte in angrenzenden Bundesländern bei der Simulation ausgeschlossen, da das MWG keinen direkten Einfluss auf die Erbringung der entsprechenden Leistung in anderen Bundesländern hat.

Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe wegfallen, was für die Einwohnerinnen und Einwohner im Zentrum des Bundeslandes zur Folge hätte, dass sich ihre Fahrzeiten teilweise verlängern würden.

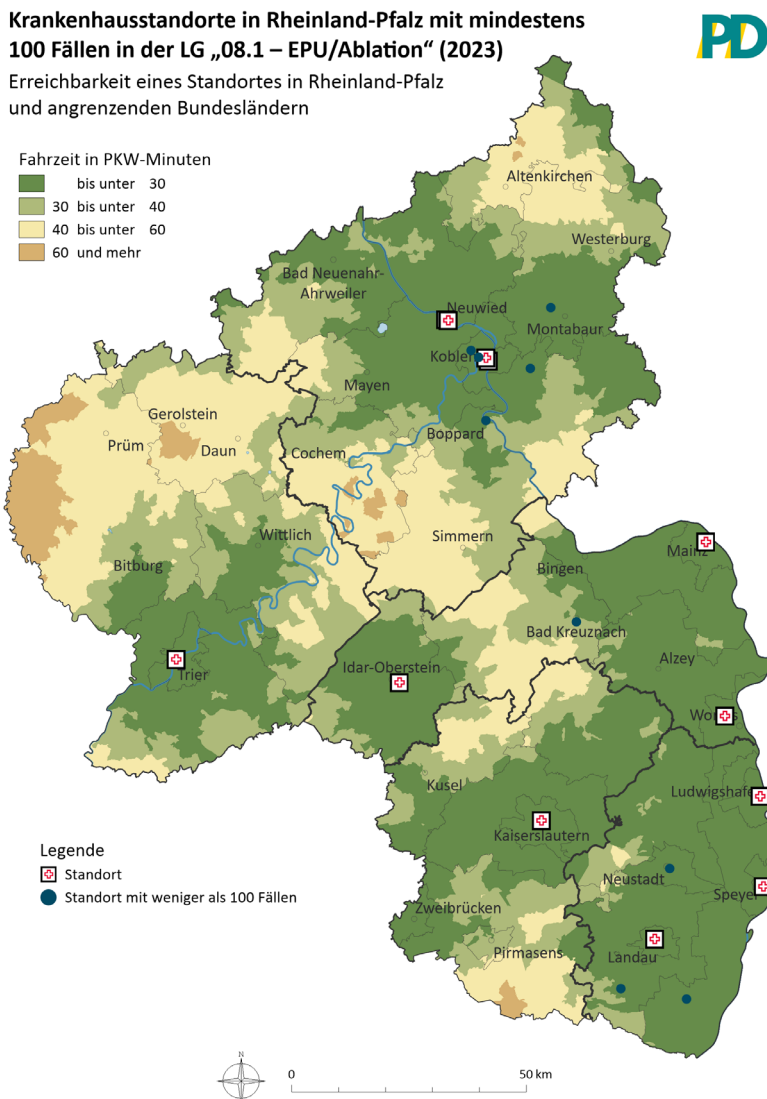


Abbildung 74: Erreichbarkeit eines Versorgers mit mindestens 100 versorgten Fällen aus der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023²⁸⁸

Die Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers mit einem relevanten Versorgungsanteil (> 1 %) in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ gestaltete sich insbesondere im Versorgungsgebiet Trier schwierig (Abbildung 75). Aufgrund der geringen Versorgerdichte konnten die Einwohnerinnen und Einwohner den zweitnächsten Versorger oftmals nur mit einer Fahrzeit von über 60 Minuten erreichen. Somit würde sich bei einem Wegfall des einzigen Versorgers in dieser Region eine deutliche Versorgungslücke ergeben. Auch im Versorgungsgebiet Westpfalz befand sich nur ein Versorger, so dass auch unter Berücksichtigung des angrenzenden Versorgers im Saarland viele Einwohnerinnen und Einwohner Fahrzeiten über 40 Minuten zurücklegen mussten.

²⁸⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Im Versorgungsgebiet Rheinland-Pfalz, im Osten des Versorgungsgebietes Rheinhessen sowie in der Region Koblenz konnte auch der alternative Versorger oftmals in weniger als 30 Minuten erreicht werden.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „08.1 – EPU/Ablation“ (2023)

Erreichbarkeit eines alternativen Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

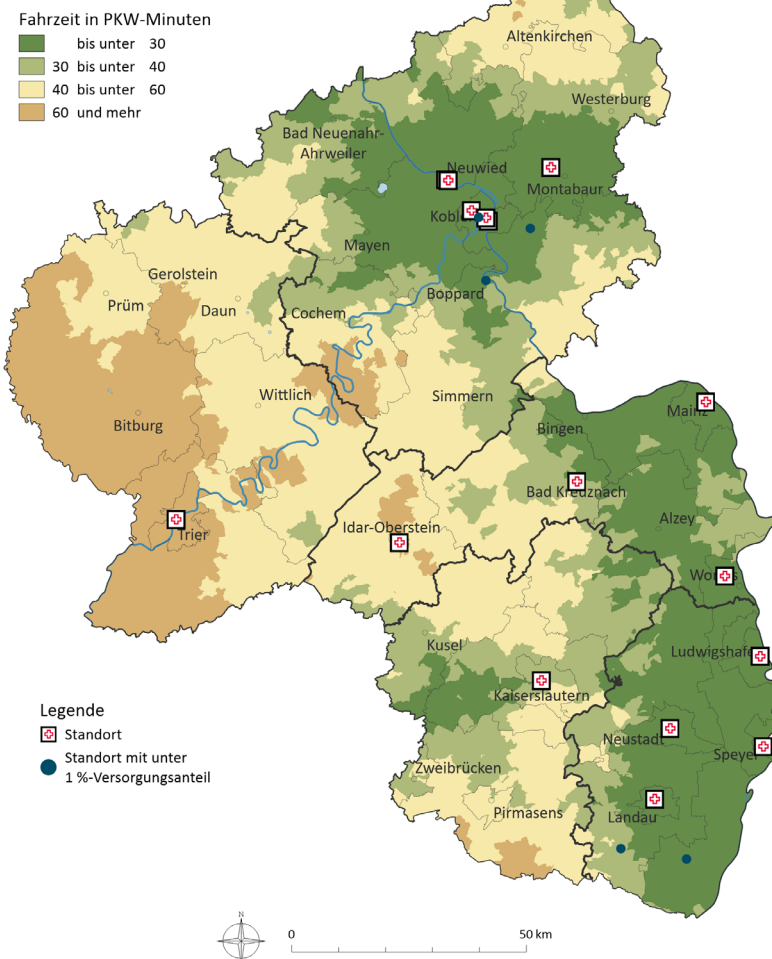


Abbildung 75: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023²⁸⁹

Rund 80 % der Einwohnerinnen und Einwohner konnten zuletzt theoretisch einen Versorger der LG „08.1 – EPU / Ablation“ in Rheinland-Pfalz sowie der angrenzenden Bundesländer in weniger als 30 Minuten erreichen (Abbildung 76). Nur rund 8 % benötigten hingegen mehr als 40 Minuten. Den zweitnächsten Versorger erreichten rund 56 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten. Rund 26 % benötigten mehr als 40 Minuten. Es handelt sich jedoch prinzipiell um hochelektive Behandlungen, weshalb eine schnelle Erreichbarkeit eine untergeordnete Rolle spielt.

²⁸⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

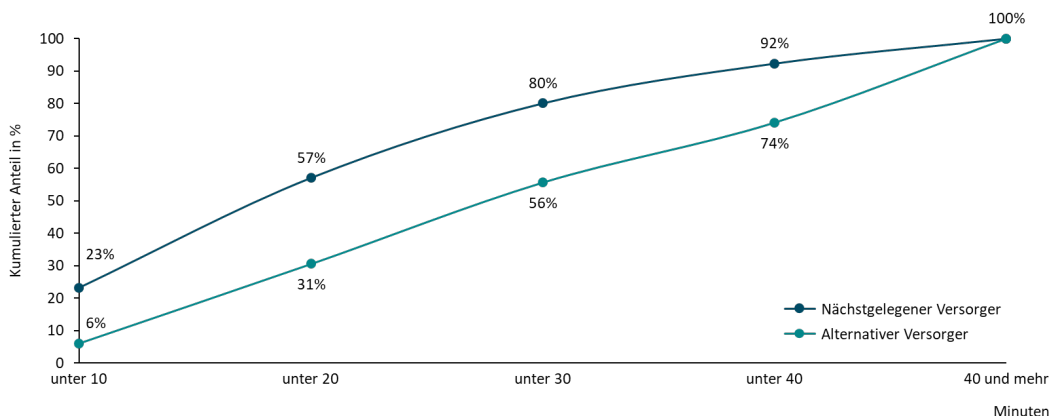


Abbildung 76: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023²⁹⁰

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Neben der theoretischen Fahrzeit wurde auch die tatsächliche Fahrzeit zur Komplettierung des Bildes betrachtet. Gemäß Tabelle 20 betrug im Jahr 2023 die tatsächlich durchschnittliche Fahrzeit rund 25 Minuten. Eine Detailbetrachtung auf Versorgungsgebietsebene zeigt Abbildung 77. Hier wird die tatsächlich durchschnittlich benötigte Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort abgebildet.

Rund 70 % der Patientinnen und Patienten haben einen Versorger, der im Jahr 2023 Leistungen in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ erbrachte, in weniger als 30 Minuten tatsächlich erreicht. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass für diese Leistungsgruppe die Erreichbarkeitsgrenze bei 40 Minuten im KHVVG festgelegt ist. In Rheinland-Pfalz konnten in weniger als 40 Minuten etwa 85 % der Patientinnen und Patienten ihren Behandlungsort erreichen.

Abbildung 77 stellt zudem die durchschnittlichen Fahrzeiten der Patientinnen und Patienten nach Versorgungsgebieten dar. Dabei lassen sich Unterschiede zwischen den Versorgungsgebieten erkennen. Im Versorgungsgebiet Trier beispielsweise konnten lediglich 48 % der Patientinnen und Patienten ihren Behandlungsort in unter 30 Minuten erreichen, was somit deutlich unter dem Wert für das gesamte Land Rheinland-Pfalz liegt. Auch in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Westpfalz war die Erreichbarkeit schlechter als im Durchschnitt von Rheinland-Pfalz. Im Gegensatz dazu zeigt sich jedoch im Versorgungsgebiet Rheinpfalz, dass 93 % der Patientinnen und Patienten dieses Versorgungsgebietes ihren Behandlungsort in unter 30 Minuten erreichten.

²⁹⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

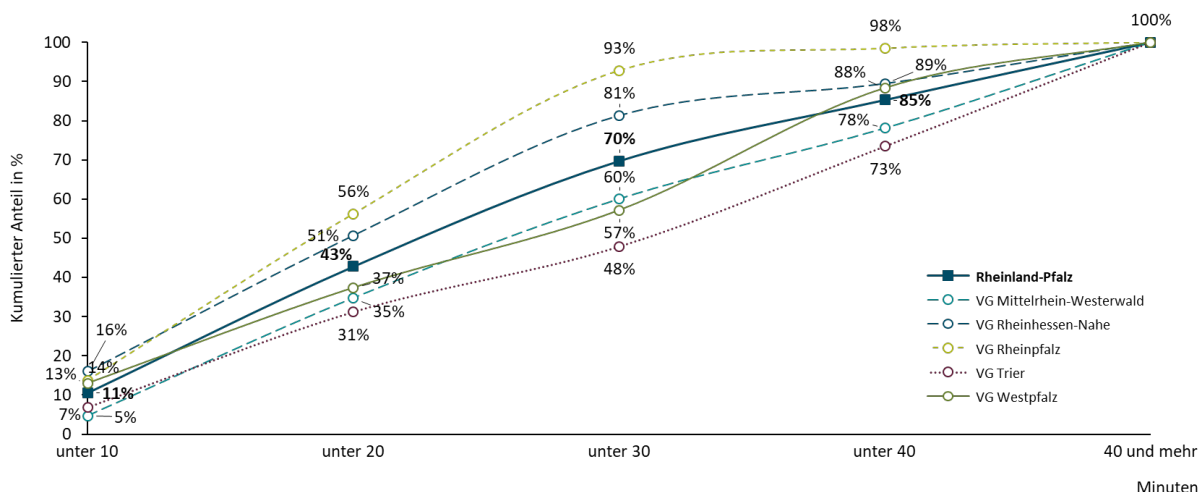


Abbildung 77: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im Jahr 2023²⁹¹

Betrachtung der Wanderung von Patientinnen und Patienten innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“

Abbildung 78 stellt dar, ob sich die Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet (linke Karte) beziehungsweise ihrem Landkreis (rechte Karte) haben behandeln lassen. Bei der Analyse Karte ist zu beachten: Je heller die Fläche in den jeweiligen Regionen, desto höher der Anteil der Fälle, die innerhalb ihrer Versorgungsregion behandelt wurden.

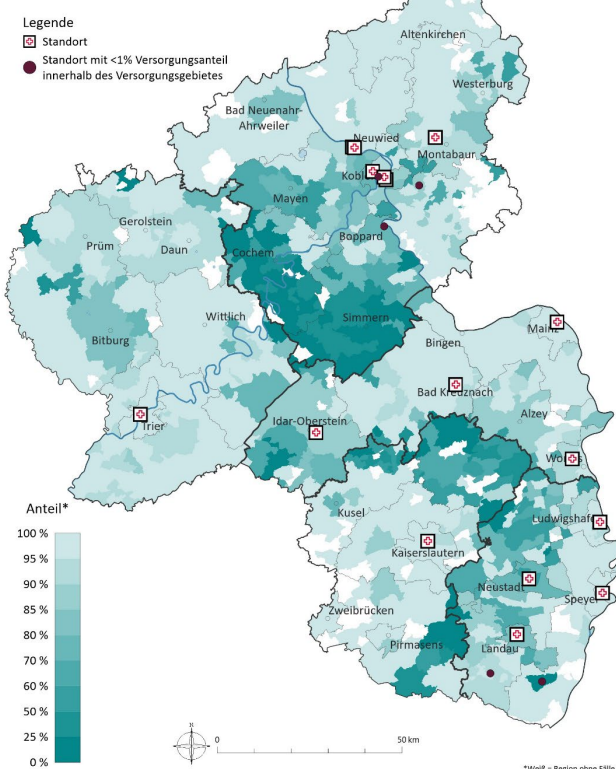
Die linke Karte zeigt, dass Pendlerbewegungen insbesondere an den Grenzregionen zwischen den Versorgungsgebieten in Rheinland-Pfalz aufgetreten sind. Besonders ausgeprägt waren diese Bewegungen im südlichen Teil des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald und dem nördlichen Teil des Versorgungsgebietes Westpfalz. Möglicherweise lag hier der nächstgelegene Versorger nicht im zugeordneten Versorgungsgebiet. Innerhalb des Versorgungsgebiets Rheinhessen-Nahe traten vergleichsweise wenig Wanderbewegungen auf, was darauf schließen lässt, dass ein Großteil der Einwohnerinnen und Einwohner in dem eigenen Versorgungsgebiet behandelt wurden. Eine ähnliche Situation konnte im Versorgungsgebiet Trier beobachtet werden.

Anhand der rechten Karte der Abbildung 78 ist zu beobachten, dass häufig, sofern ein Versorger im eigenen Landkreis vorhanden war, dieser von den Patientinnen und Patienten auch aufgesucht wurde. Eine Ausnahme stellten jedoch die Standorte in Montabaur, Bad Kreuznach und Neustadt dar.

²⁹¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

**Anteil der Versorgung in der LG „08.1 – EPU/Ablation“
 im eigenen Versorgungsgebiet (2023)**

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



**Anteil der Versorgung in der LG „08.1 – EPU/Ablation“
 im eigenen Landkreis in Prozent (2023)**

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

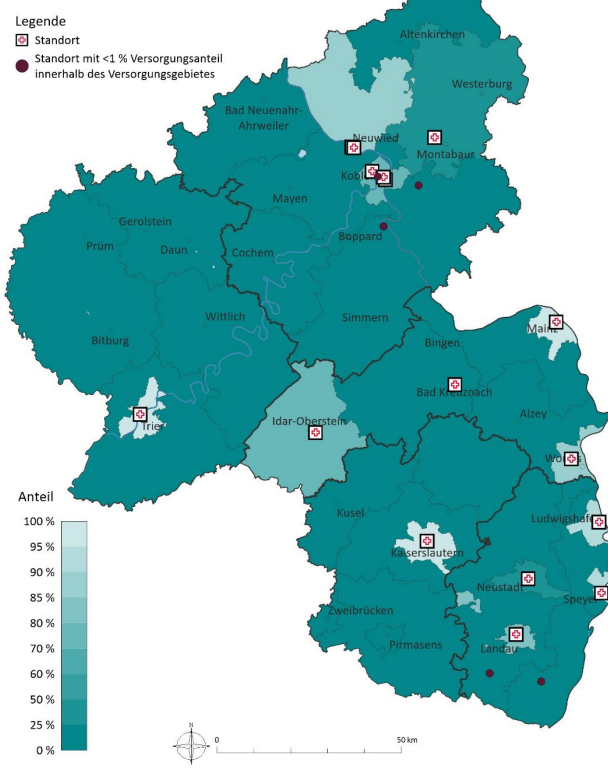


Abbildung 78: Anteil der Versorgung in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/kreisfreier Stadt im Jahr 2023²⁹²

6.4.3.2 Zusammenfassung und Empfehlungen im Bereich der Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“

Die Analyse zeigt, dass im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz rund 5.000 Fälle in der LG „08.1 – EPU / Ablation“ versorgt wurden, was im Vergleich zum Jahr 2019 einem deutlichen Fallzahlzuwachs von rund 17 % entspricht. Der mit Abstand größte Anteil an der Gesamtfallzahl wurde dabei im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe behandelt (rund 32 %). Über alle Fälle hinweg lag die durchschnittliche Verweildauer bei rund 2,9 Tagen und somit rund 25 % unter dem Wert aus dem Jahr 2019 (rund 3,8 Tage).

Auffällig war, dass mit neun Standorten fast die Hälfte der 22 Standorte mit der Leistungsgruppe „08.1 – EPU / Ablation“ im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lag. Dennoch war eine schnelle Erreichbarkeit eines entsprechenden Standortes für die Bevölkerung in diesem Gebiet nicht flächendeckend gewährleistet, da sich die Standorte überwiegend in der Region um Koblenz konzentrierten. Zudem waren die Einwohnerinnen und Einwohner im Versorgungsgebiet Trier in vereinzelt Gebieten von langen Fahrzeiten (zum Teil über 60 Minuten) betroffen, was sich auch in der tatsächlichen Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort widerspiegelte. So lag die tatsächliche Fahrzeit im Versorgungsgebiet Trier deutlich oberhalb des rheinland-pfälzischen Durchschnitts. In den Versorgungsgebieten Rheinpfalz und Rheinhessen-Nahe hingegen lag die tatsächliche Fahrzeit deutlich unterhalb des rheinland-pfälzischen Durchschnitts.

²⁹² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Fallzahlentwicklungen der LG „08.1 – EPU / Ablation“ in den vergangenen Jahren einem deutlichen Fallzahlenanstieg unterlag. Perspektivisch kann entsprechend der Prognose davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlen in der Leistungsgruppe weiter steigen werden, auch weil Herzrhythmusstörungen eine vergleichsweise häufige Erkrankung sind, die meist gut mittels Ablation behandelbar ist. Dennoch ist die Anzahl der Leistungsanbieter in 2023 trotz des tendenziell steigenden Bedarfs in einigen Regionen hoch und die erbrachten Fallzahlen sind klein. Bei dieser hocheffektiven Leistung sollte hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung eine Konzentration auf weniger Standorte stattfinden. Insbesondere in den urbanen Regionen des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald sind derzeit bei vergleichsweise geringer Anzahl versorgter Fälle zu viele Standorte an der Versorgung beteiligt.

6.4.4 Leistungsgruppe „13.1 – Herzchirurgie“

Im Rahmen der herzmedizinischen Versorgung wurde auch die LG „13.1 – Herzchirurgie“ betrachtet. Die Zuordnung der Fälle erfolgt gemäß der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppendefinition anhand folgender OPS-Kodes:

- 5-35 (außer 5-35a, 5-35b und 5-359): Operation an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße
- 5-36 (außer 5-369): Operationen an den Koronargefäßen
- 5-371: Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
- 5-373: Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens
- 5-376: Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch

Zudem werden nur Patientinnen und Patienten dieser Leistungsgruppe zugeordnete, sofern diese älter als 17 Jahre sind.²⁹³

Die wesentlichen Kennzahlen aus den Analysen der LG „13.1 – Herzchirurgie“ finden sich in Tabelle 21 und werden in den nachfolgenden Abschnitten aufgegriffen.

Tabelle 21: Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Betrachtungsjahr 2023²⁹⁴

LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	2.676 Fälle
Ø Verweildauer	rund 16,4 Tage
Notfallanteil ²⁹⁵	rund 21 %
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ²⁹⁶	40 Minuten

²⁹³ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2024): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/lg_icd_ops_2024_anpassung_cochlea.pdf, zuletzt abgerufen am 04.11.2024.

²⁹⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

²⁹⁵ Gemäß Aufnahmeanlass N-Notfall aus dem § 21-KHEntgG-Datensatz.

²⁹⁶ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023	
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ²⁹⁷	45 Minuten
Ø Tatsächliche Fahrzeit ²⁹⁸	rund 29 Minuten
Anzahl Standorte ²⁹⁹	10
— VG Mittelrhein-Westerwald	2
— VG Rheinhessen-Nahe	3
— VG Rheinpfalz	1
— VG Trier	2
— VG Westpfalz	2

6.4.4.1 Versorgungssituation Im Bereich der Leistungsgruppe "13.1 – Herzchirurgie“ in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2019 wurden in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ rund 2.922 Fälle behandelt (Abbildung 79). Nach einem pandemiebedingten Einbruch von rund 25 % im Jahr 2020 erholten sich die Fallzahlen bis 2023 wieder auf über 2.670 Fälle. Dennoch lagen sie 2023 noch immer 8 % unter dem Niveau von 2019 (Tabelle 21).

Den größten Fallzahlanteil über den Betrachtungszeitraum hatte dabei das Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe (blau), außer im Jahr 2020. In den Versorgungsgebieten Trier (rot) und Westpfalz (dunkelgrün) wurden hingegen deutlich weniger Fälle behandelt. Auch im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald wurden im Betrachtungszeitraum deutlich weniger Fälle beobachtet. Auf diesen Sachverhalt wird in den folgenden Abschnitten detaillierter eingegangen.

²⁹⁷ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

²⁹⁸ Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

²⁹⁹ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

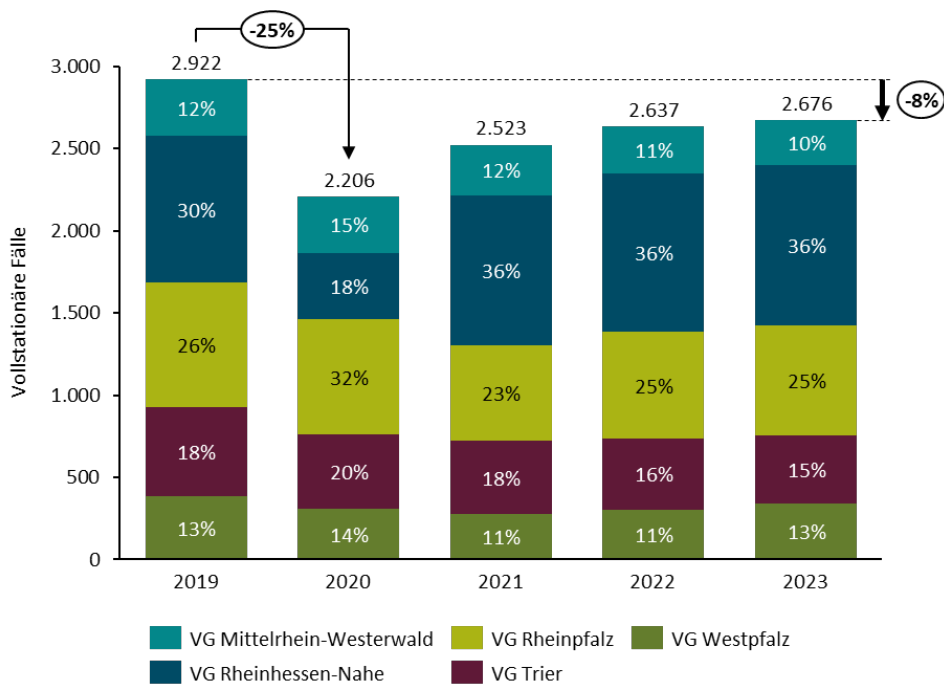


Abbildung 79: Vollstationäre Fälle in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³⁰⁰

Abbildung 80 stellt die Herkunft der in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ behandelten Fälle in 2023 dar. Fallzahlhäufungen lassen sich erwartungsgemäß insbesondere in dichtbesiedelten urbanen Regionen beobachten.³⁰¹ Nominal kamen die meisten Fälle aus je einem Postleitzahlgebiet der kreisfreien Städte Speyer (25) und Frankenthal (23) sowie dem Landkreis Bad Kreuznach (23). Vergleichsweise wenige beziehungsweise keine Fälle (nominal) mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz traten im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald und im Süden des Versorgungsgebietes Rheinpfalz auf. Es ist anzunehmen, dass die dort aufgetretenen Fälle in den jeweiligen Nachbarbundesländern behandelt worden sind. Insbesondere im Norden von Rheinland-Pfalz ist davon auszugehen, dass die Herzchirurgie des Universitätsklinikums Bonn einen bedeutenden Einfluss auf die regionale Versorgung hat. Eine ähnliche Situation besteht im Südosten des Bundeslandes, wo die Herzchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg und des Helios Klinikums Karlsruhe voraussichtlich eine wesentliche Rolle in der Patientenversorgung einnehmen wird.

³⁰⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁰¹ Aufgrund der Kleinteiligkeit mancher Postleitzahlgebiete kann sich ein hohes Fallzahlaufkommen unter Umständen auch auf viele einzelne Postleitzahlgebiete verteilen.

Anzahl der Fälle je PLZ 5 in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

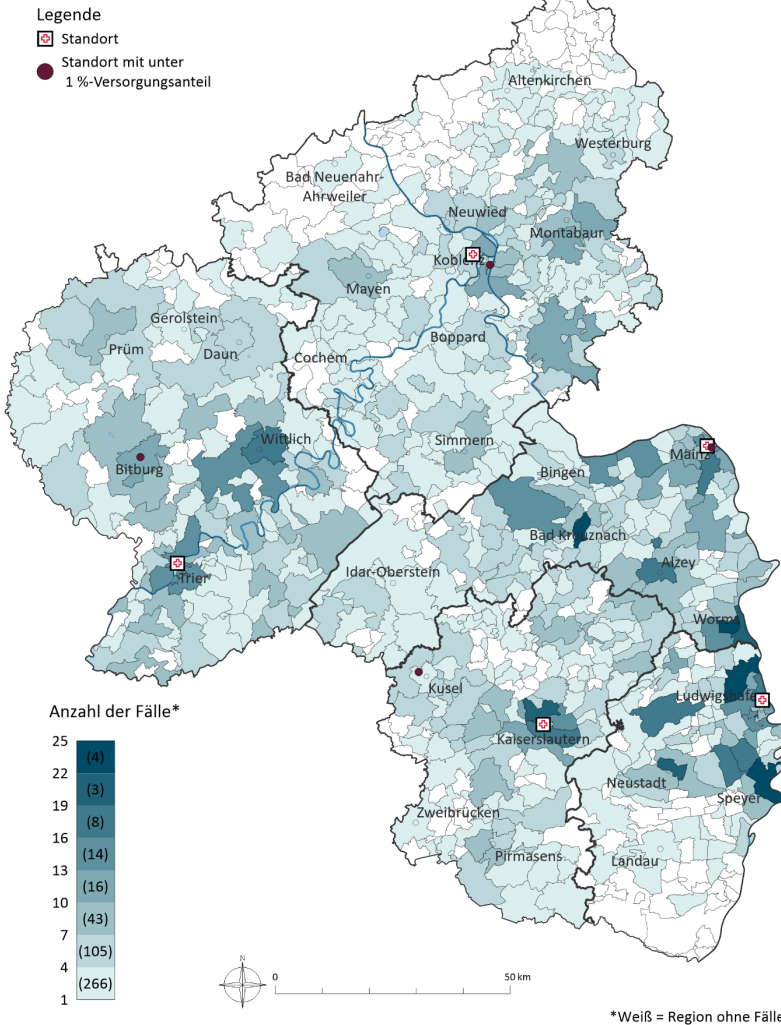


Abbildung 80: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „13.1 – Herzchirurgie“
 302

Verweildauer

Abbildung 81 zeigt die durchschnittliche Verweildauer der Fälle der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023. Die durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ ist um rund 9 % von 18 Tagen im Jahr 2019 auf 16,4 Tage im Jahr 2023 gesunken. Seit 2021 liegt die durchschnittliche Verweildauer konstant bei rund 16,4 Tagen.

³⁰² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

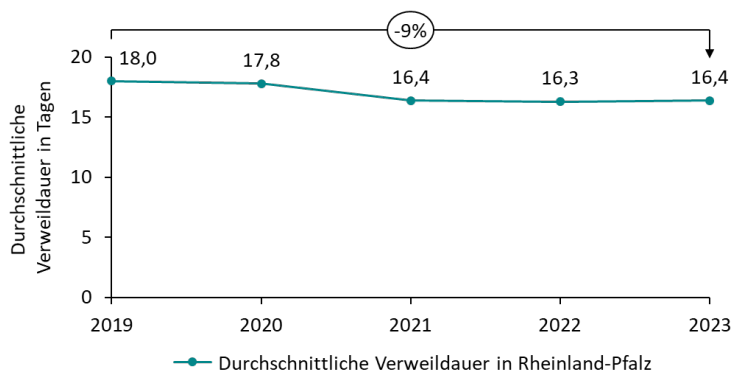


Abbildung 81: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³⁰³

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Die Prognose der vollstationären Fallzahl der in Rheinland-Pfalz zu versorgenden Patientinnen und Patienten der LG „13.1 – Herzchirurgie“ zeigt für das Jahr 2035 einen moderaten Fallzahlzuwachs von rund 7 %. In dieser Leistungsgruppe ist kein Ambulantisierungspotenzial im klassischen Sinne zu erwarten, jedoch ist in den letzten Jahren eine verstärkte Verschiebung von Fällen in den Bereich der minimalinvasiven Herzklappenintervention zu beobachten, die das prognostizierte Fallzahlwachstum in dieser Leistungsgruppe zukünftig noch geringer ausfallen lassen könnte (Abbildung 82).

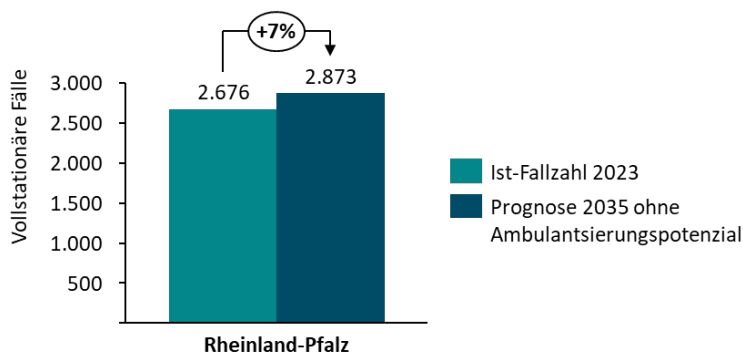


Abbildung 82: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035³⁰⁴

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Abbildung 83 stellt die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für das Jahr 2035 in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ auf der Ebene des Wohnortes dar. Berücksichtigt wurden dabei alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz. Differenziert wurde hierbei nach Versorgungsgebiet. Eine Ambulantisierung ist im Bereich der Herzchirurgie nicht zu erwarten, weshalb die Prognose lediglich ohne Ambulantisierungspotenzial dargestellt wird. Für das Jahr 2035 wird in Rheinland-Pfalz ein Fallzahlzuwachs von rund 7 % prognostiziert. Höhere Fallzahlen sind bis 2035 für alle Versorgungsgebiete zu erwarten. Dabei wird im

³⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁰⁴ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

Jahr 2035 voraussichtlich der größte Zuwachs im Versorgungsgebiet Trier (+ 10 %) und der geringste Zuwachs im Versorgungsgebiet Westpfalz (+ 3 %) zu erwarten sein.

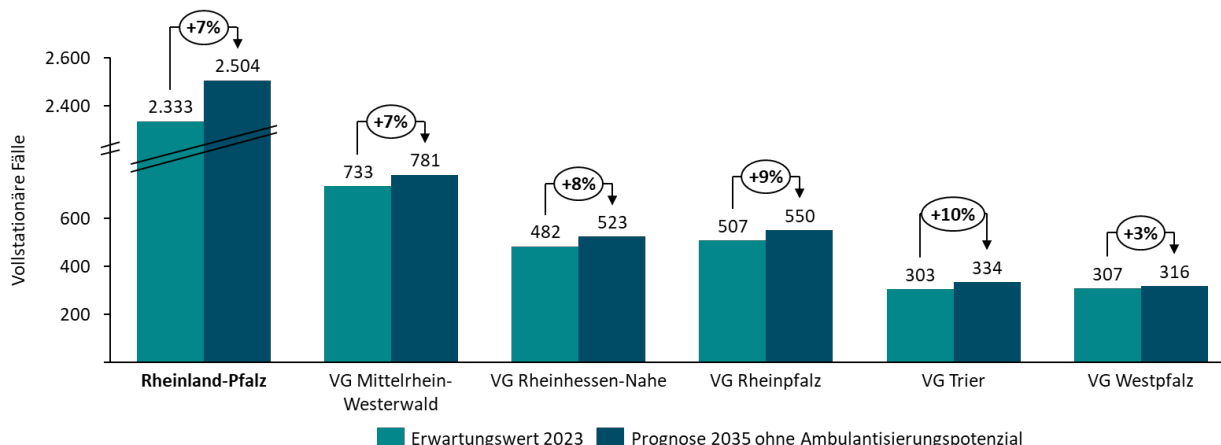


Abbildung 83: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035³⁰⁵

Standorte

An insgesamt zehn Standorten wurden im Jahr 2023 Patientinnen und Patienten in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ behandelt (Abbildung 84), wovon an vier Standorten weniger als 1 % der Fälle an der Gesamtfallzahl behandelt wurde. Da es sich hierbei um Fehlkodierungen oder Verbringungsleistungen handeln kann, werden die Standorte 7 bis 10 von der Betrachtung ausgeschlossen. Es verbleiben sechs Standorte mit einer relevanten Fallzahl in Rheinland-Pfalz. Standort 6 ist die Dependence der Herz- und Gefäßchirurgie der Unimedizin Mainz in Wiesbaden (Hessen) und nimmt daher eine gesonderte Rolle in der Betrachtung ein.

Die zwei fallzahlstärksten Standorte versorgten mehr als die Hälfte aller Fälle (rund 55 %), wovon ein Standort im Versorgungsgebiete Rheinhessen-Nahe und ein Versorger im Versorgungsgebiet Rheinpfalz verortet war. Sofern man die Dependence der Unimedizin Mainz von der Betrachtung ausklammert fallen die Standorte 4 und der Standort 5³⁰⁶ hinsichtlich ihrer vergleichsweise geringen Fallzahlen auf. Ohne Berücksichtigung weiterer versorgungsrelevanter Aspekte, wie Erreichbarkeit, kann festgehalten werden, dass sich diese herzchirurgischen Standorte hinsichtlich ihrer Größe und Fallzahl eher im Grenzbereich der Größenordnung einer Fachabteilung für Herzchirurgie befinden, sofern man die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie berücksichtigt. Neben diversen Aspekten zu personellen und infrastrukturellen Empfehlungen wird in dieser Empfehlung aus dem Jahr 2022 die Größe einer herzchirurgischen Abteilung mit 28 - 30 Normalstationsbetten genannt. Neben den Normalstationsbetten (Standard Care) müssen zudem Intensivbetten (Intermediate Care und Intensive Care) in Abhängigkeit von der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten vorgehalten werden. Daraus lässt sich eine Größen-

³⁰⁵ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

³⁰⁶ Bei Standort Nummer 5 handelt es sich um das Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz. Etwaige herzchirurgische Patientinnen und Patienten aus dem militärischen Bereich sind nicht in der Auswertung inkludiert.

ordnung von über 30 Betten (Standard, Intermediate und Intensive Care) im Bereich der Herzchirurgie herleiten.³⁰⁷ Auch unter Berücksichtigung weiterer in der Herzchirurgie versorgter Leistungsgruppen stellen die Gutachtenden fest, dass an diesen beiden Standorten keine entsprechend belegte Bettenkapazität erkennbar ist, ohne dies weiter zu bewerten.

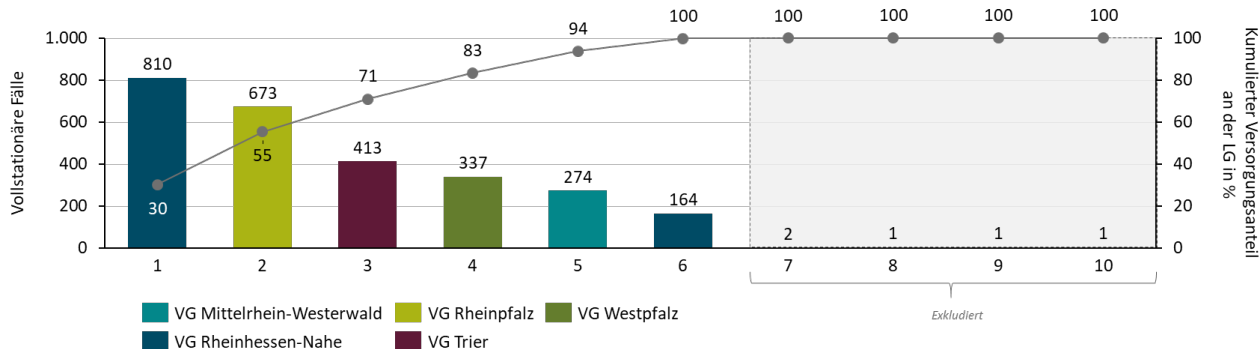


Abbildung 84: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „13.1 – Herzchirurgie“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023³⁰⁸

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Im Jahr 2023 gab es in jedem der fünf Versorgungsgebiete Rheinland-Pfalz einen Versorger der LG „13.1 – Herzchirurgie“, welcher aus den umliegenden Landkreisen innerhalb von 30 Minuten erreicht werden konnte (Abbildung 85). Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere an der Landesgrenze zu Belgien und Luxemburg, aber auch im Landesinneren im Hunsrück sowie in den Landkreisen Pirmasens und Altenkirchen. Einwohnerinnen und Einwohner dieser Regionen fuhren teilweise mehr als 40 Minuten beziehungsweise in manchen Fällen mehr als 60 Minuten zum nächstgelegenen Versorger. Insbesondere die Versorgungsgebiete Rheinpfalz und Mittelrhein-Westerwald profitierten von grenznahen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, die einen positiven Einfluss auf die theoretische Erreichbarkeit hatten.

³⁰⁷ Gummert, J. et al. (2022): Basis-Anforderungen einer Fachabteilung für Herzchirurgie, Thieme, https://www.dgthg.de/sites/default/files/Basis-Anforderungen_FAHerzchirurgie_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 15.12.2024.

³⁰⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes für das Jahr 2023.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

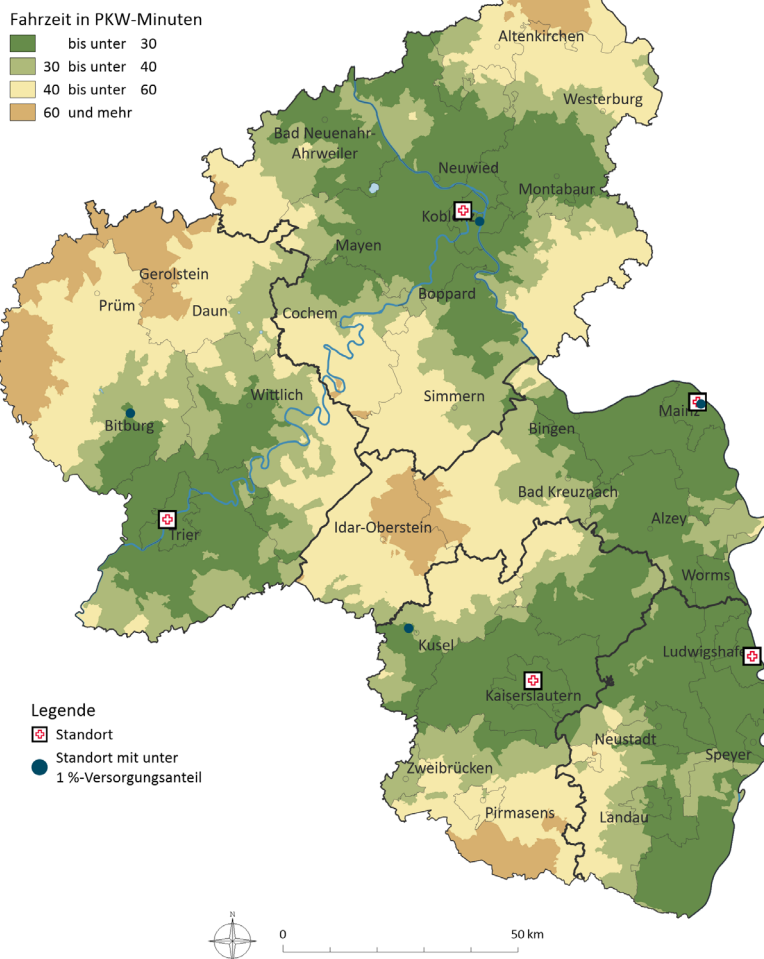


Abbildung 85: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023³⁰⁹

Die Fachliteratur weist zwei maßgebliche Orientierungswerte für die Erreichbarkeit in der Herzchirurgie aus. Das KHVVG gibt 40 Minuten als Erreichbarkeit vor, Schmitt et al. empfehlen 45 Minuten bis zum nächsten herzchirurgischen Versorgungsangebot.^{310/311} In unter 40 Minuten war dies für rund 83 % der Einwohnerinnen und Einwohner möglich (Abbildung 86).

³⁰⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

³¹⁰ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2024/400>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³¹¹ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

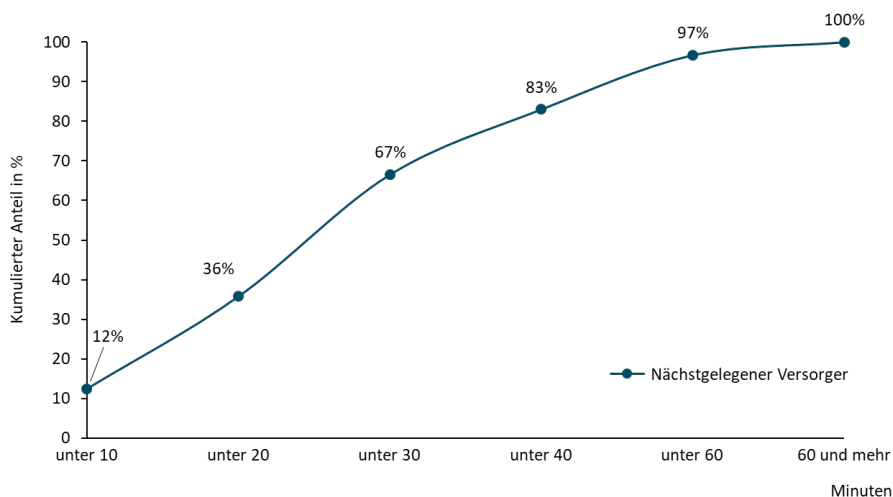


Abbildung 86: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023³¹²

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Tatsächlich benötigten die Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 durchschnittlich rund 29 Minuten für den Weg zwischen ihrem Wohn- und Behandlungsort (Tabelle 21). Abbildung 87 bildet für jedes Versorgungsgebiet die tatsächliche Fahrzeit zum Behandlungsort ab. Rund 59 % der Patientinnen und Patienten benötigten weniger als 30 Minuten zu ihrem Behandlungsort. In weniger als 40 Minuten war dies sogar rund 81 % der Patientinnen und Patienten möglich.

Innerhalb des Bundeslandes zeigen sich jedoch deutliche regionale Unterschiede. Während im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald (petrol) nur rund 60 % der Patientinnen und Patienten in weniger als 40 Minuten ihren Behandlungsort erreichten, waren es im Versorgungsgebiet Rheinpfalz (hellgrün) rund 97 %. Auch im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe (blau) konnten mehr Patientinnen und Patienten ihren Versorger in kürzerer Zeit erreichen, wohingegen die Patientinnen und Patienten des Versorgungsgebietes Trier (petrol) durchschnittlich längere Fahrzeiten hatten. Insbesondere für Patientinnen und Patienten aus dem Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lässt sich eine deutliche Abweichung zur durchschnittlichen Fahrzeit zwischen Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz feststellen (Abbildung 87), obwohl in zentraler Lage des Versorgungsgebietes eine Herzchirurgie vorhanden ist. Es lässt sich daher vermuten, dass viele Patientinnen und Patienten aus dem Versorgungsgebiet in einem anderen Versorgungsgebiet von Rheinland-Pfalz versorgt werden.

³¹² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

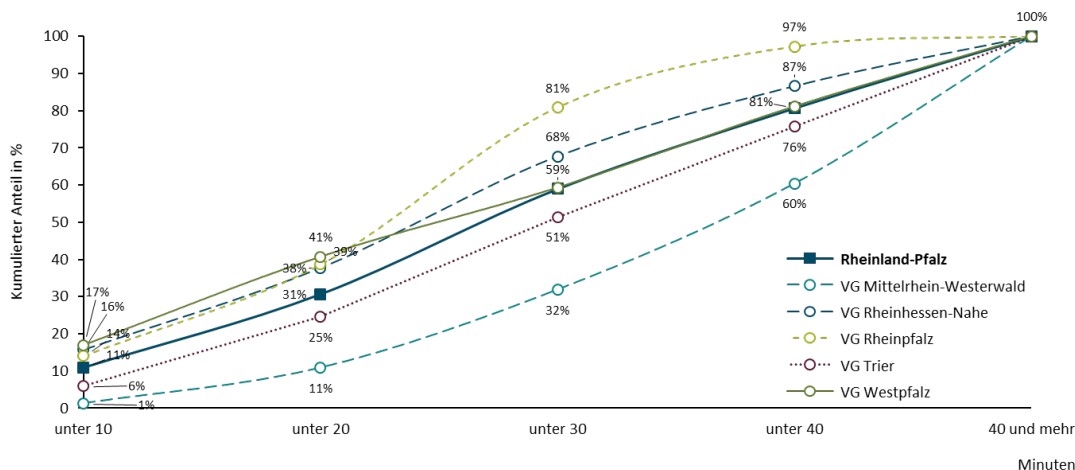


Abbildung 87: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im Jahr 2023³¹³

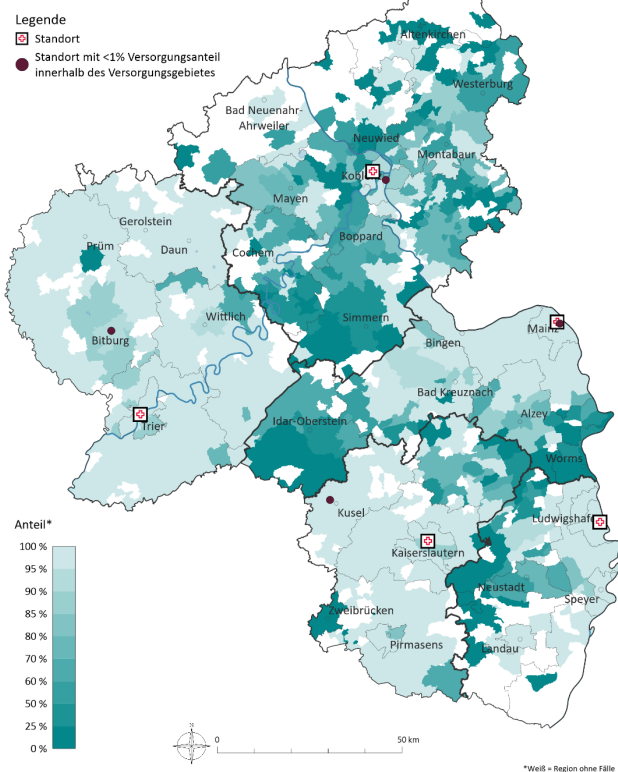
Betrachtung der Wanderung von Patientinnen und Patienten innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „13.1 – Herzchirurgie“

Ob sich die Patientinnen und Patienten auf Rheinland-Pfalz tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet beziehungsweise ihrem Land- oder Stadtkreis behandeln lassen haben, wird in Abbildung 88 dargestellt. Über Patientinnen und Patienten, die in Rheinland-Pfalz wohnen und außerhalb von Rheinland-Pfalz behandelt wurden, kann in dieser Analyse keine Aussage getroffen werden. Die linke Karte zeigt, dass sich insbesondere im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald deutliche Pendlerbewegungen über das gesamte Versorgungsgebiet abzeichneten, obwohl dort ein herzchirurgischer Versorger verortet ist. Rund 34 % aller Patientinnen und Patienten in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ aus dem Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald haben zur Behandlung einen Standort außerhalb des eigenen Versorgungsgebietes innerhalb von Rheinland-Pfalz aufgesucht. Diese Patientinnen und Patienten wurden insbesondere im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe behandelt. Inwieweit diese hohen Auspendleranteile mit begrenzten Behandlungskapazitäten des Standortes im Versorgungsgebiet zusammenhängen, kann in diesem Kontext nicht beurteilt werden. Im Gegensatz zu den hohen Auspendleranteilen innerhalb von Rheinland-Pfalz waren im Versorgungsgebiet Trier kaum Pendlerbewegungen ersichtlich. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die im Versorgungsgebiet Trier gewohnt haben und auch dort behandelt wurden, lag bei rund 97 %. Die rechte Karte zeigt, dass in den kreisfreien Städten mit Versorger in der Regel auch nahezu alle Fälle in der jeweiligen kreisfreien Stadt versorgt wurde (mehr als 95 %). In Koblenz lag der Anteil der dort behandelten Patientinnen und Patienten mit rund 89 % etwas niedriger.

³¹³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

**Anteil der Versorgung in der LG „13.1 – Herzchirurgie“
 im eigenen Versorgungsgebiet (2023)**

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



**Anteil der Versorgung in der LG „13.1 – Herzchirurgie“
 im eigenen Landkreis in Prozent (2023)**

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

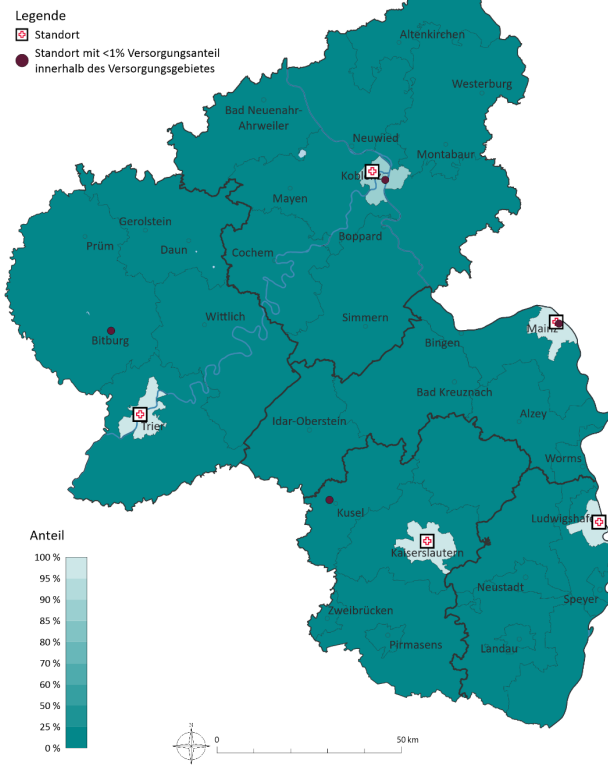


Abbildung 88: Anteil der Versorgung in der LG „13.1 – Herzchirurgie“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/kreisfreie Stadt im Jahr 2023³¹⁴

6.4.4.2 Zusammenfassung und Empfehlungen im Bereich der Leistungsgruppe „13.1 – Herzchirurgie“

In Rheinland-Pfalz gab es im Jahr 2023 zehn Standorte, die Leistungen der LG „13.1 – Herzchirurgie“ anbieten, wobei nur sechs³¹⁵ Standorte relevante und plausible Fallzahlen aufwiesen. Es verbleiben somit fünf Versorger, die sich auf alle Versorgungsgebiete verteilen. In Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2023 rund 2.680 Fälle der LG „13.1 – Herzchirurgie“ behandelt, was etwas mehr Fällen als in den vorangegangenen Jahren entspricht, jedoch noch nicht wieder auf dem Niveau von 2019 liegt. Die Fallzahl im Land Rheinland-Pfalz erscheint insgesamt nicht ausreichend hoch, um diese von fünf Versorgern behandeln zu lassen und dies gleichzeitig in wirtschaftlich und effizienten Strukturen abzubilden.

Die durchschnittliche Verweildauer lag seit 2021 konstant bei rund 16 Tagen. Für diese Leistungsgruppe wird keine Ambulantisierung prognostiziert, jedoch eine Fallzahlsteigerung von rund 7 % bis 2035.

Grundsätzlich war die Erreichbarkeit eines Versorgers in unter 30 Minuten für rund 67 % der Bevölkerung gegeben. In einigen nördlichen als auch südlichen Gebieten sowie im Zentrum von Rheinland-Pfalz waren

³¹⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes für das Jahr 2023.

³¹⁵ Die Herzchirurgie am St. Josefs-Hospital in Wiesbaden wird als Dependance der Universitätsmedizin Mainz in der zugrundeliegenden Datenbasis als eigenständiger Standort gezählt.

jedoch Fahrzeiten von teilweise über 60 Minuten nötig. An der Grenze zu Nordrhein-Westfalen, im Westerwaldkreis sowie im Stadtkreis Frankenthal konnte die Fahrzeit durch Standorte in den angrenzenden Bundesländern weiter verbessert werden. Tatsächlich wurde der Behandlungsort von rund 59 % der Patientinnen und Patienten in unter 30 Minuten erreicht. Die leichte Diskrepanz zur theoretischen Fahrzeit verdeutlicht, dass, nicht alle, aber die Mehrheit der Patientinnen und Patienten den wohnortnächsten Versorger wählten.

Trotz eines Versorgers in Koblenz zeigten sich in dem Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald hohe Pendlerbewegungen, vor allem in das Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe. Aus Sicht der Gutachtenden sollte die Leistungserbringung im Bereich der Herzchirurgie an diesem Standort hinterfragt werden. Die Analysen zeigen, dass dieser Versorger nicht die Region versorgt und verhältnismäßig wenige Fälle erbringt. Zudem gibt es in Rheinland-Pfalz vier weitere Anbieter und im Norden des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald grenzt in Nordrhein-Westfalen eine größere Herzchirurgie an. Eine theoretische Ausweitung der Leistungen am Standort in Koblenz würde die anderen Herzchirurgien im Land schwächen. Zudem ist diese Leistungsgruppe aufgrund von Behandlungsalternativen in der minimalinvasiven Klappenchirurgie (Kardiologie) tendenziell am Schrumpfen. Der Wegfall der Herzchirurgie in Koblenz würde jedoch die Erreichbarkeit im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald deutlich verschlechtern; dies ist jedoch bereits im Ist-Zustand die realfaktische Situation, da rund 34 % der Fälle aus dem Versorgungsgebiet nicht im eigenen Versorgungsgebiet versorgt werden. Für notwendige Akutbehandlungen müsste dann in Zukunft gegebenenfalls öfter auf einen Rettungshubschrauber zurückgegriffen werden. Dabei muss jedoch eine Abwägung zwischen einer stärkeren Zentralisierung der Versorgungsstrukturen und einer vertretbaren Erreichbarkeit für die Bevölkerung erfolgen, um sowohl eine qualitativ hochwertige Versorgung als auch eine angemessene Zugänglichkeit sicherzustellen. Die Verlagerung der Leistungen auf die übrigen Standorte in Rheinland-Pfalz würde jedoch zu deren Stärkung führen.

Bei Wegfall eines Standortes hat dies generell auch Auswirkung auf die minimalinvasive Herzchirurgie, die vor allem in der LG „08.4 - Minimalinvasive Herzchirurgie“ sowie der LG „08.2 – Interventionellen Kardiologie“ wiederzufinden ist. Für die LG „08.4 – Minimalinvasive Herzchirurgie“ ist die Herzchirurgie am Standort obligatorisch. Für bestimmte Eingriffe, zum Beispiel an der Mitralklappe, muss eine Kooperation mit einer Herzchirurgie in einem Umkreis von 30 Minuten geschlossen werden. Da es sich hierbei jedoch um primär elektive Fälle handelt, wären längere Fahrzeiten vertretbar. Nach Schmitt et al. können hier bis zu 180 Minuten angesetzt werden.³¹⁶Insgesamt sollten die krankenhauplanerischen Aktivitäten in Rheinland-Pfalz auch die angrenzenden Bundesländer berücksichtigen. Insbesondere die Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsgebiete Mittelrhein-Westerwald und Rheinpfalz profitierten von grenznahen herzchirurgischen Versorgern in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg.

³¹⁶ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

6.5 Geburtshilfe und Perinatalzentren

Im nachfolgenden Abschnitt wird die geburtshilfliche Versorgung in Rheinland-Pfalz analysiert. Die Darstellungen fokussieren auf die entsprechend der nordrhein-westfälischen Definition der LG „21.4 – Geburten“. Die Definition umfasst dabei alle Frauen, bei denen der ICD³¹⁷-Sekundärkode Z37.* (Resultat der Entbindung) kodiert wurde.³¹⁸ Das hat zur Folge, dass die beschriebene Leistungsgruppe nicht die Anzahl der tatsächlich geborenen Kinder in Rheinland-Pfalz erfasst, sondern vielmehr den Geburtsvorgang an sich. Die in diesem Abschnitt folgenden Auswertungen lassen daher keinen Rückschluss auf die exakte Anzahl der in Rheinland-Pfalz geborenen Kinder zu. In der Tabelle 22 werden die wesentlichen Kennzahlen zur geburtshilflichen Versorgung in Rheinland-Pfalz dargestellt und in den folgenden Abschnitten sukzessive aufgegriffen.

Tabelle 22: Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „21.4 – Geburten“ im Betrachtungsjahr 2023³¹⁹

LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	30.964 Fälle
Ø Verweildauer	Rund 3,6 Tage
Notfallanteil ³²⁰	Rund 35 %
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ³²¹	40 Minuten
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ³²²	30 Minuten
Ø Tatsächliche Fahrzeit ³²³	Rund 19 Minuten
Anzahl Standorte ³²⁴	29
– VG Mittelrhein-Westerwald	9
– VG Rheinhessen-Nahe	6
– VG Rheinland-Pfalz	7
– VG Trier	3

³¹⁷ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD); Übersetzt: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

³¹⁸ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2024): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppenelemente_stand_18.03.2024.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

³²⁰ Gemäß Aufnahmeanlass N-Notfall aus dem § 21-KHEntgG-Datensatz.

³²¹ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³²² Schmitt, J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, Monitor Versorgungsforschung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³²³ Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

³²⁴ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023	
– VG Westpfalz	4

Ergänzend wird im Abschnitt 6.5.2 auch die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Perinatalzentren beleuchtet.

6.5.1 Versorgungssituation der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2023 wurden in Rheinland-Pfalz rund 31.000 Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ versorgt (Abbildung 89). Im Vergleich zum Jahr 2019 entspricht das einem Rückgang von rund 8 %. Während von 2019 bis 2021 eine Fallzahlsteigerung verzeichnet werden konnte, sind die Fallzahlen in den darauffolgenden Jahren kontinuierlich zurückgegangen, bis sie im Jahr 2023 einen Tiefstand erreichten. Der Anteil der Fälle in den einzelnen Versorgungsgebieten ist im kompletten Betrachtungszeitraum überwiegend konstant geblieben. Den größten Fallzahlanteil hatte im Jahr 2023 das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald (rund 28 %) und den kleinsten Fallzahlanteil das Versorgungsgebiet Westpfalz (rund 11 %). Dieses Ergebnis ist erwartbar, da es die unterschiedlichen Bevölkerungsdichten und -verteilungen in den Versorgungsgebieten widerspiegelt, wodurch Regionen mit einem größeren Bevölkerungsanteil naturgemäß auch einen größeren Anteil an den gemeldeten Fällen aufweisen.

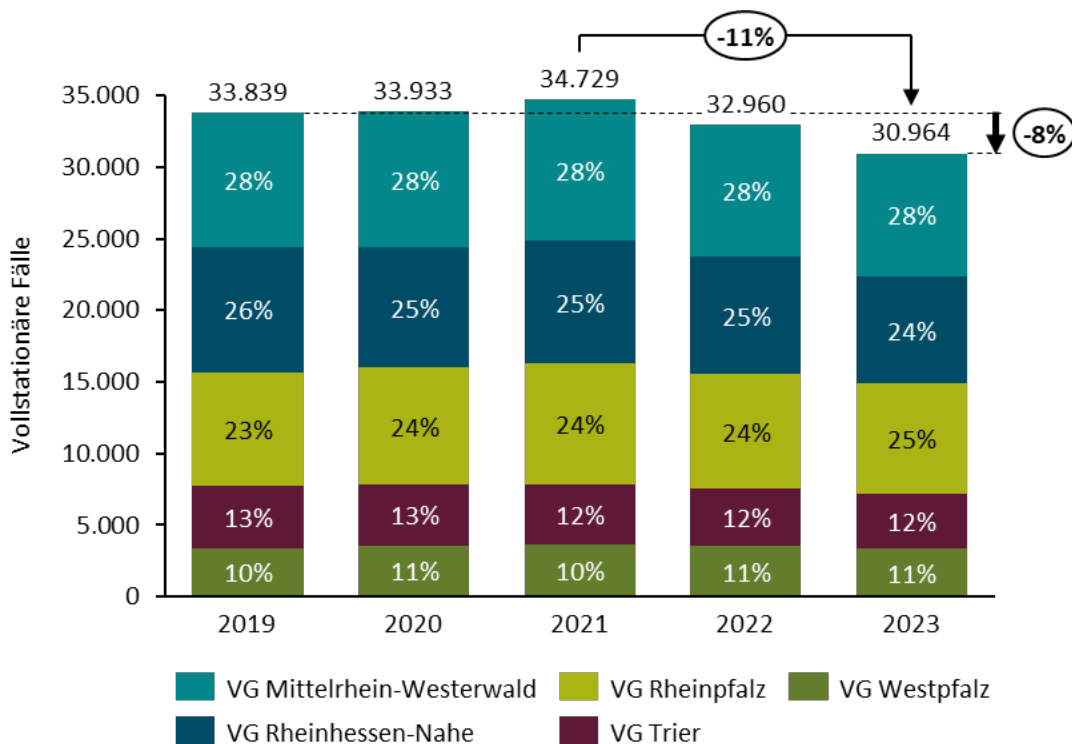


Abbildung 89: Vollstationäre Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³²⁵

³²⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Die Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ verhalten sich kongruent zu den Angaben des StaLA-RLP über die Zahl der Geburten im Land. Während im Jahr 2019 noch rund 37.200 geborene Kinder erfasst wurden, sank die Zahl im Jahr 2023 auf rund 34.500 Kinder.³²⁶

Dieser Trend betrifft nicht ausschließlich Rheinland-Pfalz, sondern kann auf die gesamte Bundesrepublik übertragen werden. Während im Jahr 2019 noch rund 9,4 Lebendgeborene auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner kamen, waren es im Jahr 2023 nur noch 8,2 Lebendgeborene. Auch im Jahr 2024 setzt sich dieser rückläufige Trend weiter fort – bis August 2024 wurden rund 3,1 % weniger Kinder geboren als im gleichen Zeitraum des Jahres 2023.^{327/328}

Die Fälle der LG „21.4 – Geburten“ mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz verteilten sich im Jahr 2023 entsprechend der Abbildung 90 über das gesamte Bundesland. Die Karte verdeutlicht das eher geringe Fallzahlaufkommen in den Versorgungsgebieten Trier und Westpfalz. Fallzahlhäufungen fanden sich insbesondere in den städtischen Regionen des Bundeslandes.

³²⁶ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): In 2023 rund 34.500 Neugeborene, 51.300 Gestorbene sowie mehr als 18.600 Eheschließungen, <https://www.statistik.rlp.de/nachrichten/nachrichtendetailseite/in-2023-rund-34500-neugeborene-51300-gestorbene-sowie-mehr-als-18600-eheschliessungen>, zuletzt abgerufen am 13.12.2023.

³²⁷ Destatis (2024): Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen, der Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³²⁸ Destatis (2024): Die Geburtenzahl sank in den ersten drei Quartalen 2024 um 2,9 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/geburten-aktuell.html>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Anzahl der Fälle je PLZ 5 in der LG „21.4 – Geburten“ (2023)
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

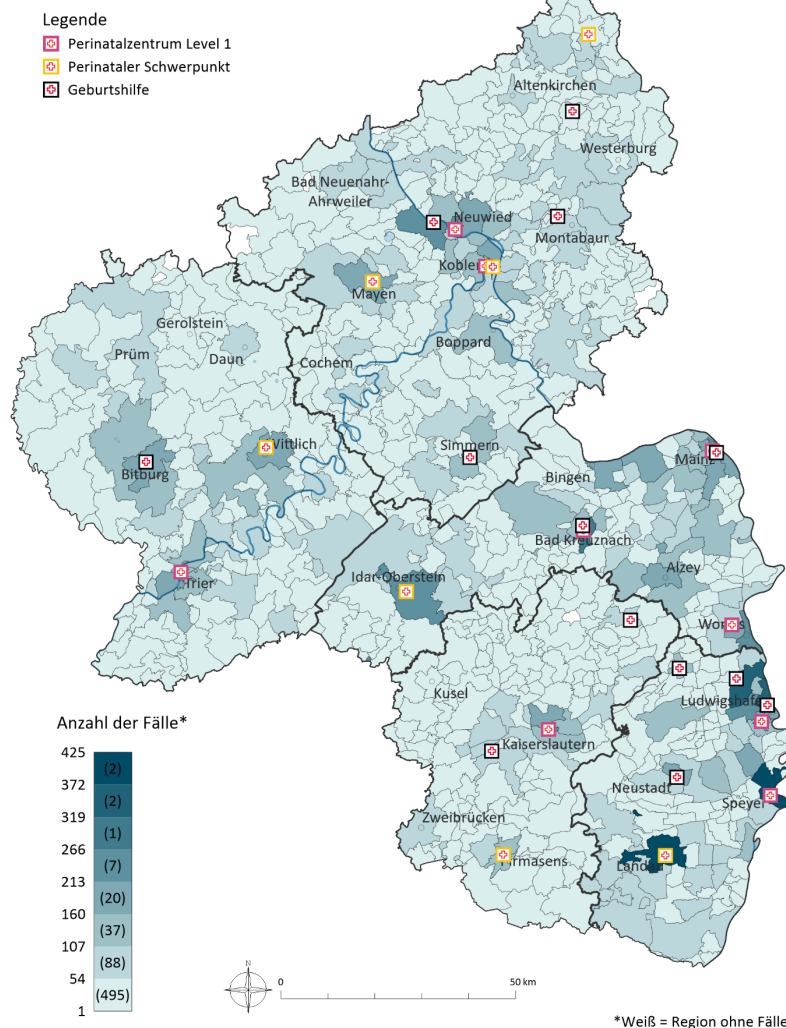


Abbildung 90: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „21.4 – Geburten“³²⁹

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen in LG „21.4 – Geburten“ reduzierte sich im Betrachtungszeitraum nur geringfügig (Abbildung 91). Im Jahr 2019 verblieben die entsprechenden Patientinnen rund 3,9 Tage im Krankenhaus. Im Jahr 2023 waren es hingegen rund 3,6 Tage, was einen Rückgang von rund 7 % oder 0,3 Tagen entspricht.

³²⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

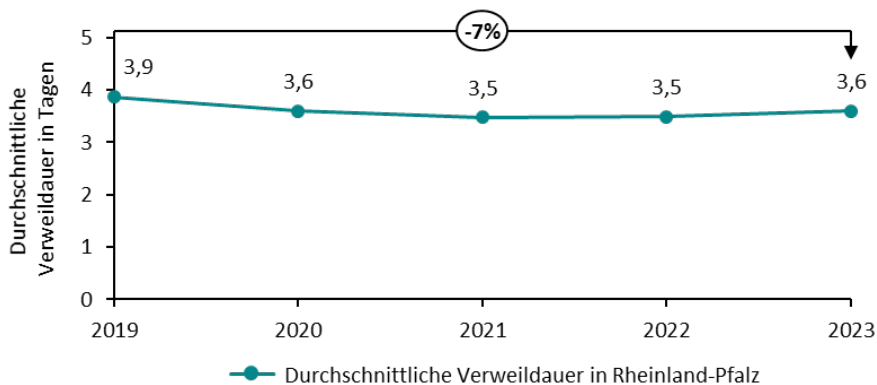


Abbildung 91: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³³⁰

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Für die Entwicklung der vollstationären Fälle der LG „21.4 – Geburten“ ist ausgehend vom Jahr 2023 auf der Behandlungsebene ein Rückgang um rund 6 % für das Jahr 2035 prognostiziert (Abbildung 92). Für das Jahr 2035 werden demnach 29.251 Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ erwartet. Die Prognose schreibt somit die zuvor beschriebenen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene der letzten Jahre fort.

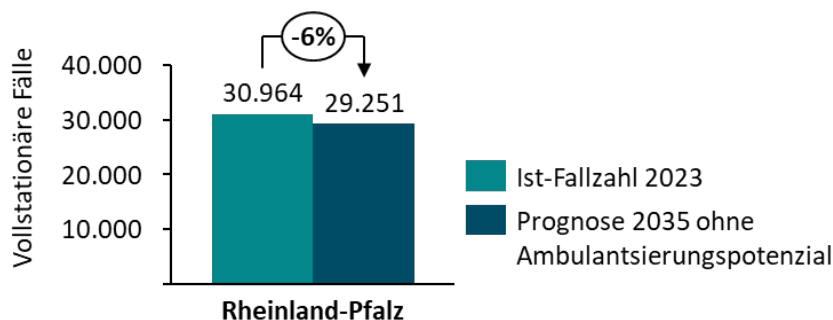


Abbildung 92: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen in der LG „21.4 – Geburten“ ohne Ambulanzsierungspotenzial für das Jahr 2035³³¹

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Die Abbildung 93 stellt die prognostizierte Entwicklung der vollstationären Fälle bis 2035 auf der Wohnortebene der Patientinnen dar, differenziert nach Versorgungsgebiet. Für das gesamte Bundesland lässt sich auch in diesem Szenario ein Rückgang von rund 6 % ableiten. Der Rückgang ist jedoch in den einzelnen Versorgungsgebieten unterschiedlich stark ausgeprägt. Während im generell fallzahlschwächsten Versorgungsgebiet Westpfalz ein Rückgang um rund 8 % prognostiziert wird, würden sich die Fälle in den Versor-

³³⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³³¹ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

gungsgebieten Rheinhessen-Nahe und Rheinpfalz nur um rund 4 % reduzieren. Im fallzahlstärksten Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald wird ein überdurchschnittlicher Rückgang von rund 7 % prognostiziert. Im Versorgungsgebiet Trier wird ein Rückgang um rund 6 % prognostiziert.

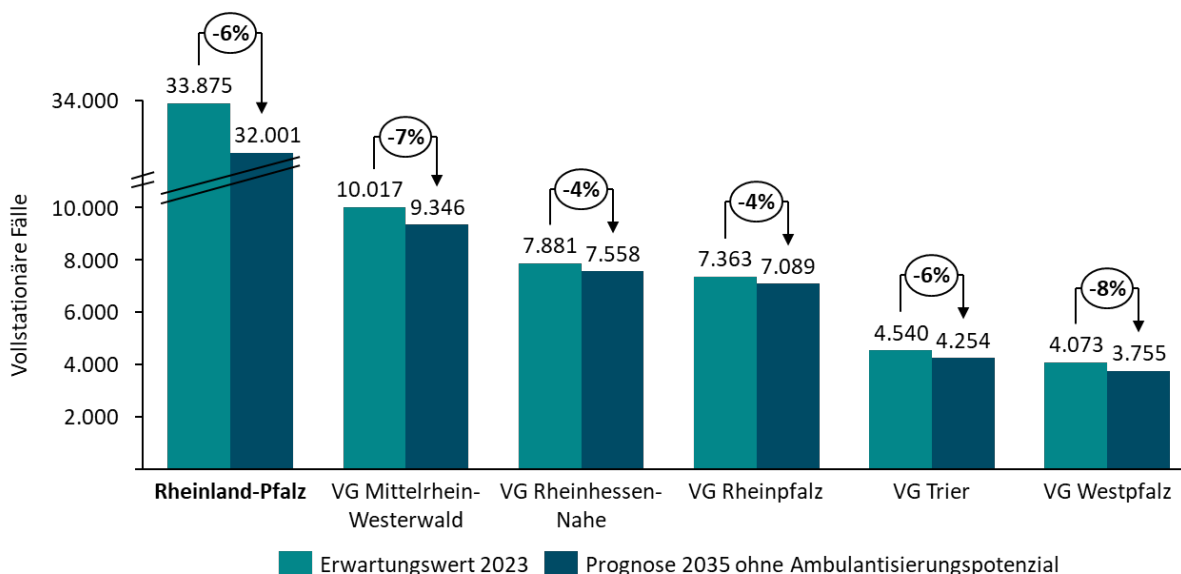


Abbildung 93: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „21.4 – Geburten“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035³³²

Standorte

Insgesamt 29 Standorte waren im Jahr 2023 an der Versorgung der Fälle in der LG „21.4 – Geburten“ beteiligt (Abbildung 94). Neun dieser Standorte waren zusätzlich als Perinatalzentrum Level 1 klassifiziert (dunkelblau), sieben Standorte hatten einen perinatalen Schwerpunkt (petrol). Bei den übrigen Standorten (hellgrün) handelte es sich ausschließlich um Geburtshilfen. Am Standort mit der Nummer 21 wurde im Jahr 2024 die Geburtshilfe geschlossen, sodass dieser Standort zukünftig nicht mehr an der Versorgung von Fällen der LG „21.4 – Geburten“ beteiligt sein wird. Auch in der Vergangenheit mussten immer wieder Geburtshilfen in Rheinland-Pfalz schließen, so auch zuletzt die Geburtshilfe am Standort in Bad Neuenahr im Jahr 2022. Der Grund dafür war laut dem Klinikum die schwierige Gewinnung von qualifiziertem Personal.³³³

³³² Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

³³³ Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler (2022): Schließung der stationären Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Bad Neuenahr, https://www.marienhaus-klinikum-ahr.de/startseite/einzelmeldung?tx_ttnews%5Btt_news%5D=11252&cHash=508b4784d952aa0511055645c5d4b71a, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Der allgegenwärtige Fachkräftemangel stellt zahlreiche Einrichtungen vor große Herausforderungen. Dies betrifft jedoch insbesondere die kleinen geburtshilflichen Versorger mit einem geringem Fallzahlaufkommen. Unabhängig vom tatsächlichen Fallzahlaufkommen müssen auch diese Einrichtungen diverse personelle Mindestanforderungen erfüllen, um eine geburtshilfliche Versorgung anbieten zu können.^{334/335/336}

Hinzu kommt, dass Versorger mit einem geringen Fallzahlaufkommen zukünftig Probleme mit der wirtschaftlichen Tragfähigkeit bekommen könnten. Expertinnen und Experten sehen ein jährliches Fallzahlaufkommen zwischen 500 und 600 Fällen in der Geburtshilfe als medizinisch-organisatorische Untergrenze an, unterhalb derer der Betrieb einer Geburtshilfe schwierig ist.^{337/338/339/340}

In Rheinland-Pfalz versorgten im Jahr 2023 vier der Standorte weniger als 500 Fälle und acht der Standorte weniger als 600 Fälle der LG „21.4 – Geburten“. Rund 10 % des Fallzahlaufkommens wurde entsprechend der Abbildung 94 in Einrichtungen mit weniger als 600 Fällen betreut, die jedoch etwas mehr als ein Viertel aller Standorte ausmachten. Alleine der Standort mit der Nummer 1 erbrachte etwa so viele Fälle wie die acht kleinsten Häuser zusammen.

Unter den acht kleinsten Versorgern befindet sich auch die Geburtshilfe in Idar-Oberstein, die bereits seit einigen Jahren einen Sicherstellungszuschlag für die Aufrechterhaltung ihrer Fachabteilung Geburtshilfe erhält. Eine finanzielle Unterstützung in Form des Sicherstellungszuschlags erhalten Fachabteilungen dann, wenn sie für die regionale Basisversorgung notwendig sind, aber aufgrund geringer Fallzahlen die Fachabteilung nicht kostendeckend finanzieren können.^{341/342}

³³⁴ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2021): Die Geburten kennen keinen Feierabend, <https://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/die-geburten-kennen-keinen-feierabend>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³³⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2023): Pflegepersonaluntergrenzen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen>, zuletzt abgerufen am 12.03.2024.

³³⁶ S2k-Leitlinie 087/001 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2021): Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³³⁷ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024): Zukunftsfähige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhauserform/BMG_Regierungskommission_12te_Zukunftsfaeihige_Versorgung.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³³⁸ Bruns, A. (2014): Das deutsche DRG-System: Die pauschale Geburt, erschienen in: Deutsches Ärzteblatt, 111 (25), S. A 1121.

³³⁹ Heller et al. (2002): Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hessen, Germany 1990-1999, erschienen in: Int J Epidemiol; 31, S.1061–1068.

³⁴⁰ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2023): Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland, https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2023/Fachempfehlung_Modelle_zu_Versorgungsstrukturen_in_der_klinischen_Geburtshilfe_2023_.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁴¹ Gemeinsamer Bundesausschuss: Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser, <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/sicherstellungszuschlaege/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁴² Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG, <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/stationaere-verguetung/vereinbarung-der-liste-der-krankhaeuser/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Die Abbildung 96 zeigt die durchschnittliche theoretische Fahrzeit auf, die die Einwohnerinnen von Rheinland-Pfalz zum nächstgelegenen geburtshilflichen Versorger im Jahr 2023 benötigten. Dabei wurden sowohl Versorger in Rheinland-Pfalz als auch in den angrenzenden Bundesländern berücksichtigt. Insgesamt zeichnet sich ab, dass die meisten Einwohnerinnen weniger als 30 Minuten zum nächstgelegenen Versorger benötigten. Ausnahmen ergaben sich insbesondere in dem Eifelkreis Bitburg-Prüm, dem Landkreis Vulkaneifel, dem Landkreis Ahrweiler, dem Rhein-Lahn-Kreis sowie dem Landkreis Kusel. Hier war, wenn auch nur in wenigen Regionen, theoretisch eine Fahrzeit bis zu 60 Minuten zum nächstgelegenen Versorger notwendig.

Die zuvor aufgezählten Landkreise gehörten zum Teil auch zu den Regionen, die von Versorgern außerhalb von Rheinland-Pfalz profitierten. Insbesondere für die Einwohnerinnen des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald verbesserte sich die Erreichbarkeit maßgeblich, unter Berücksichtigung geburtshilflicher Versorger aus Nordrhein-Westfalen sowie Hessen.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass es Kooperationsverträge mit dem belgischen Krankenhaus in St. Vith und dem französischen Krankenhaus in Wissembourg gibt, die Patientinnen, die in den Grenzregionen wohnen, mitversorgen. Der Standort, der entsprechend der Abbildung 94 im Jahr 2024 geschlossen hat, ist hier mit einem roten Kreis markiert.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „21.4 – Geburten“ (2023)



Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

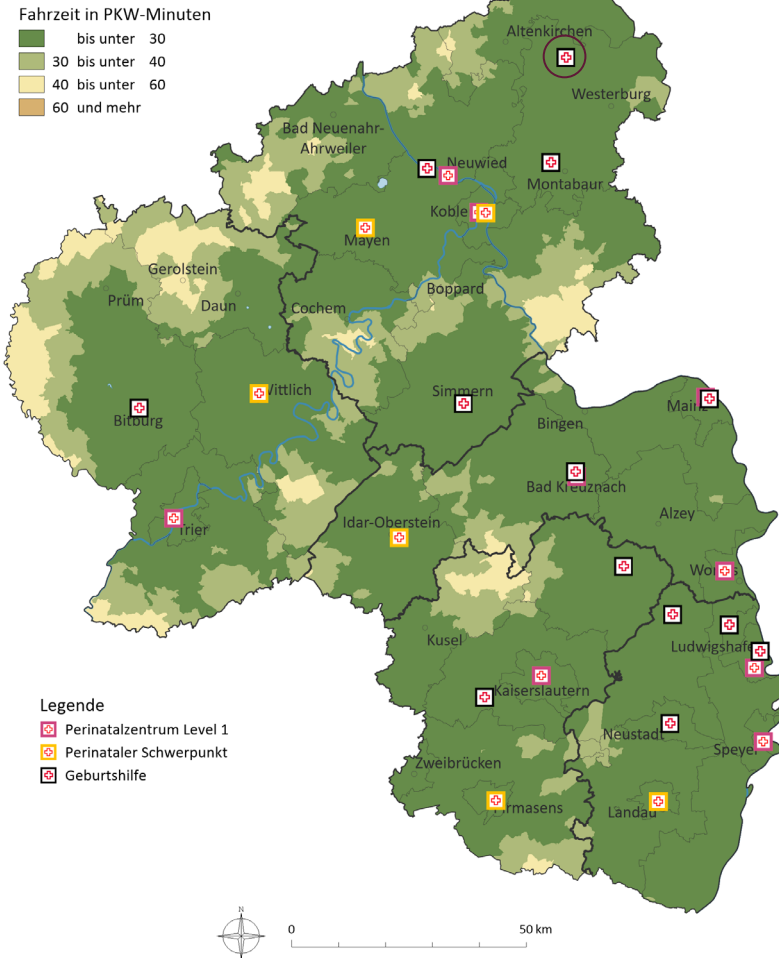


Abbildung 96: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023³⁴⁵

Die Abbildung 97 zeigt die durchschnittliche theoretische Erreichbarkeit des zweitnächsten Versorgers der Geburtshilfe im Jahr 2023, der nachfolgend auch als alternativer Versorger bezeichnet wird. Während im Versorgungsgebiet Rheinpfalz weiterhin die meisten Einwohnerinnen einen Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen konnten, gestaltete sich die Situation für die Menschen aus dem Versorgungsgebiet Trier deutlich schwieriger. Aufgrund der geringen Anzahl an Versorgern (3) sowie der geografischen Lage konnte in diesem Versorgungsgebiet ein alternativer Versorger oftmals nur in 40 oder mehr Minuten erreicht werden. Auch an der südlichen Landesgrenze nahe Pirmasens und rund um Idar-Oberstein und Simmern verdeutlicht sich die Relevanz einzelner Standorte für eine wohnortnahe Versorgung.

³⁴⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Die Darstellung verdeutlicht auch, dass für die Einwohnerinnen in der Region rund um den geschlossenen Versorger (rot umkreist) durch den Wegfall keine maßgebliche Verschlechterung der Erreichbarkeit zu erwarten ist. Einwohnerinnen war es möglich, den zweitnächsten Versorger dieser Region in der Regel in weniger als 40 Minuten zu erreichen.

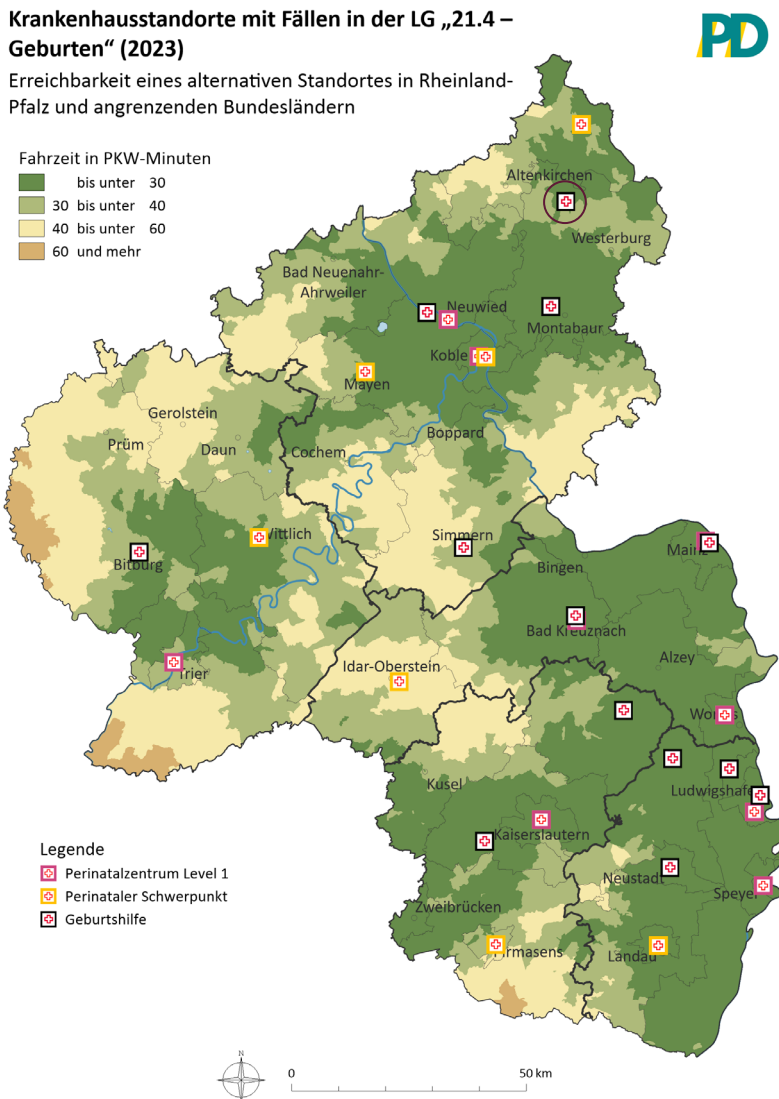


Abbildung 97: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023³⁴⁶

³⁴⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

In der Fachliteratur wird für die Erreichbarkeit eines geburtshilflichen Versorgers eine Erreichbarkeitsgrenze von 30 Minuten empfohlen – das KHVVG nennt hingegen 40 Minuten.^{347/348} Der G-BA spricht von einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn der nächstgelegene geburtshilfliche Versorger mehr als 40 Minuten entfernt ist.³⁴⁹

Im Rahmen dieses Erreichbarkeitskorridors von 30 bis 40 Minuten war es nahezu allen Einwohnerinnen von 15 bis 49 Jahren möglich, einen Versorger zu erreichen (Abbildung 98). Rund 92 % konnten einen Versorger der LG „21.4 – Geburten“ in weniger als 30 Minuten erreichen. Innerhalb von 40 Minuten war dies sogar rund 99 % der Einwohnerinnen möglich. Die Abbildung 98 in Kombination mit der Abbildung 96 verdeutlicht, dass Fahrzeiten über 40 Minuten zum nächstgelegenen Versorger nur wenige Einwohnerinnen des Bundeslandes betrafen.

Den zweitnächsten Versorger konnten in weniger als 30 Minuten rund 74 % der Einwohnerinnen erreichen. In weniger als 40 Minuten konnten hingegen theoretisch 92 % der Einwohnerinnen einen alternativen geburtshilflichen Versorger erreichen.

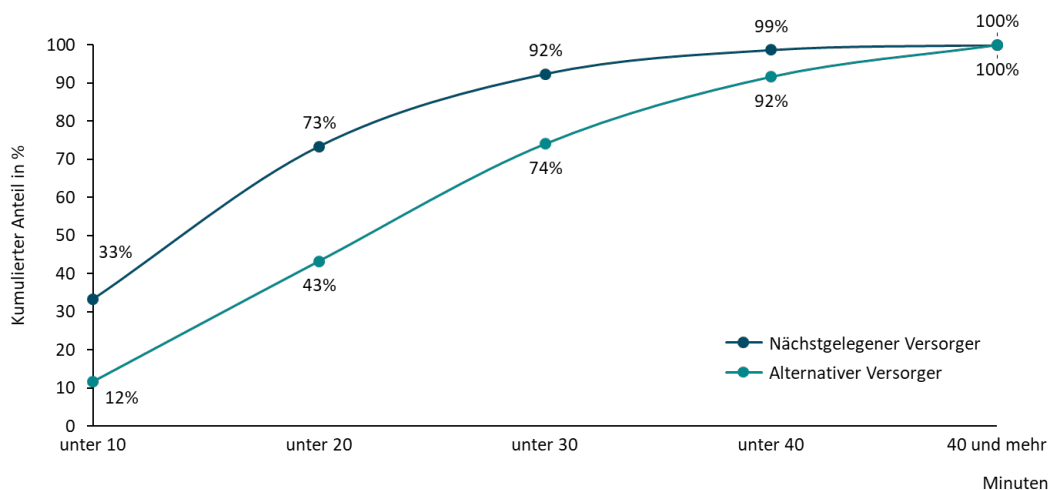


Abbildung 98: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen im Alter von 15 bis 49 Jahren zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023³⁵⁰

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Neben der theoretischen Fahrzeit wurde auch die tatsächliche Fahrzeit zur Komplettierung des Bildes betrachtet. Die Abbildung 99 bildet die tatsächliche, durchschnittlich benötigte Fahrzeit der Patientinnen aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort ab. Rund 87 % der Patientinnen aus Rheinland-Pfalz

³⁴⁷ Schmitt, J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, Monitor Versorgungsforschung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁴⁸ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³⁴⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Krankenhausplanung: Zukünftig auch Sicherstellungszuschläge für Geburtshilfe möglich, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/745/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁵⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

haben den ausgewählten geburtshilflichen Versorger in weniger als 30 Minuten tatsächlich erreicht. Die geringfügige Abweichung zur theoretischen Fahrzeit (Abbildung 96 und Abbildung 98) resultiert zum Teil wahrscheinlich aus den unterschiedlichen Methodiken zwischen der Herleitung der theoretischen und der tatsächlichen Fahrzeit (siehe Beschreibung im Methodik-Kapitel) und deutet zudem daraufhin, dass nur ein geringer Anteil Teil von Frauen zur Geburt ein Krankenhaus ausgewählt hat, das nicht gleichzeitig das nächstgelegene Krankenhaus war, beziehungsweise eines, das nicht wesentlich weiter entfernt war als das nächstgelegene. Diese Betrachtung deckt sich auch mit den Erkenntnissen aus Abbildung 100, die nachfolgend noch erläutert werden. Weniger als 40 Minuten benötigten tatsächlich rund 97 % der Patientinnen. Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Patientinnen in der Regel ihren geografisch nächstgelegenen Versorger aufsuchten. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Patientinnen im Jahr 2023 im Durchschnitt nur rund 19 Minuten zu ihrem ausgewählten geburtshilflichen Versorger zurücklegten (Tabelle 22).

In der Abbildung 99 werden zudem die durchschnittlichen Fahrzeiten der Patientinnen nach Versorgungsgebieten dargestellt. Dabei ließen sich deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsgebieten erkennen, die die zuvor beschriebenen Ergebnisse weiter verdeutlichen. Die hohe Versorgerdichte in den Versorgungsgebieten Rheinlandpfalz und Rheinhessen-Nahe sowie den daran angrenzenden Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg ermöglichte eine vergleichsweise bessere Erreichbarkeit eines geburtshilflichen Versorgers. Weniger als 30 Minuten zum nächstgelegenen Versorger benötigten im Versorgungsgebiet Rheinlandpfalz rund 96 % und im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe rund 94 % der Patientinnen. Hingegen stellte sich die Erreichbarkeit in den Versorgungsgebieten Trier und Mittelrhein-Westerwald schlechter dar. In weniger als 30 Minuten erreichten im Versorgungsgebiet Trier nur rund 74 % einen Versorger und im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald rund 81 %.

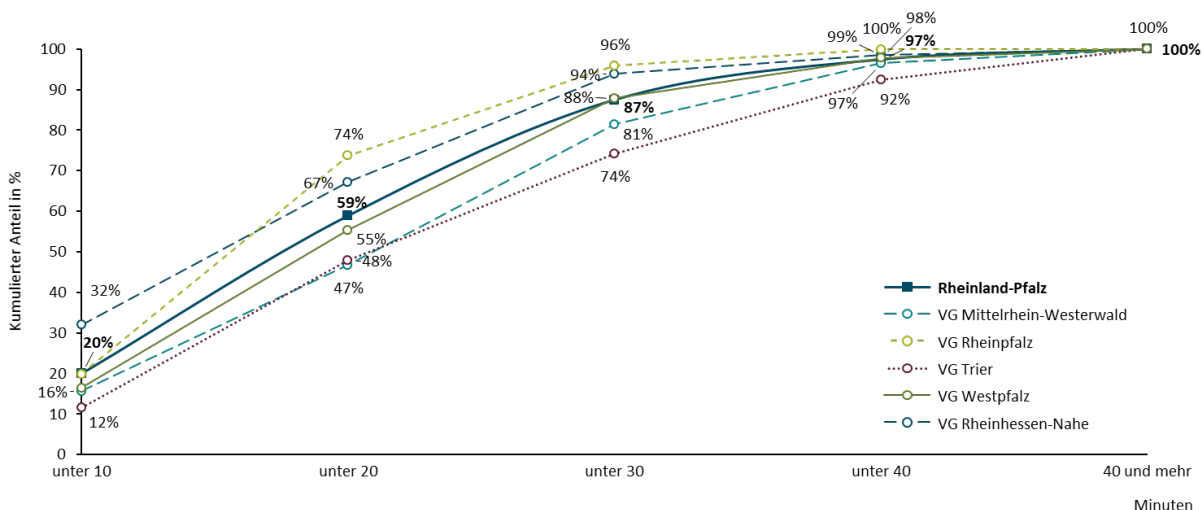


Abbildung 99: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungs-ort in der LG „21.4 – Geburten“ im Jahr 2023³⁵¹

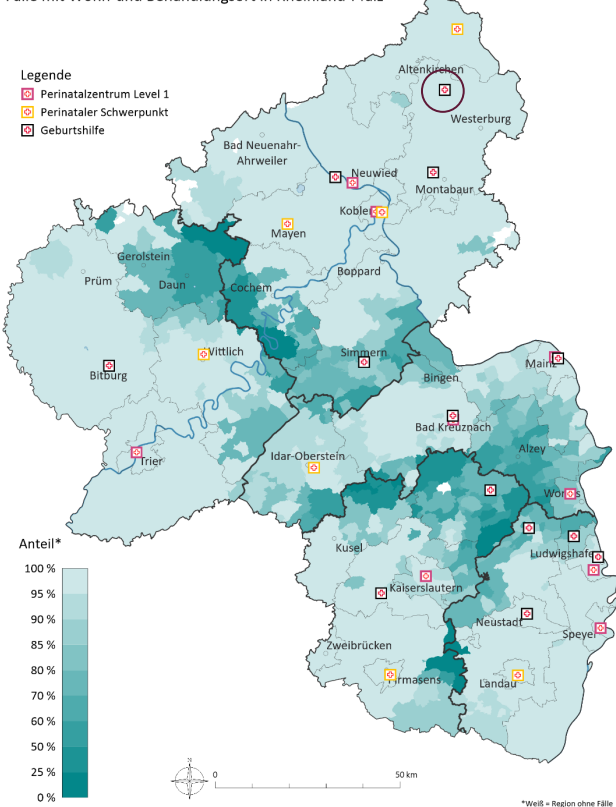
³⁵¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Betrachtung der Wanderung von Patientinnen innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „21.4 – Geburten“

Aus der Abbildung 100 geht hervor, ob sich die Patientinnen mit Wohnort Rheinland-Pfalz tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet (linke Karte) beziehungsweise ihrem Landkreis (rechte Karte) haben behandeln lassen. Die auf der linken Karte aufgezeigten Wanderungsbewegungen traten erwartungsgemäß insbesondere an den Grenzen der Versorgungsgebiete auf. Möglicherweise lag hier der nächstgelegene Versorger nicht im zugeordneten Versorgungsgebiet. So lassen sich zum Beispiel auch rund um die Standorte in Kirchheimbolanden und Simmern Pendlerbewegungen ableiten. Die rechte Karte zeigt auf, dass Patientinnen für ihre geburtshilfliche Versorgung nicht zwangsläufig den Standort im eigenen Land- oder Stadtkreis wählten, sofern es überhaupt einen Versorger gab. Patientinnen mit Wohnort in einem Stadtkreis suchten diesen Versorger tendenziell häufiger auf als Patientinnen mit Wohnort in einem Landkreis. Rot umkreist ist der Versorger in Hachenburg, der die entsprechende Geburtshilfe zu Beginn des Jahres 2024 geschlossen hat.

Anteil der Versorgung in der LG „21.4 – Geburten“ im eigenen Versorgungsgebiet (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



Anteil der Versorgung in der LG „21.4 – Geburten“ im eigenen Landkreis in Prozent (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

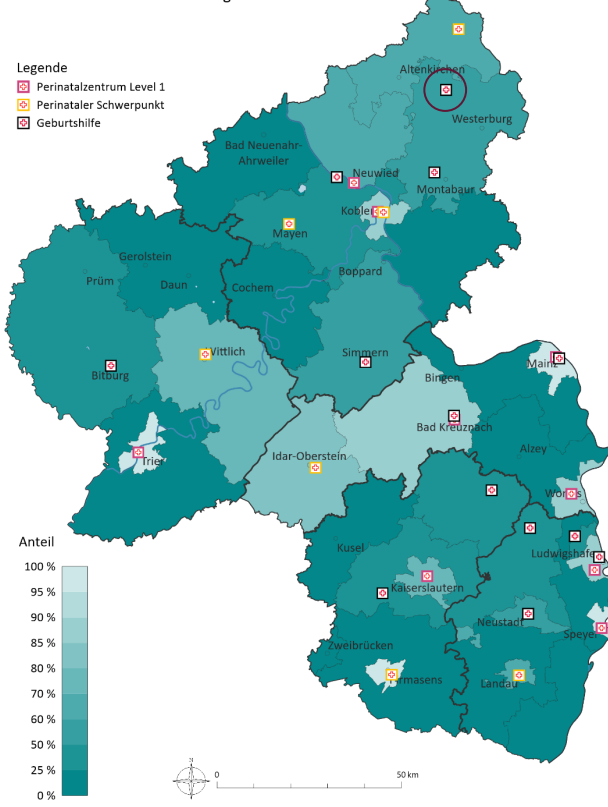


Abbildung 100: Anteil der Versorgung in der LG „21.4 – Geburten“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023³⁵²

6.5.2 Perinatalzentren

Nicht immer verläuft eine Schwangerschaft komplikationslos, weshalb es in bestimmten Fällen indiziert ist, die werdende Mutter sowie das Neugeborene in speziellen Zentren zu versorgen, die auf die besonderen

³⁵² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Bedürfnisse ausgerichtet sind. Diese Einrichtungen werden Perinatalzentren genannt und halten die entsprechend in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene definierten personellen und infrastrukturellen Ausstattungsmerkmale vor, um die Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Deutschland zu sichern.³⁵³

Die Richtlinie unterscheidet vier Versorgungsstufen:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Die Aufnahme- und Zuweisungskriterien zu den entsprechenden Versorgungsstufen basieren insbesondere auf dem Aufnahmegewicht der Neugeborenen. Früh- und Reifgeborene mit einem geschätzten Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm (g) werden der Versorgungsstufe mit den höchsten Anforderungen, also Perinatalzentren Level 1, zugewiesen. Zusätzlich gilt hier die Mindestmengenregelung des G-BA, die die Versorgung von mindestens 25 Fällen dieser Art pro Jahr vorschreibt.³⁵⁴

In einem Perinatalzentrum Level 2 sollen Früh- und Reifgeborene mit einem geschätzten Geburtsgewicht zwischen 1.250 g bis 1.499 g aufgenommen werden. Geburtshilfen mit perinatalem Schwerpunkt sollen dementsprechend Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht von über 1.500 g versorgen und gewöhnliche Geburtshilfen Schwangere ohne zu erwartende Komplikationen. Darüber hinaus gelten weitere Kriterien sowie personelle und infrastrukturelle Anforderungen, die in der entsprechenden Richtlinie nachvollzogen werden können.³⁵⁵

Wie bereits in der Abbildung 94 beschrieben, gibt es in Rheinland-Pfalz neun Perinatalzentren Level 1, kein Perinatalzentrum Level 2 sowie sieben Geburtshilfen mit perinatalem Schwerpunkt. Die weiteren Ausführungen dieses Abschnitts fokussieren ausschließlich auf die Versorgung in Perinatalzentren Level 1.

Erreichbarkeitsanalysen der theoretischen durchschnittlichen Fahrzeit

Die neun Perinatalzentren Level 1 verteilen sich im Jahr 2024 über das gesamte Bundesland, sodass in jedem Versorgungsgebiet mindestens ein Zentrum verortet werden kann (Abbildung 101). Während in den Versorgungsgebieten Trier und Westpfalz nur ein Zentrum liegt, gibt es im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe drei Zentren. Die Versorgungsgebiete Mittelrhein-Westerwald und Rheinpfalz weisen zwei Zentren auf und profitieren zusätzlich von den Versorgern der angrenzenden Bundesländer. Diese Gegebenheiten führen dazu, dass in den Regionen unterschiedliche durchschnittliche Erreichbarkeiten auftreten.

Während im Eifelkreis Bitburg-Prüm, den Landkreisen Vulkaneifel, Südwestpfalz, Birkenfeld, Altenkirchen und Cochem-Zell Fahrzeiten über 60 Minuten vorkommen, kann in den übrigen Regionen ein Perinatalzentrum Level 1 überwiegend in weniger als 40 Minuten erreicht werden.

Bei der Versorgung von Fällen in Perinatalzentren Level 1 handelt es sich häufig um hoch spezialisierte Behandlungen. Die Fachliteratur geht mitunter daher davon aus, dass eine Fahrzeit von 90 Minuten zum

³⁵³ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁵⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Mindestmengenregelungen, <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁵⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

nächstgelegenen Perinatalzentrum Level 1 vertretbar ist.³⁵⁶ Unter Berücksichtigung dieser Empfehlung lässt sich die dargestellte Erreichbarkeit eines Perinatalzentrums Level 1 im Jahr 2024 als annehmbar bewerten.

Hier zeigt sich exemplarisch das Problem, bei einer – glücklicherweise – geringen Fallzahl von Neugeborenen die eine Level-1-Neonatologie benötigen, diese möglichst flächendeckend vorzuhalten. Geringe Gesamtfallzahlen und hohe Mindestfallzahlenanforderungen führen zwangsläufig zu einer Beschränkung des Angebotes. So dass in einigen Regionen, wie zum Beispiel der Region Koblenz und Neuwied, eine Reduktion von Perinatalzentren Level 1 geprüft werden könnte, um das kontinuierliche Erreichen der Mindestmengen wahrscheinlicher zu machen.

Krankenhausstandorte der Perinatalzentren Level 1 (2024)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

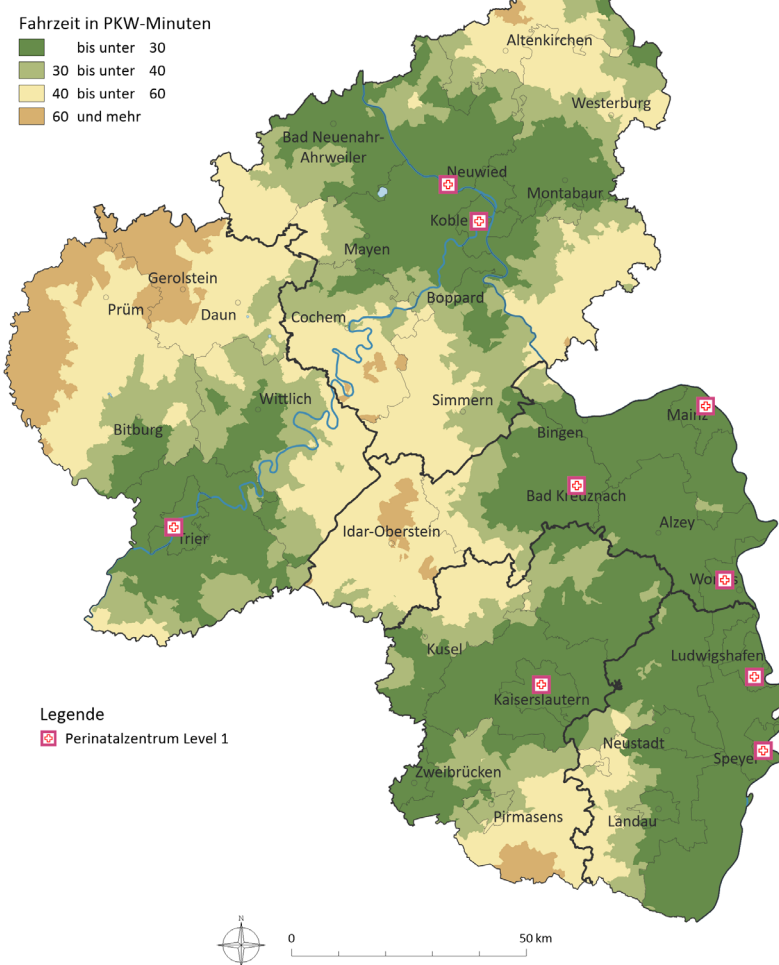


Abbildung 101: Erreichbarkeit von Perinatalzentren Level 1 im Jahr 2024³⁵⁷

³⁵⁶ Schmitt, J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, Monitor Versorgungsforschung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁵⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Mindestmengen-Transparenzkarte. AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzkarte 2024, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2024/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

In der Abbildung 102 wird die Erreichbarkeit des zweitnächsten Perinatalzentrums Level 1 im Jahr 2024 dargestellt. Insbesondere im Versorgungsgebiet Rheinpfalz sowie im östlichen Teil des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe bleibt die Erreichbarkeit weiterhin sehr gut. Hervorzuheben ist hier jedoch das Versorgungsgebiet Trier. Aufgrund der geografischen Lage und der geringen Standortanzahl ist die Resilienz hier gering. Der Wegfall des einzigen Versorgers hätte maßgebliche Auswirkungen auf die Erreichbarkeit im Versorgungsgebiet.

An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass vier der neun Versorger die erforderliche Mindestmenge von 25 Fällen im Jahr 2023 nicht erreicht haben. Diesen Versorgern wurde trotzdem eine positive Prognose bescheinigt, weshalb sie weiterhin als Perinatalzentrum Level 1 klassifiziert sind. Die Fallzahlentwicklungen der Versorger sollten beobachtet werden, um frühzeitig reagieren zu können.

Bei einer Unterschreitung besteht prinzipiell die Möglichkeit, eine Ausnahmegenehmigung durch die Landesbehörde zu erteilen, sollte die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet sein.^{358/359}

³⁵⁸AOK (2025): Mindestmengen-Transparenzkarte 2025, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenz-karte-2025/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁵⁹ Vgl. § 136b Absatz 5a SGB V.

Krankenhausstandorte der Perinatalzentren Level 1 (2024)

Erreichbarkeit eines alternativen Standortes in
 Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

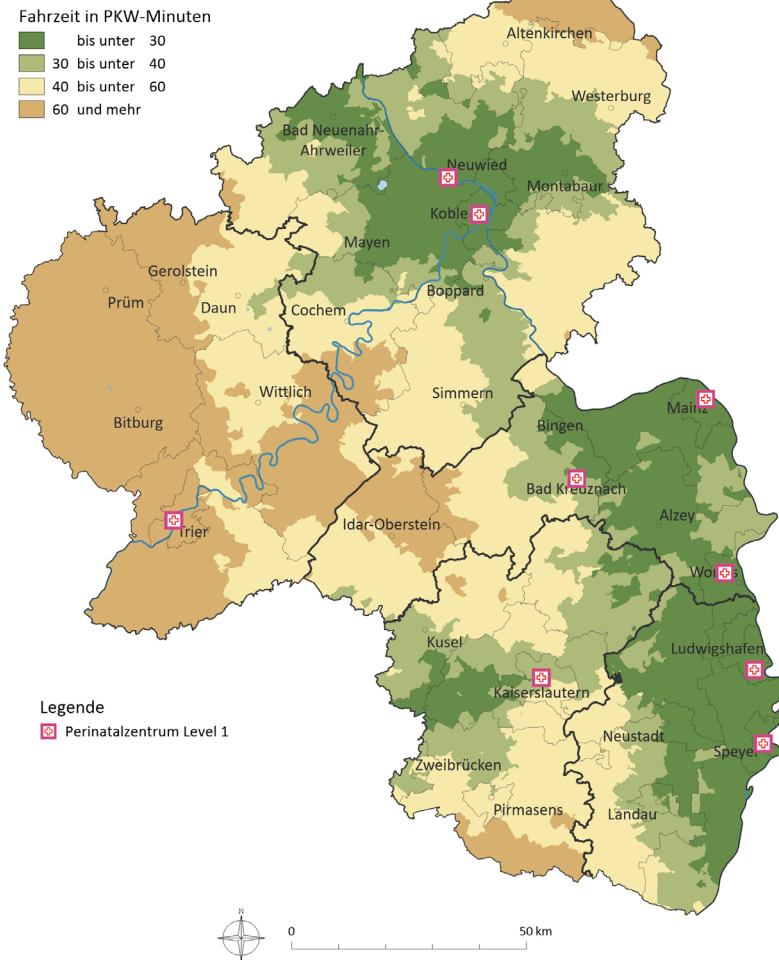


Abbildung 102: Erreichbarkeit eines alternativen Perinatalzentrums Level 1 im Jahr 2024³⁶⁰

Die Betrachtung der prozentualen Werte zeigt, dass rund 98 % der Einwohnerinnen im Alter von 15 bis 49 Jahren ein Perinatalzentrum Level 1 in weniger als 60 Minuten theoretisch erreichen können (Abbildung 103). Das zweitnächste Perinatalzentrum Level 1 in Rheinland-Pfalz oder angrenzenden Bundesländern kann von rund 87 % in diesem Zeitrahmen erreicht werden.

³⁶⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Mindestmengen-Transparenzkarte. AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzkarte 2024, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2024/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

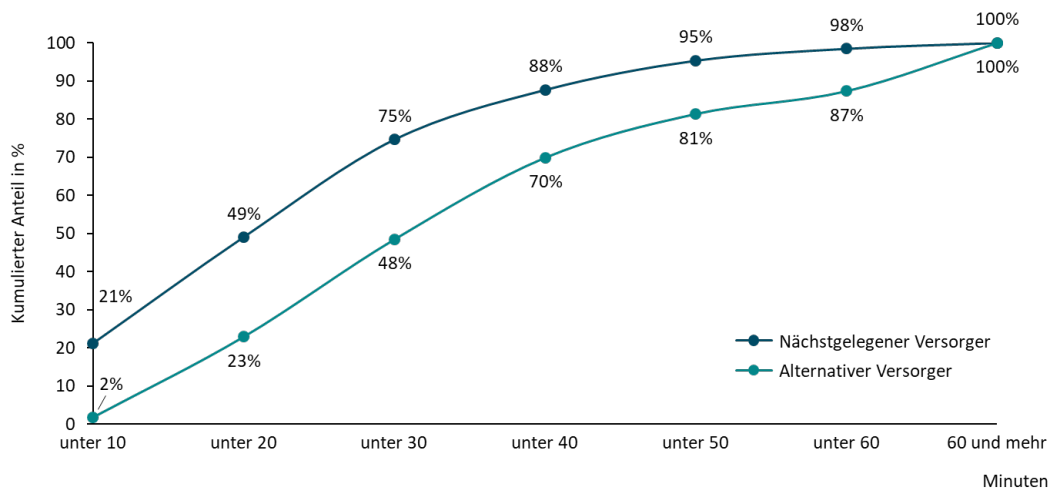


Abbildung 103: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen im Alter von 15 bis 49 Jahren zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Perinatalzentrum Level 1 in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024³⁶¹

6.5.3 Zusammenfassung und Empfehlungen

Rund 31.000 Fälle der LG „21.4 – Geburten“ wurden im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz versorgt. Der größte Anteil daran wurde im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald versorgt (rund 28 %). Insgesamt 29 Standorte waren an der Versorgung beteiligt, wobei der größte Anteil der Versorger (neun Standorte) im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lag. Acht der Standorte versorgten jeweils weniger als 600 Fälle der LG „21.4 – Geburten“ und fielen somit unter die medizinisch-organisatorische Grenze. Die Fallzahlentwicklungen dieser Standorte sollten weiter beobachtet werden, da Tragfähigkeitsprobleme bei einem weiterhin niedrigen Fallzahlaufkommen erwartbar sind.

Die Erreichbarkeit eines geburtshilflichen Versorgers ist für die Einwohnerinnen in Rheinland-Pfalz als gut zu bewerten. In weniger als 40 Minuten konnten theoretisch nahezu alle Einwohnerinnen (rund 99 %) eine Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz oder den angrenzenden Bundesländern erreichen. Zusätzlich gibt es länderübergreifende Kooperationen mit Kliniken in Belgien und Frankreich, die Einwohnerinnen grenznaher Regionen zusätzliche Möglichkeiten der Entbindung bieten.

Die tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen stimmt weitgehend mit den theoretischen Fahrzeiten überein, jedoch lassen sich anhand der Abbildung 99 regionale Unterschiede der Versorgungsgebiete ableiten. Insbesondere im Versorgungsgebiet Trier und angrenzenden Regionen gibt es wenige geburtshilfliche Versorger, sodass Patientinnen hier im Durchschnitt oftmals längere Fahrzeiten hatten als in den übrigen Versorgungsgebieten. Für Einwohnerinnen dieser Region wäre es möglich, alternative Versorgungsmodelle zu entwickeln und prüfen. Denkbar wären beispielsweise sogenannte Boardinghäuser, wo Schwangere entsprechend einer individuellen Risikobeurteilung bereits vor der eigentlichen Entbindung in der Nähe einer

³⁶¹ Eigene Darstellung auf Basis der Mindestmengen-Transparenzkarte sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz. AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzkarte 2024, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2024/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Geburtshilfe untergebracht werden. Die Schwangeren könnten so beim Start des Geburtsvorgangs schnellstmöglich die entsprechende Geburtshilfe erreichen.³⁶²

Gleichzeitig gibt es jedoch auch Regionen in Rheinland-Pfalz, in denen tendenziell von einem Überangebot geburtshilflicher Versorger gesprochen werden kann. Insbesondere im Versorgungsgebiet Rheinpfalz gibt es viele Standorte, die zum Teil ein geringes Fallzahlaufkommen aufweisen. Hinzu kommen die grenznahen Geburtshilfen in Baden-Württemberg, die insgesamt zu einem sehr vielfältigen geburtshilflichen Angebot führen. Dennoch führen Schließungen von Standorten nicht zwangsläufig zur Stärkung der Standorte im Bundesland selbst. Beispielsweise hat das Ausscheiden der Geburtshilfe in Bad Neuenahr-Ahrweiler nicht dazu geführt, dass die umliegenden Standorte in Rheinland-Pfalz eine deutliche Fallzahlsteigerung verzeichneten. Wahrscheinlich haben Schwangere eher das Versorgungsangebot im angrenzenden Nordrhein-Westfalen angenommen.

Die insgesamt neun Perinatalzentren Level 1 sind über das gesamte Bundesland verteilt. Vier der Zentren erreichten jedoch zuletzt nicht die erforderliche Mindestmenge. Ein möglicher Wegfall des Perinatalzentrums Level 1 im Versorgungsgebiet Trier hätte beispielsweise maßgebliche Auswirkungen auf die Erreichbarkeit, da es sich hierbei um das einzige Perinatalzentrum Level 1 in der Region handelt. Das MWG und die Krankenkassen werden in dieser Region von Ihrem Gestaltungsspielraum bei der Durchsetzung der Mindestmengenregelung Gebrauch machen müssen, um die Versorgungssicherheit in dieser Region zu gewährleisten. Anders ist es in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Rheinhessen-Nahe, wo eine Reduzierung der Standorte der perinatalen Versorgung auf Level 1 zu keiner wesentlichen Einschränkung führen würde. Denkbar ist dabei auch die Umwidmung von einzelnen Level-1-Zentren zu perinatalen Schwerpunkten.

6.6 Kinder- und Jugendmedizin

Für die Versorgung pädiatrischer Patientinnen und Patienten, also von Personen unter 18 Jahren, sind primär die im Leistungsbereich „23 – Kinder- und Jugendmedizin“ enthaltenen Leistungsgruppen „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“, „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation“ und „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“ sowie die Leistungsgruppe „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ vorgesehen. Neben diesen Leistungsgruppen werden pädiatrische Fälle teilweise auch den LG „09.1 – Allgemeine Chirurgie“ oder „24.1 – HNO“ zugeordnet. Der größte Teil pädiatrischer Fälle wird jedoch der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ zugeordnet, weshalb in diesem Kapitel der Fokus auf dieser Leistungsgruppe liegt. An geeigneter Stelle werden relevante Aussagen zu den übrigen pädiatrischen Leistungsgruppen (10.1, 23.2 und 23.3) gemacht. Es sei jedoch bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es insgesamt nur wenige dieser Anbieter und ein begrenztes Fallzahlspektrum gab.

³⁶² Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2023): Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland, https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/DGGG/2023/Fachempfehlung_Modelle_zu_Versorgungsstrukturen_in_der_klinischen_Geburtshilfe_2023_.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Fälle werden der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ über die entlassende Fachabteilung zugeordnet. Die genauen Bezeichnungen der Fachabteilungen können in der Definition der Leistungsgruppen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen nachvollzogen werden.³⁶³

Die wesentlichen Erkenntnisse aus den Analysen der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ finden sich in Tabelle 23 und werden im nachfolgenden Abschnitt aufgegriffen.

Tabelle 23: Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Betrachtungsjahr 2023³⁶⁴

LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	38.801 Fälle
Ø Verweildauer	rund 3,2 Tage
Notfallanteil ³⁶⁵	rund 63 %
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ³⁶⁶	40 Minuten
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ³⁶⁷	30 Minuten
Ø Tatsächliche Fahrzeit ³⁶⁸	rund 21 Minuten
Anzahl Standorte ³⁶⁹	15
– VG Mittelrhein-Westerwald	3
– VG Rheinhessen-Nahe	4
– VG Rheinpfalz	4
– VG Trier	2
– VG Westpfalz	2

³⁶³ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2024): Definition der Leistungsgruppen, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_leistungsgruppenelemente_stand_18.03.2024.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

³⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

³⁶⁵ Gemäß Aufnahmearbeit N-Notfall aus dem § 21-KHEntgG-Datensatz.

³⁶⁶ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³⁶⁷ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

³⁶⁸ Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

³⁶⁹ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

6.6.1 Versorgungssituation der Kinder- und Jugendmedizin in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2019 wurden in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ rund 41.500 Fälle behandelt (Abbildung 104). Nach dem starken Einbruch in 2020 um rund 21 % erholten sich die Fallzahlen bis 2022 wieder auf über 39.000 Fälle. Damit lagen die Fallzahlen jedoch noch immer unter denen von 2019. Die Fallzahlentwicklung hat sich seitdem wieder umgekehrt, sodass in 2023 knapp 600 Fälle oder 6 % weniger als 2022 versorgt wurden.

Den größten Fallzahlanteil über den Betrachtungszeitraum hatte dabei das Versorgungsgebiet Rheinhes-sen-Nahe (blau). In den Versorgungsgebieten Trier (rot) und Westpfalz (dunkelgrün) wurden hingegen deut-lich weniger Fälle behandelt. Wie bereits in Abschnitt 1.3.2 aufgezeigt, gehörten die Versorgungsgebiete Trier und Westpfalz zu den Regionen mit geringem Anteil jüngerer Einwohnerinnen und Einwohner.

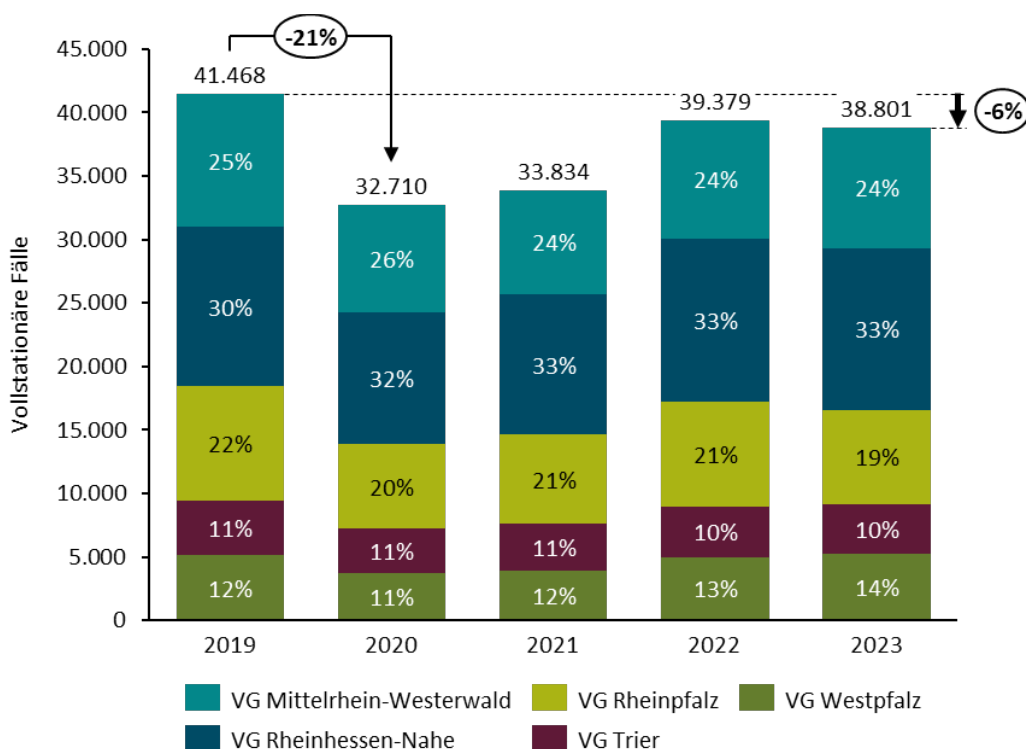


Abbildung 104: Vollstationäre Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³⁷⁰

Pädiatrischen Fälle sind selten gut planbar, da sie oftmals als Notfall aufgenommen werden. In der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ lag der Notfallanteil im Jahr 2023 bei rund 63 % (Tabelle 23).

Abbildung 105 stellt den Wohnort der in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ behandel-ten Fälle im Jahr 2023 dar. Vergleichsweise wenige Fälle (nominal) mit Wohn- und Behandlungsort Rhein-land-Pfalz traten im Versorgungsgebiet Trier auf. Fallzahlhäufungen sind erwartungsgemäß insbesondere

³⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

in den meisten städtischen Regionen zu verzeichnen, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass dort absolut betrachtet mehr Kinder und Jugendliche leben.³⁷¹

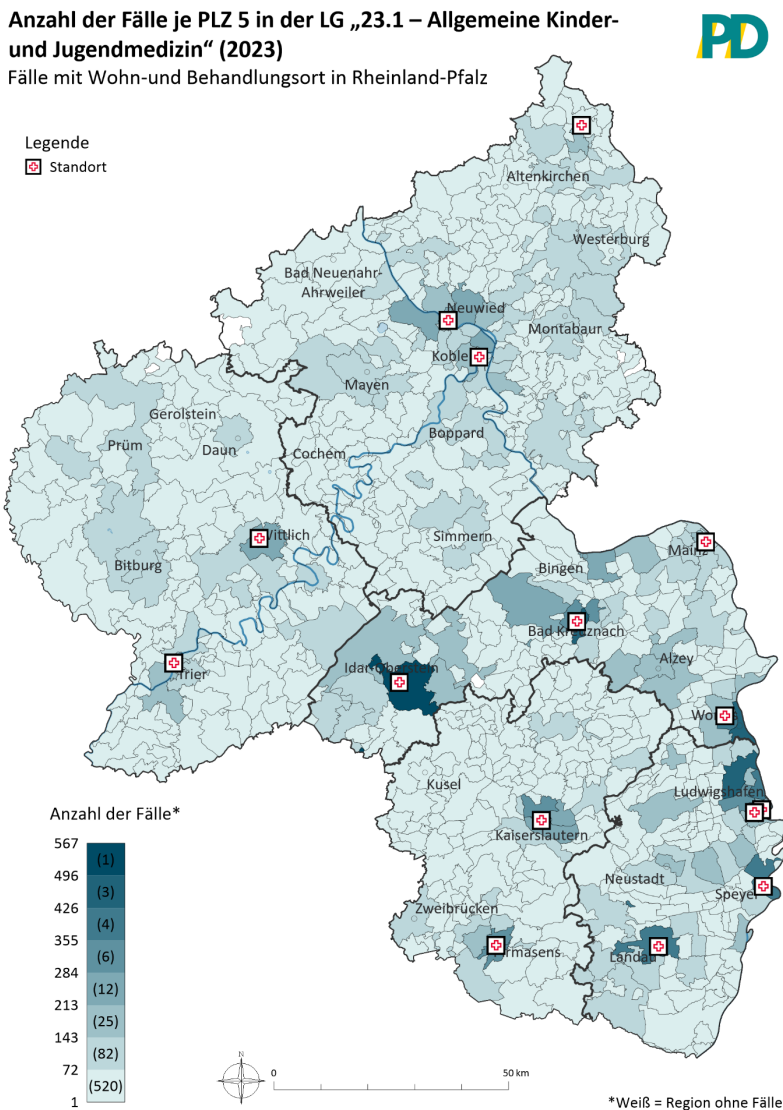


Abbildung 105: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort Rheinland-Pfalz in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“³⁷²

Um die übrigen pädiatrischen Leistungsgruppen einordnen zu können, werden diese nachfolgend detailliert analysiert.

In der LG „23.2 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation“ wurden in Rheinland-Pfalz im Betrachtungszeitraum insgesamt nur fünf Fälle versorgt. Aufgrund der geringen Anzahl an Fällen wird diese Leistungsgruppe im Weiteren nicht weiter in den Analysen berücksichtigt. Auch die Fallzahlen der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“ bewegten sich in einem

³⁷¹ Aufgrund der Kleinteiligkeit mancher Postleitgebiete kann sich ein hohes Fallzahlaufkommen unter Umständen auch auf viele einzelne Postleitgebiete verteile.

³⁷² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

niedrigen dreistelligen Bereich (Abbildung 106). Von 2019 auf 2020 haben sich die Fallzahlen deutlich erhöht und bewegen sich seitdem auf einem relativ konstanten Niveau. Wie auch in der Erwachsenenmedizin steht hinter diesem Anstieg vermutlich eine Veränderung der Therapie, jedoch nicht ein Anstieg von Erkrankungen. Im Jahr 2023 wurden 195 Fälle versorgt, dies entspricht im Vergleich zu 2019 einem Zuwachs um rund 74 %. Beteiligt an der Versorgung waren zwei Standorte, welche sich im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald und im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe befinden. Die jeweilige Fallzahl pro Jahr der beiden Häuser schwankte im Betrachtungszeitraum deutlich. Insgesamt handelt es sich bei den beiden Leistungsgruppen um hochspezialisierte Versorgungsformen, weshalb es nicht sinnvoll ist, ein entsprechendes Leistungsangebot an vielen Standorten vorzuhalten.

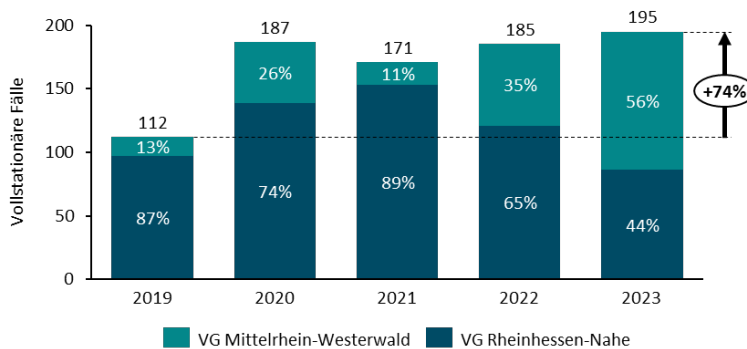


Abbildung 106: Vollstationäre Fälle in der LG „23.3 – Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³⁷³

In Abbildung 107 wird die Fallzahlentwicklung der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ abgebildet. Insgesamt wird ausgehend vom Jahr 2019 auf 2023 ein Fallzahlrückgang um rund 16 % ersichtlich. Während im Jahr 2019 noch 2.800 Fälle in der Leistungsgruppe versorgt wurden, waren es im Jahr 2023 nur noch rund 2.400 Fälle. Die Versorgung wird auch in dieser Leistungsgruppe von zwei Standorten in Rheinland-Pfalz übernommen – einer im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe und einer im Versorgungsgebiet Trier. Der Fallzahlanteil der jeweiligen Standorte war über den Betrachtungszeitraum weitestgehend konstant. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass pädiatrische Fälle der Chirurgie oftmals auch in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ oder der LG „09.1 – Allgemeine Chirurgie“ versorgt werden. Eine geringe Fallzahl lässt nicht direkt darauf schließen, dass insgesamt wenige pädiatrisch-chirurgische Fälle versorgt wurden.

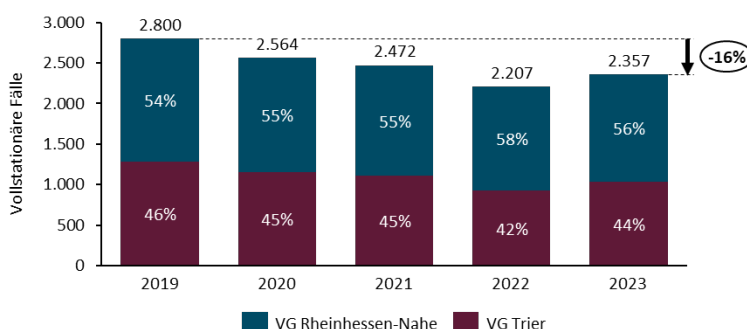


Abbildung 107: Vollstationäre Fälle in der LG „10.1 – Kinder- und Jugendchirurgie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³⁷⁴

³⁷³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁷⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Verweildauer

Abbildung 108 zeigt die durchschnittliche Verweildauer der Fälle der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Zeitraum von 2019 bis 2023. Trotz eines leichten Rückgangs der durchschnittlichen Verweildauer von 2019 auf 2023 (rund 8 %) stellt sich die Verweildauer insgesamt relativ konstant dar. Zuletzt betrug die durchschnittliche Verweildauer rund 3,2 Tage. Damit lag sie deutlich unter dem Durchschnitt aller Leistungsgruppen von rund 7,0 Tagen.

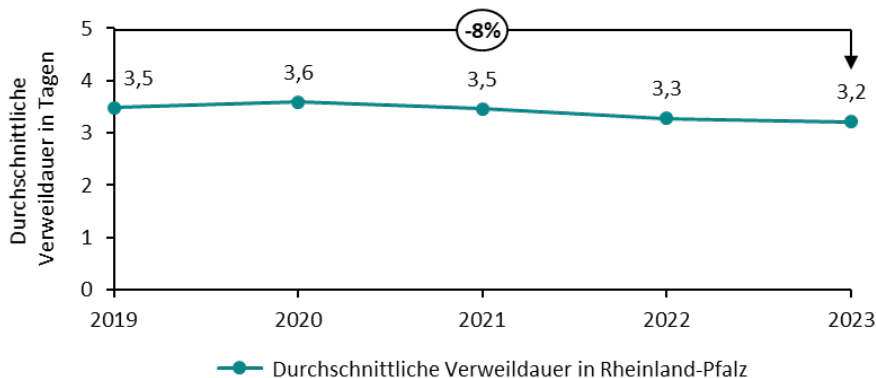


Abbildung 108: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Zeitraum von 2019 bis 2023³⁷⁵

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Die Prognose der vollstationären Fallzahl der in Rheinland-Pfalz zu versorgenden Patientinnen und Patienten der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ zeigt für das Jahr 2035 nur einen geringen Fallzahlrückgang (rund 1 %), ohne die Berücksichtigung etwaiger Ambulantisierungspotenziale (Abbildung 109). Unter Einbeziehung des Ambulantisierungspotenzials ist jedoch ein stärkerer Rückgang zu erwarten, der etwa 17 % betragen würde.

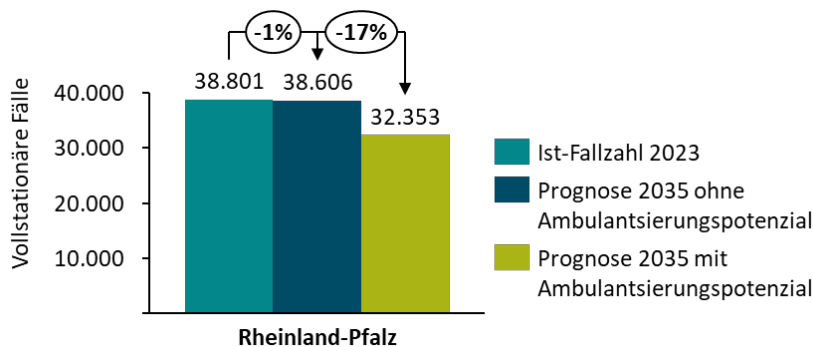


Abbildung 109: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035³⁷⁶

³⁷⁵ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

³⁷⁶ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Abbildung 110 stellt die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für das Jahr 2035 in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ auf der Ebene des Wohnortes dar. Berücksichtigt wurden dabei alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort Rheinland-Pfalz. Differenziert wurde zum einen nach Versorgungsgebiet und zum anderen nach Prognose mit und ohne Ambulantisierungspotenzial. Wie auch in der vorherigen Berechnung (Abbildung 109), ist für 2035 ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials nur eine geringe Fallzahlreduzierung zu erwarten (rund 1 %). Mit Einbeziehung des Ambulantisierungspotenzials hingegen wird ein Rückgang der Fallzahl um rund 17 % erwartet.

In den jeweiligen Versorgungsgebieten wurden weitestgehend ähnliche Entwicklungen prognostiziert. Den stärksten Fallzahlrückgang wird für das Versorgungsgebiet Trier prognostiziert (rund 18 % mit Ambulantisierungspotenzial) und den geringsten Rückgang im Versorgungsgebiet Rheinpfalz (rund 15 % mit Ambulantisierungspotenzial). Ohne Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials wird in diesem Versorgungsgebiet sogar ein leichter Anstieg der vollstationären Fälle prognostiziert (rund 1 %).

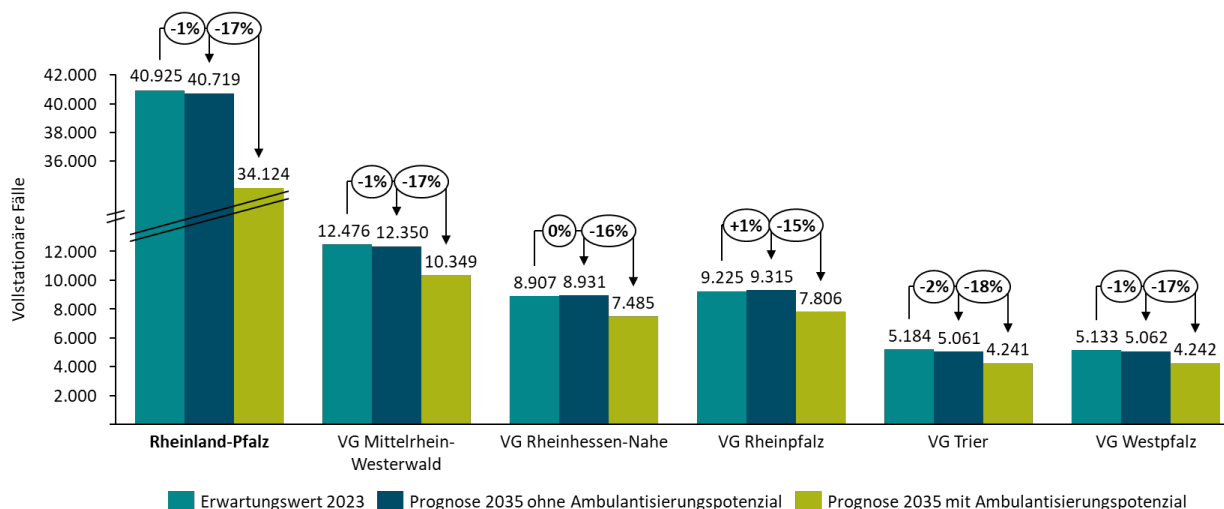


Abbildung 110: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ mit und ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035³⁷⁷

Standorte

An insgesamt 15 Standorten wurden im Jahr 2023 Patientinnen und Patienten in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ behandelt (Abbildung 111). Die Fallzahl reichte dabei von 4.379 Fällen bis 257 Fällen. Der Standort mit 257 Fällen stellte jedoch eine Ausnahme dar, da er organisatorisch einem der anderen Standorte zugeordnet war. Die fünf fallzahlstärksten Standorte versorgten mehr als die Hälfte der Fälle und lagen in den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald (petrol), Rheinhessen-Nahe (blau) und Westpfalz (dunkelgrün).

³⁷⁷ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2022) und den § 21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

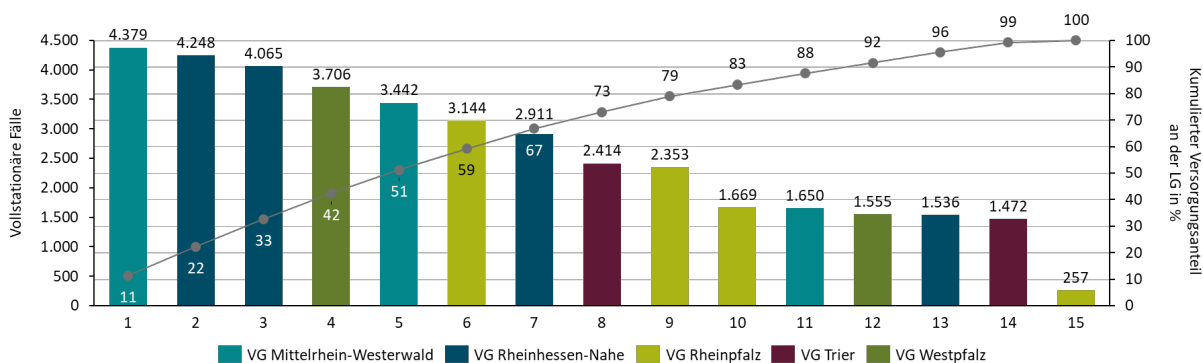


Abbildung 111: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023³⁷⁸

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Oftmals konnten die Einwohnerinnen und Einwohner ein Versorger für die LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in weniger als 30 Minuten erreichen (Abbildung 112). Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere an der Landesgrenze zu Belgien und Luxemburg, aber auch im Landesinneren rund um Simmern und Boppard. Einwohnerinnen und Einwohner dieser Regionen fuhren oftmals mehr als 40 Minuten und in manchen Fällen sogar mehr als 60 Minuten zum nächstgelegenen Versorger. Eine Versorgungsgebiet übergreifend gute Erreichbarkeit wiesen insbesondere die Versorgungsgebiete Rheinpfalz und Rheinhesen-Nahe auf. In diesen Versorgungsgebieten lag auch die jeweils größte Anzahl an Versorgern (vier). In der Stadt Ludwigshafen sind zwei Versorger an der Versorgung von Patientinnen und Patienten in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ beteiligt, die organisatorisch zusammengehörten. Insbesondere die Versorgungsgebiete Trier und Mittelrhein-Westerwald profitierten von grenznahen pädiatrischen Versorgern in Nordrhein-Westfalen und Hessen, die einen positiven Einfluss auf die theoretische Erreichbarkeit hatten.

In den vergangenen Jahren wurden zwei der Versorger mit Sicherstellungszuschlägen für den Betrieb der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin unterstützt. Zu diesen Standorten zählten der Versorger in Wittlich sowie der Versorger in Idar-Oberstein, der auch für die Fachabteilung Geburtshilfe diesen Zuschlag erhielt. Ab 2025 wird nur noch der Versorger in Idar-Oberstein einen Sicherstellungszuschlag erhalten.³⁷⁹

³⁷⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntg-Datensatzes für das Jahr 2023.

³⁷⁹ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG, <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/stationaere-verguetung/vereinbarung-der-liste-der-krankhaeuser/>, zuletzt abgerufen am 25.10.2024.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ (2023)



Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

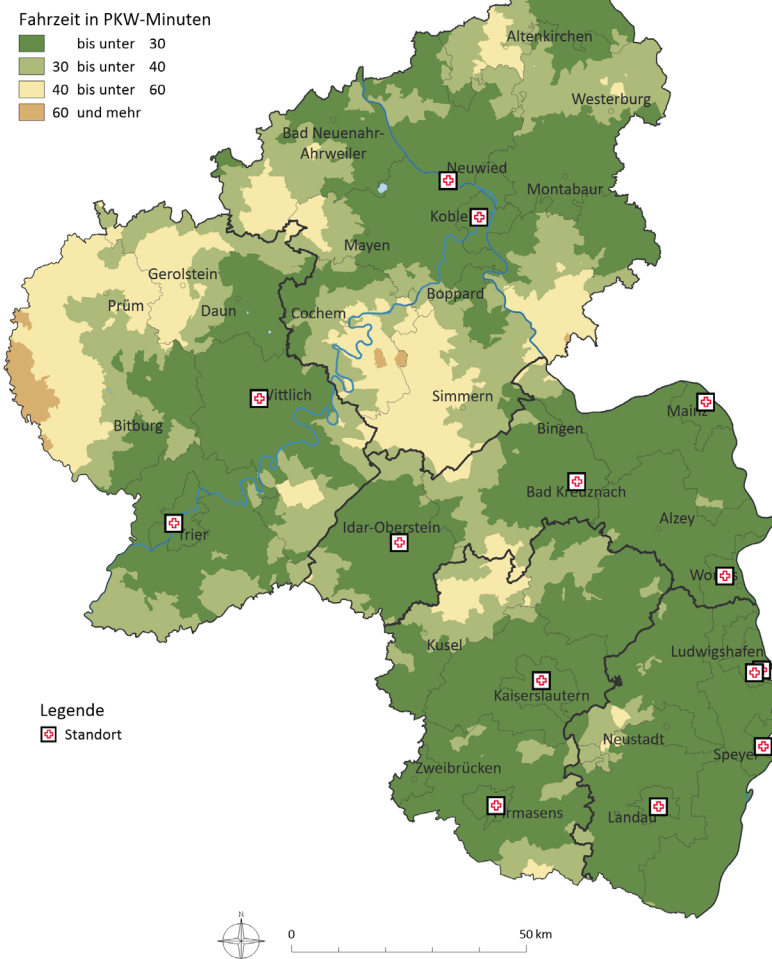


Abbildung 112: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023³⁸⁰

Die Betrachtung der Erreichbarkeit des zweitnächsten Versorgers verdeutlicht die doch relativ geringe Anzahl der Versorger (Abbildung 113). Der zweitnächste Versorger kann in vielen Regionen zwar in weniger als 60 Minuten, dennoch in nicht weniger als 40 Minuten erreicht werden. Der Wegfall einzelner Versorger würde demnach zu deutlich längeren Fahrzeiten führen.

Anders gestaltet sich die Lage insbesondere im Versorgungsgebiet Rheinpfalz sowie in weiten Teilen des Versorgungsgebietes Rheinhessen-Nahe (mit Ausnahme der Region rund um Idar-Oberstein). Einwohnerinnen und Einwohner der genannten Gebiete konnten auch den zweitnächsten Versorger in der Regel in weniger als 30 bis 40 Minuten erreichen.

³⁸⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

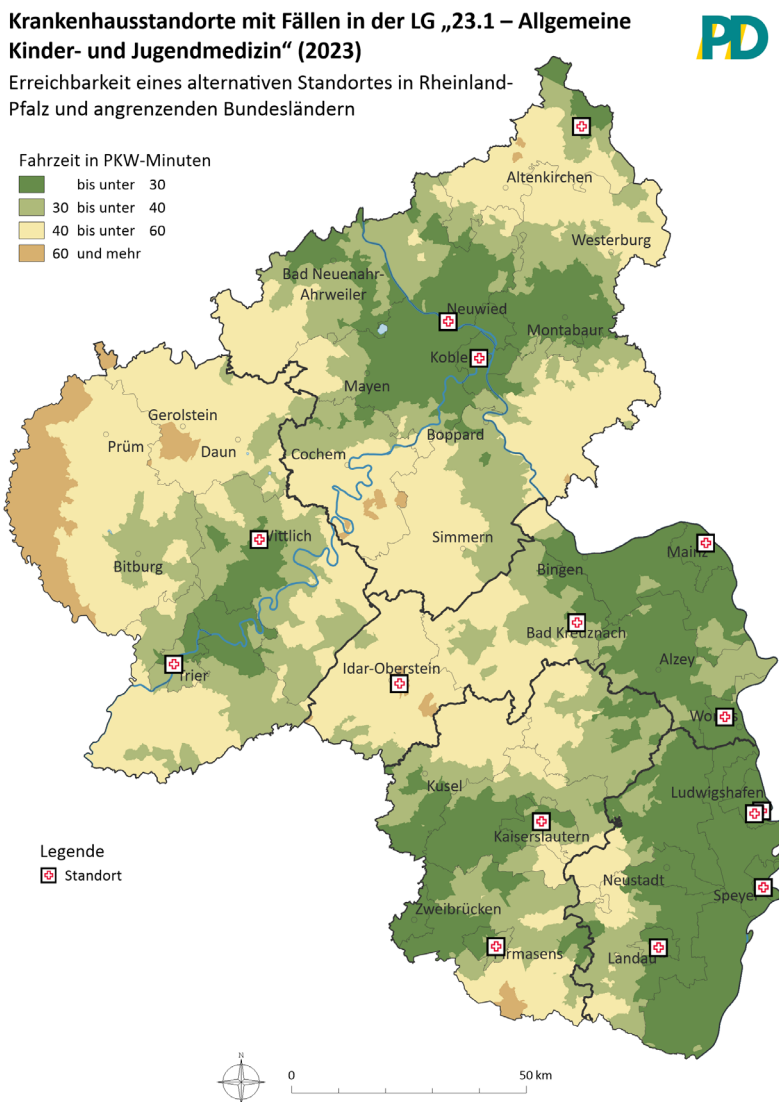


Abbildung 113: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023³⁸¹

Abbildung 114 zeigt die theoretische Erreichbarkeit eines Versorgers der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ für Einwohnerinnen und Einwohner Rheinland-Pfalz im Alter zwischen 0 und 17 Jahren. Rund 85 % der beschriebenen Personengruppe konnten im Jahr 2023 einen entsprechenden Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen. Unter 40 Minuten war dies sogar für rund 96 % der Personen möglich.

Die Fachliteratur nennt zwei maßgebliche Orientierungswerte für die Erreichbarkeit in der Kinder- und Jugendmedizin. Das KHVG legt eine Erreichbarkeit von 40 Minuten fest, während Schmitt et al. 30 Minuten

³⁸¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

bis zum nächsten pädiatrischen Versorgungsangebot empfehlen.^{382/383} Zumindest dem größten Teil der Kinder und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz war es möglich, ein solches Versorgungsangebot in weniger als 40 Minuten zu erreichen.

Den zweitnächsten Versorger der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ erreichten rund 59 % der Kinder und Jugendlichen in weniger als 30 Minuten (Abbildung 114). Weniger als 40 Minuten benötigten rund 83 % im Jahr 2023. Berücksichtigt man bei der Interpretation Abbildung 112, zeigt sich, dass, auch wenn die Abbildung größere Regionen mit erhöhten Fahrzeiten aufzeigt, nur rund 17 % der Einwohnerinnen und Einwohner im entsprechenden Alter von diesen längeren Fahrzeiten betroffen sind.

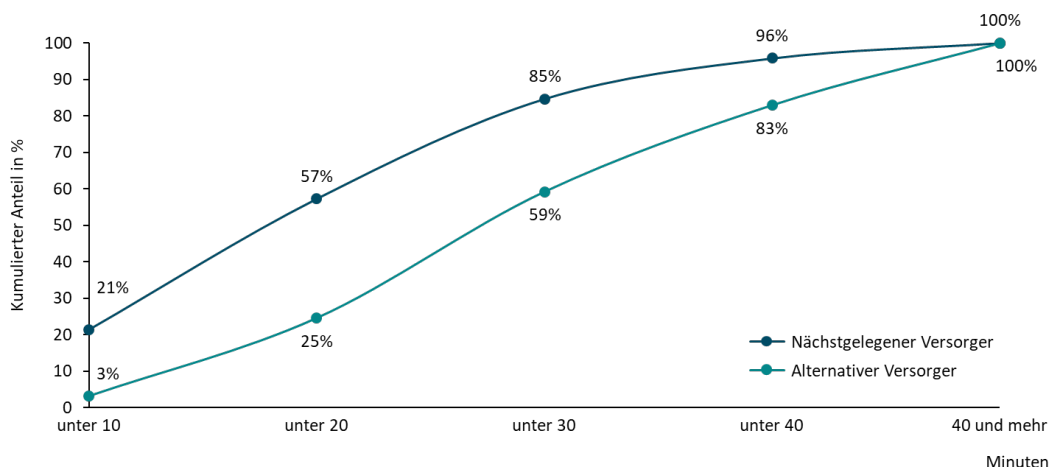


Abbildung 114: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 0 bis 17 Jahren zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023³⁸⁴

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Tatsächlich benötigten die Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 durchschnittlich rund 21 Minuten für den Weg zwischen ihrem Wohn- und Behandlungsort (Tabelle 23). Abbildung 115 bildet für jedes Versorgungsgebiet die tatsächliche Fahrzeit ab. Rund 77 % der Patientinnen und Patienten benötigten weniger als 30 Minuten zu ihrem Behandlungsort. In weniger als 40 Minuten war dies sogar rund 92 % der Patientinnen und Patienten möglich.

Über das Bundesland zeichnen sich jedoch deutliche regionale Unterschiede ab. Während im Versorgungsgebiet Trier (rot) nur rund 54 % der Patientinnen und Patienten in weniger als 30 Minuten ihren Behandlungsort erreichten, waren es im Versorgungsgebiet Rheinpfalz (hellgrün) im gleichen Zeitrahmen rund 94 %. Auch im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe (blau) konnten mehr Patientinnen und Patienten ih-

³⁸² Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

³⁸³ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

³⁸⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

ren Versorger in kürzerer Zeit erreichen, wohingegen die Patientinnen und Patienten des Versorgungsgebietes Mittelrhein-Westerwald (petrol) tatsächlich längere Fahrzeiten hatten. Verglichen mit der theoretischen Fahrzeit der Abbildung 114 zeigt sich weitestgehend eine Übereinstimmung, die dafürspricht, dass die Patientinnen und Patienten den tatsächlich nächstgelegenen Versorger wählten.

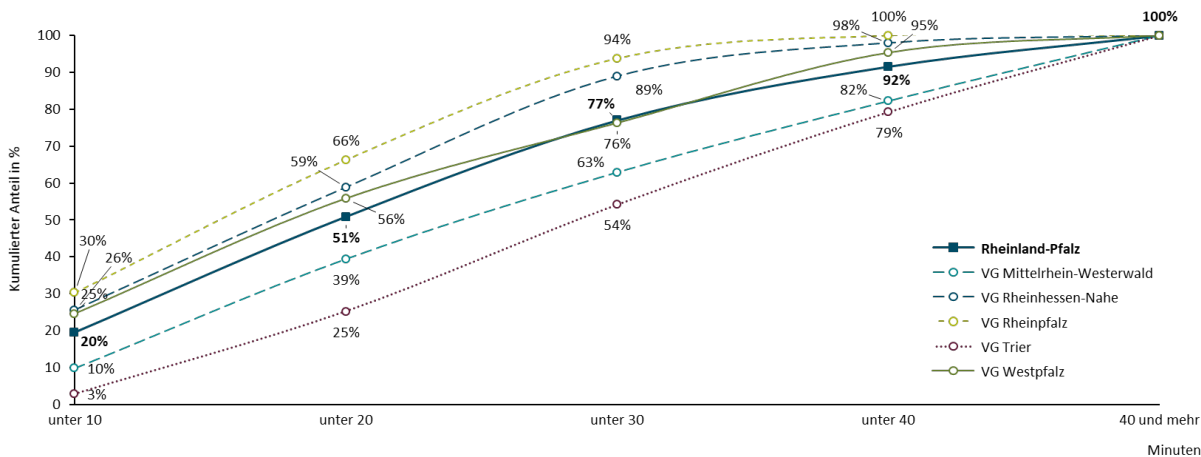


Abbildung 115: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im Jahr 2023³⁸⁵

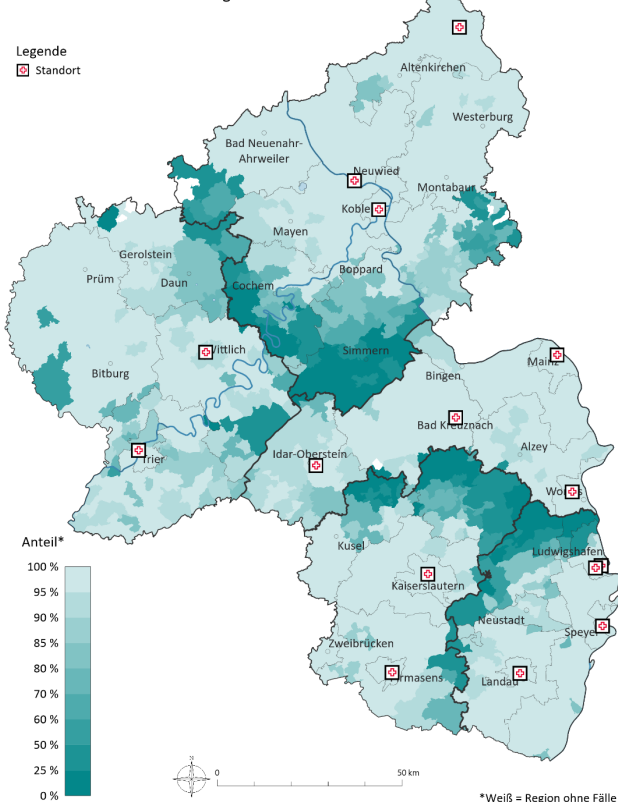
Betrachtung der Wanderung von Patientinnen und Patienten innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“

Ob sich die Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz tatsächlich in ihrem Versorgungsgebiet beziehungsweise ihrem Land- oder Stadtkreis behandeln lassen haben, zeigt Abbildung 116. Die linke Karte zeigt, dass sich insbesondere in den Regionen ohne Versorger Pendlerbewegungen abzeichneten. Wahrscheinlich lag der nächstgelegene Versorger hier nicht im eigenen Versorgungsgebiet. Auch die rechte Karte zeigt, dass in den Kreisen mit einem Versorger in der Regel auch ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten im eigenen Kreis versorgt wurde. Aufgrund der Größe mancher Landkreise ist es denkbar, dass der nächstgelegene Versorger nicht im eigenen Landkreis liegt und daher der Versorger im nahegelegenen Landkreis aufgesucht wurde.

³⁸⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Anteil der Versorgung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im eigenen Versorgungsgebiet (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



Anteil der Versorgung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im eigenen Landkreis in Prozent (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

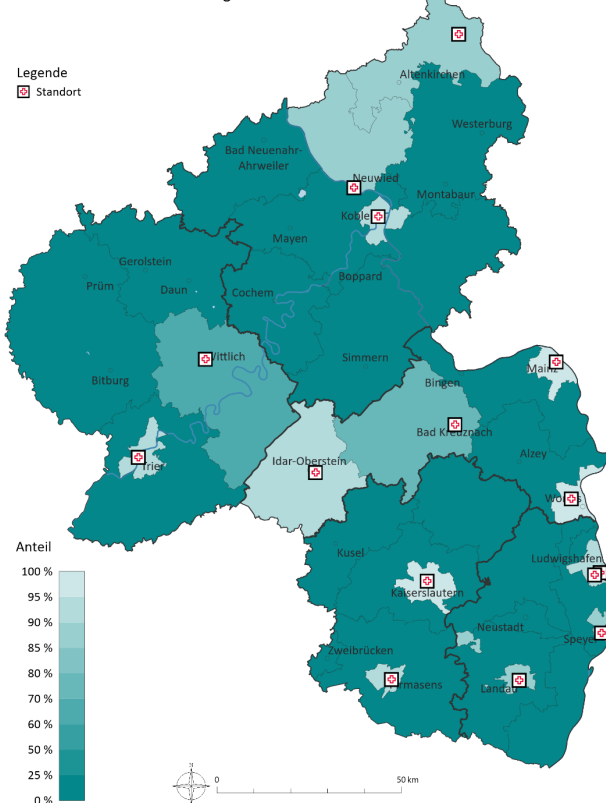


Abbildung 116: Anteil der Versorgung in der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023³⁸⁶

6.6.2 Zusammenfassung und Empfehlungen

In Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2023 rund 39.000 Fälle der LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ an 15 Standorten versorgt. Insgesamt lagen die Fallzahlen unter dem Niveau von 2019 (rund 6 %). Die Kinder- und Jugendmedizin ist verstärkt von der Ambulantisierung betroffen und wird zunehmend in ambulanten Strukturen außerhalb des Krankenhauses versorgt. Zusätzlich führt die demografische Entwicklung dazu, dass immer weniger Kinder- und Jugendliche in Rheinland-Pfalz wohnen. Insgesamt werden somit perspektivisch wahrscheinlich weniger vollstationäre Behandlungskapazitäten benötigt. Unter Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials wurde in jedem Prognoseszenario ein Fallzahlrückgang um rund 17 % bis 2035 prognostiziert. Um das Ambulantisierungspotenzial jedoch auch ausschöpfen zu können, sind entsprechende ambulante Versorgungsstrukturen in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich notwendig.

Vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit ist diese Entwicklung jedoch kritisch zu beurteilen. Rund 85 % der Kinder und Jugendlichen konnten ihren nächstgelegenen Standort in unter 30 Minuten erreichen. Den zweitnächsten Versorger hingegen erreichten nur rund 59 % in weniger als 30 Minuten, was die eher geringe Anzahl an Versorgern unterstreicht. Bei Betrachtung der tatsächlichen Fahrzeit verdeutlichen sich die Unterschiede der einzelnen Versorgungsgebiete. Während die Patientinnen und Patienten in den Versor-

³⁸⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

gungsgebieten Trier und Mittelrhein-Westerwald durchschnittlich länger fahren, benötigten die Patientinnen und Patienten der Versorgungsgebiete Rheinpfalz und Rheinhessen-Nahe im Durchschnitt weniger lang. Eine Reduzierung des Versorgungsangebotes würde eine weitere Verschärfung der Situation implizieren.

In den Versorgungsgebieten Trier und Mittelrhein-Westerwald wäre der Aufbau zusätzlicher Versorgungsstrukturen wünschenswert, doch derzeit nicht realistisch. Denkbar wären jedoch auch Kooperationen zwischen Fachabteilungen der Erwachsenenmedizin und pädiatrischen Versorgern – auch durch unterstützende telemedizinische Konzepte. Zudem sollte auch ein Ausbau der Transportmöglichkeiten oder die Schaffung von Übernachtungsmöglichkeiten für begleitende Eltern in Betracht gezogen werden.

Insgesamt sollten die krankenhauplanerischen Aktivitäten in Rheinland-Pfalz auch die angrenzenden Bundesländer berücksichtigen. Insbesondere die Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsgebiete Trier und Mittelrhein-Westerwald profitierten von grenznahen pädiatrischen Versorgern in Nordrhein-Westfalen und Hessen. Ohne diese Angebote würden sich deutlich längere Fahrzeiten für die Einwohnerinnen und Einwohner ergeben. Die Abstimmung mit den insgesamt vier an Rheinland-Pfalz angrenzenden Bundesländern bietet beträchtliches Potenzial, nicht zuletzt, um die knappen vorhandenen Ressourcen effizient zu verteilen.

6.7 Notfall- und Traumaversorgung

6.7.1 Stationäre Notfallversorgung

Die Versorgung von medizinischen Notfällen erfolgt in Deutschland im Rahmen einer dreiteiligen Struktur. Dazu zählen:

- der Rettungsdienst, der die Notfallrettung von Menschen am Notfallort übernimmt,
- Vertragsärztinnen und -ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung, die ambulante, nicht lebensbedrohliche Notfälle im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgen sowie
- die zentralen Notaufnahmen an den Krankenhäusern.

Letztere dienen dem Rettungsdienst als Anlaufstelle und können von den Patientinnen und Patienten nach ärztlicher Überweisung oder eigenem Ermessen selbstständig aufgesucht werden.

Das vorliegende Gutachten fokussiert sich auf die stationäre Versorgung, weshalb die rein ambulanten Versorgungsstrukturen an Krankenhäusern nicht detailliert betrachtet werden. Zudem lagen den Gutachtern keine Daten dieses Versorgungsbereiches vor. Dennoch sollte bei der Gesamtbetrachtung der Notfallversorgung dieser Aspekt nicht außer Acht gelassen und gesondert berücksichtigt werden. Mittels eines kurzen Exkurses wird ergänzend der Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz thematisiert.

Gestuftes System der Notfallstrukturen in den Krankenhäusern

Grundsätzlich erfolgt die Notfallversorgung in Krankenhäusern entsprechend der Regelung des Gemeinsamen Bundeszuschuss in einem gestuften System der Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Dabei gibt es drei Versorgungsstufen in der Notfallversorgung:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1),
- erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) und
- umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Zusätzlich gibt es die Kategorie der „Nichtteilnahme“ an der stationären Notfallversorgung.³⁸⁷

Um eine Notfallstufe zu erhalten, müssen die Krankenhäuser bestimmte Mindestvorgaben je Stufe erfüllen.³⁸⁸ Die Anforderungen müssen zu jeder Zeit am entsprechenden Krankenhausstandort erfüllt sein.³⁸⁹ Die Krankenhäuser erhalten, abhängig von der Erfüllung der Mindestvorgaben, gestaffelte Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Bei Nichtteilnahme sind verbindliche Abschläge zu erheben.³⁹⁰

Zudem können Krankenhäuser auch über die Teilnahme an einem Modul der speziellen Notfallversorgung an der Versorgung teilnehmen – unabhängig davon, ob sie die Mindestvorgaben für die zuvor genannten Stufen erfüllen. Die Regelung sieht dazu die fünf nachfolgenden Module der speziellen Notfallversorgung vor, für die entsprechende Sonderanforderungen gelten:

- Schwerverletztenversorgung
- Notfallversorgung Kinder
- Spezialversorgung
- Schlaganfallversorgung
- Durchblutungsstörungen am Herzen³⁹¹

Aufgrund der Teilnahme an einem dieser Module ist es Krankenhäusern möglich, einer der zuvor genannten Stufen zugeordnet zu werden.³⁹² Zudem ist es möglich, dass einzelne Standorte an mehreren Modulen gleichzeitig teilnehmen. Diese Sachverhalte sind im Bedarfsfall zu prüfen, jedoch nicht Teil des vorliegenden Gutachtens.

Die Analyse der stationären Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz basiert primär auf dem Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, das durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder veröffentlicht wurde. Insgesamt wiesen die Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder vereinzelt Inkonsistenzen im Vergleich zu den in den jeweiligen Qualitätsberichten ausgewiesenen Notfallstufen auf. Eine vollständige Klärung dieser Inkonsistenzen war nur teilweise möglich. Letztlich wurden 65 Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz berücksichtigt, die gemäß den vorliegenden Daten aus dem Jahr 2023 an der Notfallversorgung der Stufen 1 bis 3 beteiligt waren.³⁹³

Basisnotfallversorgung

Im Jahr 2023 verteilten sich die 65 Standorte der drei Notfallstufen über die Fläche des gesamten Bundeslandes (Abbildung 117). In der Regel kann der nächstgelegene Standort der Notfallversorgung in unter 30 Minuten erreicht werden. Ausnahmen ergeben sich an den Grenzen zu den europäischen Nachbarländern sowie im Osten zu Hessen. Die Einwohnerinnen und Einwohner dieser Gebiete konnten in maximal 60 Minuten einen Notfallversorger erreichen. Die folgende Abbildung berücksichtigt bei der Darstellung der

³⁸⁷ § 3 G-BA-Notfallstrukturen.

³⁸⁸ § 5 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen in Verbindung mit § 136 c Absatz 4 SGB V sowie die Abschnitte III–V G-BA-Notfallstrukturen.

³⁸⁹ § 6 G-BA-Notfallstrukturen.

³⁹⁰ § 1 Absatz 1 G-BA-Notfallstrukturen.

³⁹¹ §§ 24 bis 28 G-BA-Notfallstrukturen.

³⁹² § 23 G-BA-Notfallstrukturen.

³⁹³ Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

sich in diesem Szenario die Erreichbarkeit deutlich. Einwohnerinnen und Einwohner erreichten den zweitnächsten Versorger in mehreren Regionen nur in maximal 40 bis hin zu 60 Minuten. In den übrigen Regionen gab es nur wenige Gebiete, in denen es zu einer größeren Veränderung der Erreichbarkeit bei Betrachtung des zweitnächsten Standortes kam, was im Betrachtungszeitraum auf die eher hohe Anzahl an Notfallversorgern zurückzuführen ist.

Die beispielsweise zuletzt bekannt gegebenen Schließungen der zentralen Notaufnahmen in Hermeskeil oder Altenkirchen (blau umkreist) haben entsprechend des dargestellten Szenarios kaum eine Auswirkung auf die Erreichbarkeit in den jeweiligen Regionen, denn auch der zweitnächstgelegene Standort konnte in einem vergleichbaren Zeitrahmen erreicht werden.

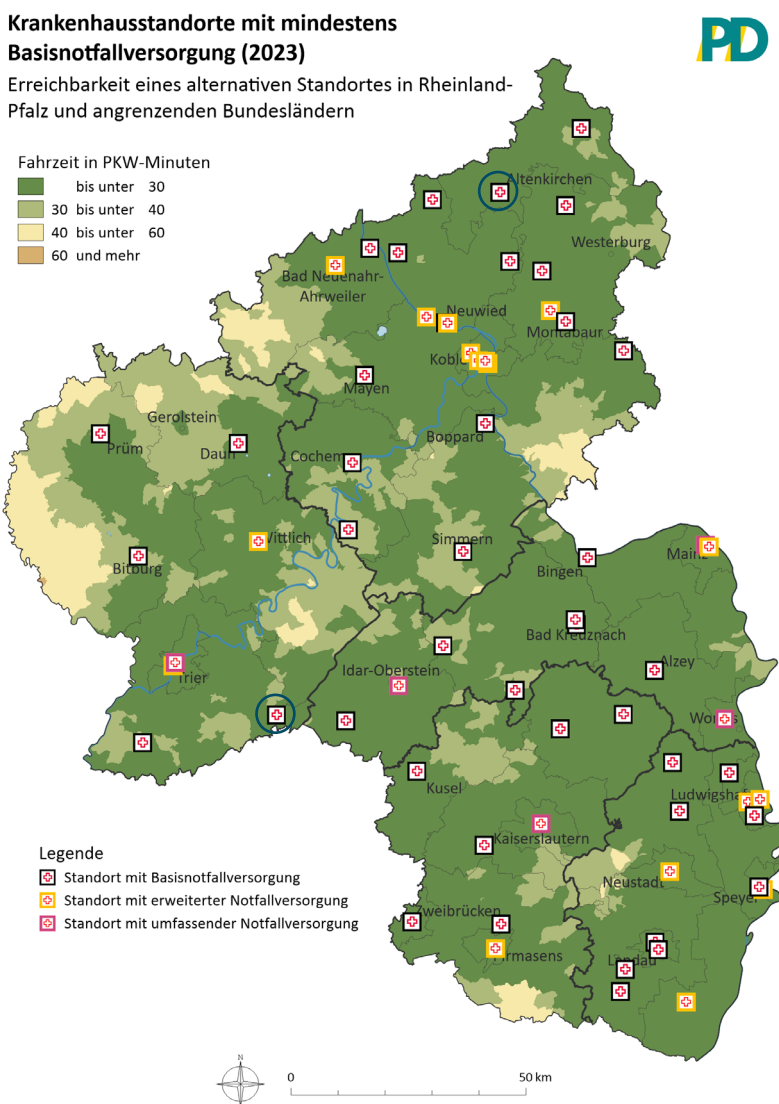


Abbildung 118: Erreichbarkeit eines alternativen Standortes mit mindestens Basisnotfallversorgung im Jahr 2023³⁹⁵

³⁹⁵ Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Sorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (2023), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

Unterstrichen werden diese Erkenntnisse durch die prozentuale Übersetzung in Abbildung 119. Rund 98 % der Einwohnerinnen und Einwohner konnten im Jahr 2023 einen Standort der Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz oder den angrenzenden Regionen in weniger als 30 Minuten erreichen. Innerhalb von 40 Minuten war dies sogar theoretisch nahezu allen Einwohnerinnen und Einwohnern möglich. Den zweitnächsten Standort konnten weiterhin rund 91 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten erreichen. Nur rund 1 % war von Fahrzeiten über 40 Minuten betroffen.

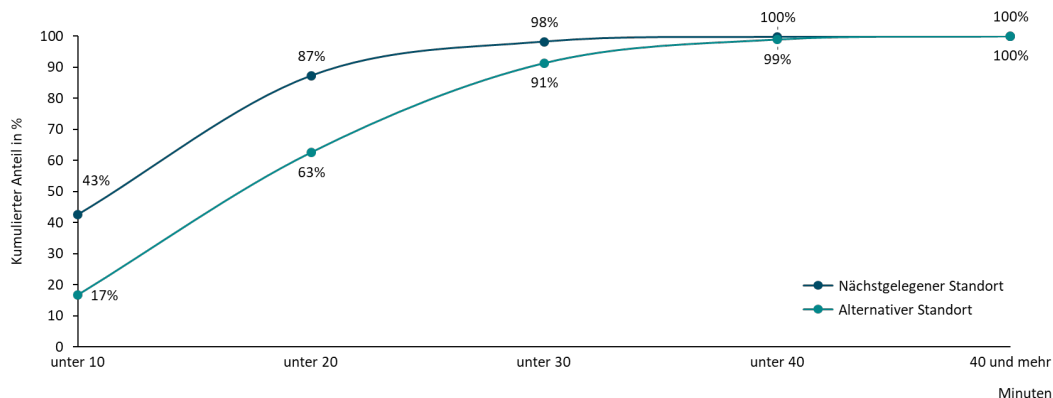


Abbildung 119: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Standort mit mindestens Basisnotfallversorgung in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023³⁹⁶

Erweiterte Notfallversorgung

Mindestens die Stufe 2 der Notfallversorgung wiesen insgesamt 22 der 65 Standorte in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 auf (Abbildung 120). Diese Standorte sowie Versorger in den angrenzenden Bundesländern konnten die Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz in der Regel in unter 40 Minuten erreichen. Insbesondere im Norden des Bundeslandes trugen Standorte in Nordrhein-Westfalen und Hessen zu einer besseren Erreichbarkeit bei. Auffällig war hier auch die Häufung der Standorte der erweiterten Notfallversorgung im Großraum Koblenz.

Jedoch gab es auch Regionen, in denen Fahrzeiten von über 40 Minuten entstanden. Davon betroffen waren insbesondere die Einwohnerinnen und Einwohner der Eifel, der Region um Altenkirchen sowie in der Mitte des Bundeslandes rund um Simmern und Bad-Kreuznach. In diesen Regionen gab es zwar eine Notfallversorgung, jedoch handelte es sich dabei nur um eine Basisnotfallversorgung (Abbildung 117).

³⁹⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz. Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (2023), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

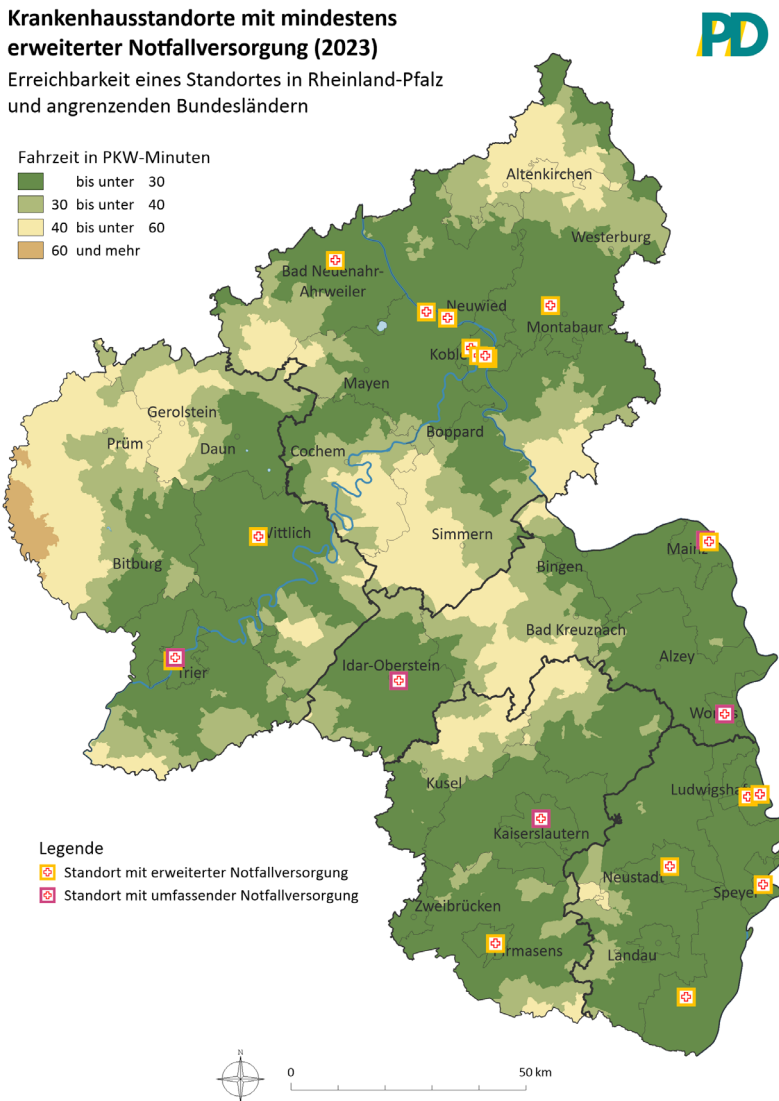


Abbildung 120: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens erweiterter Notfallversorgung im Jahr 2023³⁹⁷

Die Abbildung 121 verdeutlicht diese Erkenntnisse – rund 94 % der Einwohnerinnen und Einwohner konnten im Jahr 2023 theoretisch einen Notfallversorger der Stufe 2 oder 3 in Rheinland-Pfalz oder den angrenzenden Bundesländern in weniger als 40 Minuten erreichen. Einen alternativen Standort erreichten rund 86 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 40 Minuten.

³⁹⁷ Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (2023), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

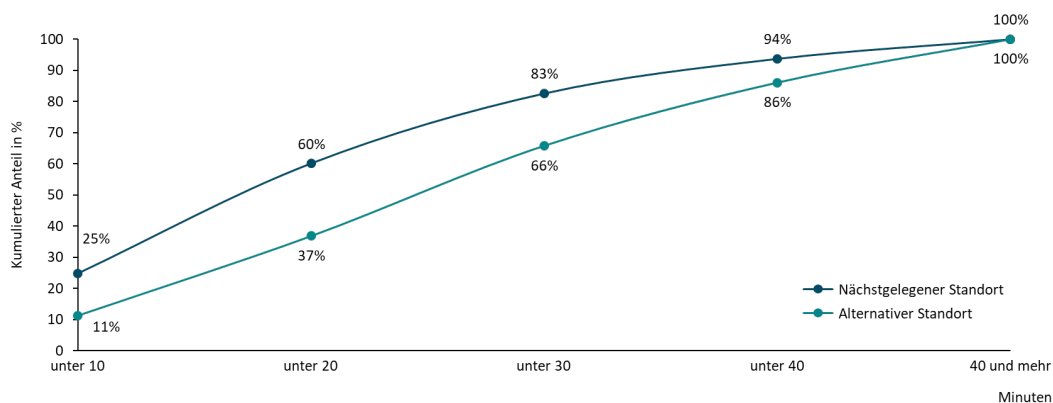


Abbildung 121: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweit-nächsten Standort mit mindestens erweiterter Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023³⁹⁸

Umfassende Notfallversorgung

Krankenhäuser, die Teil der umfassenden Notfallversorgung sind, versorgen die schwersten Notfälle. In Rheinland-Pfalz waren im Betrachtungszeitraum fünf Standorte Teil dieser umfassenden Notfallversorgung (Abbildung 122). Die Standorte befanden sich in Trier, Worms, Idar-Oberstein, Kaiserslautern und Mainz.

In den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald sowie Rheinpfalz waren entsprechend keine Notfallversorger der Stufe 3 vorhanden. Dennoch war die Erreichbarkeit eines Standortes auch in diesen Regionen weitestgehend gut, da auch Versorger der umliegenden Bundesländer berücksichtigt wurden.

In weiten Teilen des Bundeslandes konnte ein Standort der umfassenden Notfallversorgung in maximal 40 Minuten erreicht werden.

Etwas längere Fahrzeiten betrafen insbesondere die Einwohnerinnen und Einwohner der südlichen Hälfte des Bundeslandes – hier waren Fahrzeiten über 40 beziehungsweise 60 Minuten häufig die Regel.

³⁹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz. Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (2023), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

Krankenhausstandorte mit umfassender Notfallversorgung (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz
und angrenzenden Bundesländern

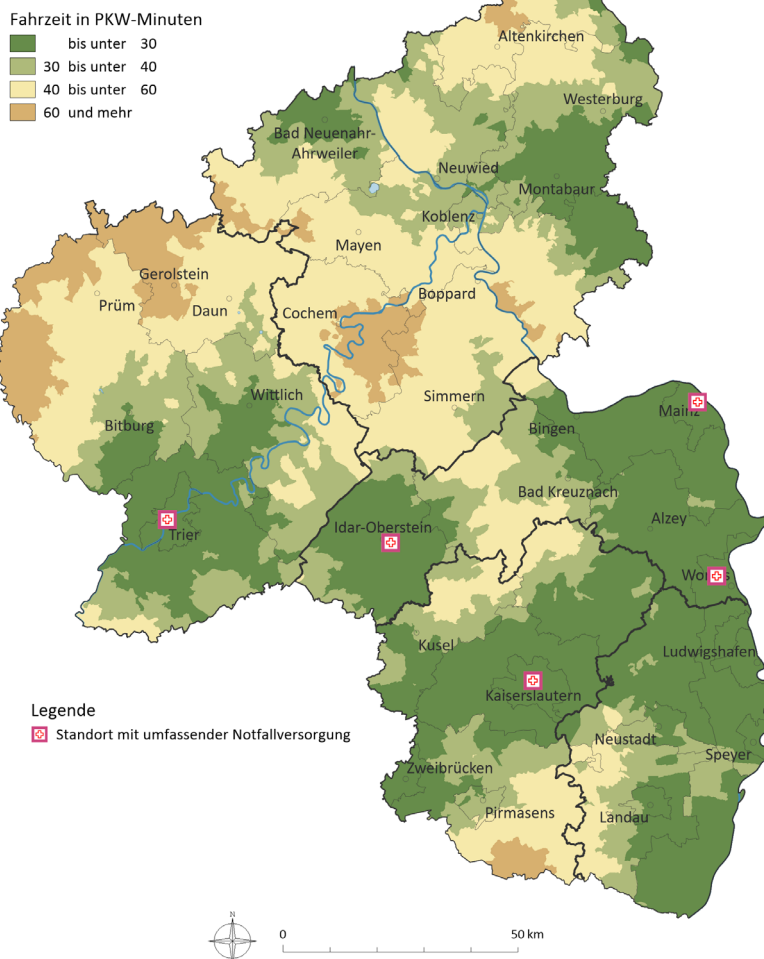


Abbildung 122: Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens umfassender Notfallversorgung im Jahr 2023³⁹⁹

Einen Notfallversorger der Stufe 3 erreichten rund 82 % der Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2023 in weniger als 40 Minuten (Abbildung 123). Knapp die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner (rund 46 %) konnte sogar auch den zweithöchsten Versorger der umfassenden Notfallversorgung in weniger als 40 Minuten erreichen.

³⁹⁹ Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (2023), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

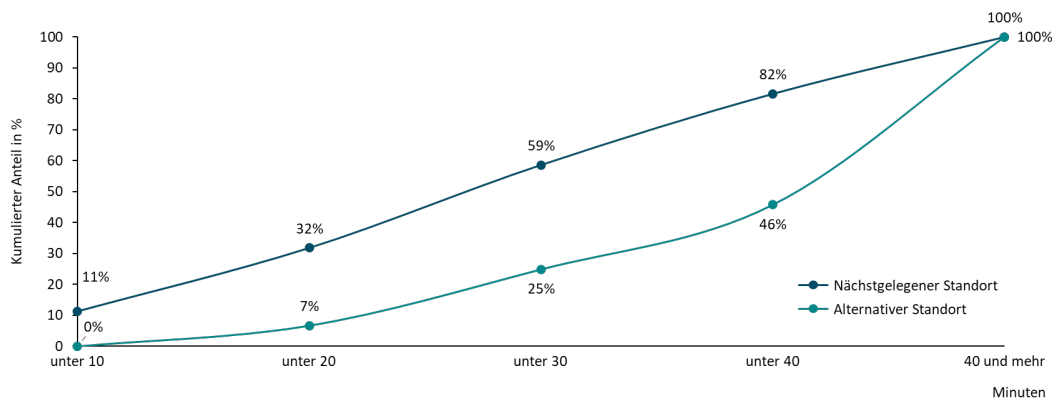


Abbildung 123: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweit-nächsten Standort mit umfassender Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2023⁴⁰⁰

6.7.2 Rettungsdienst und zentrale Leitstellen

Der Rettungsdienst und die Notfallversorgung in den Krankenhäusern sind eng miteinander verbunden. Da der Fokus des vorliegenden Gutachtens jedoch auf der stationären medizinischen Versorgung liegt, wird die luft- und bodengebundene Notfallrettung an dieser Stelle nur kurz ergänzend Erwähnung finden.

Das für das Rettungswesen zuständige Ministerium ist für die Organisation und für die Beschaffung von Einrichtungen des Rettungsdienstes verantwortlich.⁴⁰¹ Diese Verantwortung oblag im Betrachtungszeitraum dem Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz. Grundsätzlich unterteilte sich das Bundesland im Jahr 2023 in sieben Rettungsdienst- und acht Leitstellenbereiche (Abbildung 124). Die Karte stellt zudem die 153 Standorte der Rettungswachen dar.

⁴⁰⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz. Statistisches Bundesamt (2025): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (2023), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 24.02.2025. Zusätzlich wurden Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das Datenjahr 2023 berücksichtigt.

⁴⁰¹ § 4 Absatz 7 Rettungsdienstgesetz (RettdG).



Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz,
 Referat 354 Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz

Abbildung 124: Rettungsdienst-Karte Rheinland-Pfalz 2023⁴⁰²

⁴⁰² Ministerium des Innern und für Sport (2023): Organisation des Rettungsdienstes, <https://mdi.rlp.de/themen/bevoelkerungsschutz-und-rettungsdienst/rettungsdienst/organisation-und-statistik>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Bodengebundener Rettungsdienst

Im Jahr 2023 wurden ausgehend von den 153 Rettungswachen 72 Zielkliniken angefahren, die eine inter-nistische und/oder traumatische Notfallversorgung übernommen haben (Tabelle 24). Ausschließlich psy-chiatrisch-neurologische Zielkliniken ohne innere Notaufnahme wurden in der Aufzählung nicht berücksich-tigt. Insgesamt wurden 445.856 Transporte zu diesen Zielkliniken durch den Rettungsdienst durchgeführt. Darunter befanden sich 210.004 Notfalleinsätze und 235.852 sonstige Einsätze, wie zum Beispiel Kranken-transporte, Hausarztweisungen oder Verlegungen. Verhältnismäßig wurden folglich mehr sonstige Eins-ätze (52,9 %) als Notfalleinsätze (47,1 %) durch den örtlichen Rettungsdienst durchgeführt. Insgesamt zeig-ten die Einzelauswertungen zudem, dass Zielkrankenhäuser mit vergleichsweise wenigen Einsätzen tendenziell mehr sonstige Einsätze als Notfalleinsätze verzeichneten.

Die meisten Notfalleinsätze wurden in Zielkrankenhäuser im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald verbracht (30,4 %). Der geringste Anteil wurde in Zielkrankenhäuser im Versorgungsgebiet Westpfalz trans-portiert (8,2 %). Insgesamt gab es im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald mit Abstand die meisten Zielkrankenhäuser (29). Durchschnittlich wurden in diese Zielkrankenhäuser jedoch nur rund 2.200 Patien-tinnen und Patienten transportiert. Hingegen gab es im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe deutlich we-niger Zielkrankenhäuser (11), in die jedoch durchschnittlich deutlich mehr Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einem Notfalleinsatz transportiert wurden (5.433).

Die zahlenmäßig meisten Transporte (75.594) als sonstige Einsätze erfolgten zu Krankenhäusern im Versor-gungsgebiet Mittelrhein-Westerwald. In ein Zielkrankenhaus im Versorgungsgebiet Westpfalz wurden im Vergleich dazu nur etwa ein Drittel dieser Anzahl an Patientinnen und Patienten transportiert (26.126).

Insgesamt lag der Anteil der Notfalleinsätze im Vergleich zu den sonstigen Einsätzen im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe mit rund 55,5 % am höchsten, wohingegen im Versorgungsgebiet Westpfalz nur rund 39,6 % der Transporte Notfalleinsätze waren.

Tabelle 24: Anzahl der Transporte im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz, differenziert nach Versorgungsgebiet des Ziel-krankenhauses⁴⁰³

	Zielkranken- häuser	Notfalleinsätze				Sonstige Einsätze	
		Anzahl	%-Anteil	Einsätze je Zielkrankenhaus	%-Anteil Gesamteinsätze	Anzahl	%-Anteil
VG Mittelrhein-Westerwald	29	63.753	30,4 %	2.198	45,8 %	75.594	32,1 %
VG Rheinhessen-Nahe	11	59.765	28,5 %	5.433	55,5 %	47.891	20,3 %
VG Rheinpfalz	15	36.000	17,1 %	2.400	40,3 %	53.426	22,7 %
VG Trier	9	33.327	15,9 %	3.703	50,4 %	32.815	13,9 %
VG Westpfalz	8	17.159	8,2 %	2.145	39,6 %	26.126	11,1 %
Gesamt	72	210.004	100,0 %	2.917	47,1 %	235.852	100,0 %

Die Anzahl der Notfalleinsätze wird in Abbildung 125 noch einmal aufgegliedert nach der Anzahl der Trans-porte je Zielkrankenhaus, differenziert nach Versorgungsgebiet. Die Anzahl der Notfalleinsätze wies eine große Spanne auf und reichte dabei von maximal 14.479 bis minimal 23 Einsätzen. Die am häufigsten an-gefahrenen Zielkrankenhäuser befanden sich in den Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe (blau) und Trier (rot). Die Anzahl der notfallbedingten Patiententransporte im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Wester-wald verteilte sich auf viele Krankenhäuser, deren Fallzahlspektrum zumeist im mittleren Bereich lag.

⁴⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben des Ministeriums des Inneren und für Sport Rheinland-Pfalz.

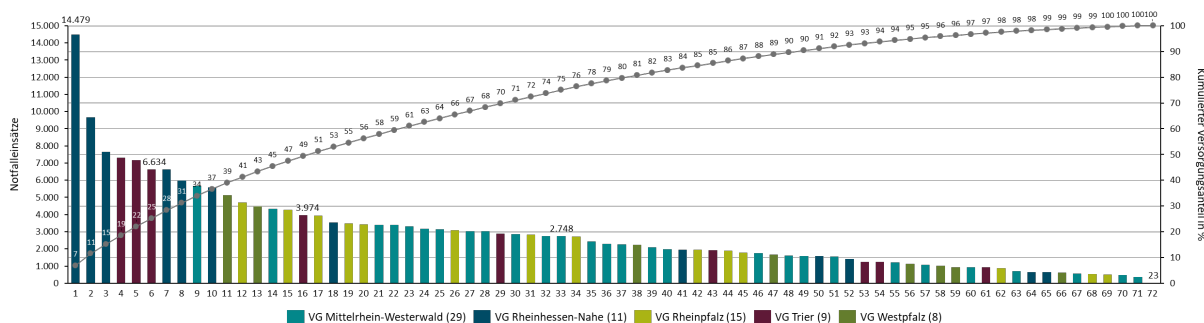


Abbildung 125: Anzahl der Notfalleinsätze in Rheinland-Pfalz, differenziert nach Zielkrankenhaus und Versorgungsgebiet im Jahr 2023⁴⁰⁴

Luftrettung

Die Luftrettung stellt eine zentrale Ergänzung zur bodengebundenen Rettung dar und wurde im Jahr 2024 in Rheinland-Pfalz von sechs Stationen aus bedient (Abbildung 126). Die Stationen befanden sich im Betrachtungszeitraum ausschließlich im Tagbetrieb und wurden von der ADAC Luftrettung sowie der Johanniter Luftrettung betrieben.

Unter den Hubschraubern der ADAC Luftrettung wurden die Hubschrauber in Mainz und Imsweiler als Dual-Use-Hubschrauber betrieben und folglich sowohl bei Primäreinsätzen als auch Intensivverlegungen eingesetzt.

Auch der durch die Johanniter Luftrettung betriebene Hubschrauber am Nürburgring wurde im Betrachtungszeitraum als Intensivtransporthubschrauber subsidiär von den umliegenden Leitstellen für Primär- und Sekundäreinsätze genutzt. Ergänzend wurde der im angrenzenden Luxemburg stationierte Rettungshubschrauber eingesetzt, der von der Leitstelle in Trier alarmiert werden konnte.^{405/406}

⁴⁰⁴ Eigene Darstellung auf Basis der Angaben des Ministeriums des Inneren und für Sport Rheinland-Pfalz.

⁴⁰⁵ Ministerium des Innern und für Sport: Rettung aus der Luft, <https://mdi.rlp.de/themen/bevoelkerungsschutz-und-rettungsdienst/rettungsdienst/rettung-aus-der-luft>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁴⁰⁶ Johanniter-Luftrettung: Standorte, <https://www.johanniter.de/juh/lv-hrs/wo-wir-in-unserer-region-vertreten-sind/johanniter-luftrettung/standorte/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Stationsübersicht und Erreichbarkeit der Luftrettung in Rheinland-Pfalz 2024

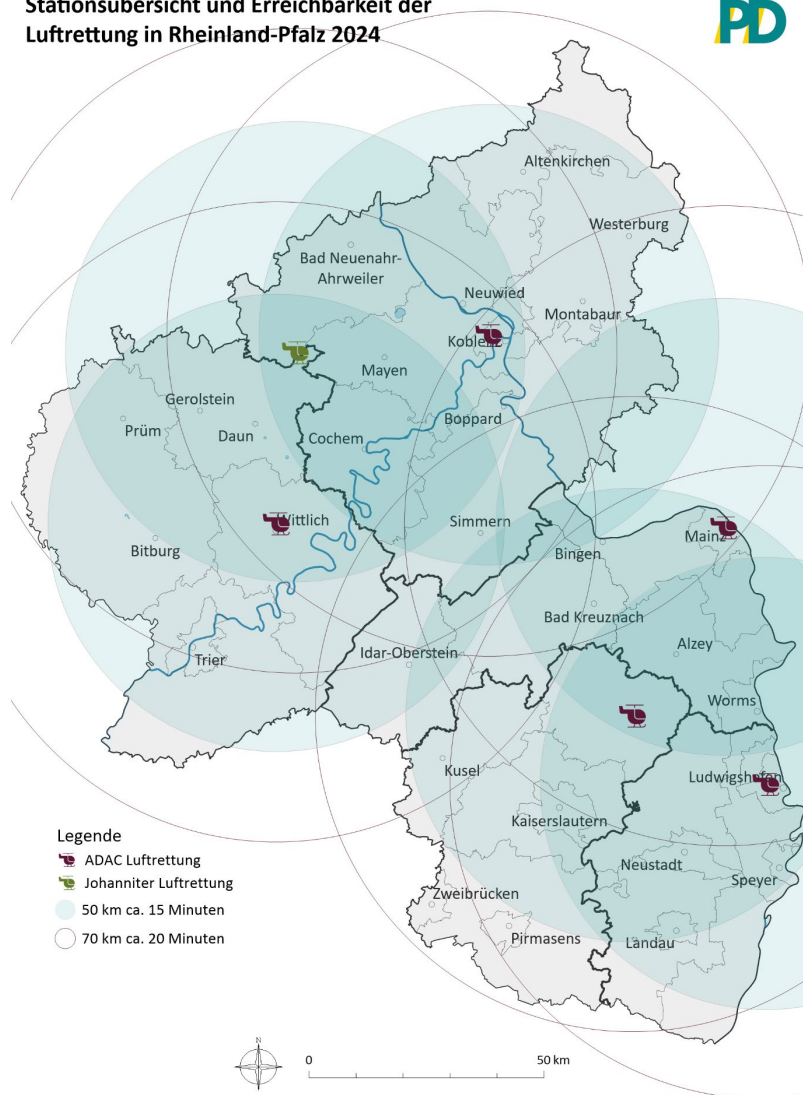


Abbildung 126: Stationsübersicht und Abdeckung der Luftrettung in Rheinland-Pfalz⁴⁰⁷

Zudem befanden sich auch in den angrenzenden Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg und dem Saarland in direkter Grenznähe mehrere Rettungshubschrauber.⁴⁰⁸

⁴⁰⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Stationsübersicht der ADAC Luftrettung und der Johanniter Luftrettung.

⁴⁰⁸ DRF Luftrettung (2024): Bessere Chancen für Patientinnen und Patienten durch die Luftrettung, https://www.drf-luftrettung.de/hubfs/02%20MediaCenter/Pressemitteilungen%20pdfs/DRF_LUFTRETTUNG_Positionspapier_2023.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

6.7.3 Traumaversorgung

An der traumatologischen Versorgung von unfall- und schwerverletzten Patientinnen und Patienten teilnehmende Kliniken können sich durch die DGU als TraumaZentrum⁴⁰⁹ zertifizieren lassen. Dabei wird auch hier zwischen drei Versorgungsstufen differenziert:

- Lokales TraumaZentrum
- Regionales TraumaZentrum
- Überregionales TraumaZentrum

Um eine solche Zertifizierung zu erhalten, müssen bestimmte Struktur- und Prozessmerkmale nachgewiesen werden, die durch die DGU im entsprechenden Projektkonzept „TraumaNetzwerk DGU“ und dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ festgelegt wurden. Zudem muss eine Aufnahme von Schwerverletzten zu jeder Zeit an jedem Tag im Jahr sichergestellt werden. Mit dem Ziel, eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung von Traumapatientinnen und -patienten sicherzustellen, schließen sich diese TraumaZentren zu einem TraumaNetzwerk zusammen.^{410/411/412}

Entsprechend den Versorgungsstufen übernehmen TraumaZentren unterschiedliche Aufgaben im TraumaNetzwerk und zeichnen sich durch ihre personellen, strukturellen und apparativen Ausstattungsmerkmale aus.⁴¹³

In lokalen TraumaZentren werden häufige Monoverletzungen versorgt. Sie stellen die flächendeckende Versorgung insbesondere außerhalb von Ballungszentren sicher. In lokalen TraumaZentren erfolgt insbesondere die adäquate Erstbehandlung und eine zielgerichtete Weiterleitung im Bedarfsfall.

In regionalen TraumaZentren erfolgt eine umfassende Notfallversorgung, weshalb eine ausreichende operative und intensivmedizinische Kapazität vorhanden sein muss. Apparativ müssen unter anderem ein Schockraum in der Notaufnahme, eine Operationsabteilung zur notfallchirurgischen Versorgung sowie die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung vorhanden sein.

Personell muss jederzeit eine Fachärztin oder ein Facharzt mit einer Weiterbildung in der speziellen Unfallchirurgie verfügbar sein.

⁴⁰⁹ Hierbei handelt es sich um eine Eigenschreibweise der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

⁴¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2024): TraumaNetzwerk DGU®, <https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-und-sicherheit/schwerverletzte/traumanetzwerk-dgu>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁴¹¹ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁴¹² Akademie der Unfallchirurgie (2024): Qualität und Sicherheit in der Traumaversorgung, <https://www.auc-online.de/unsere-angebote/zertifizierung/traumazentrum-dgu/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁴¹³ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, abrufbar unter: https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualit%C3%A4t_und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

Überregionale TraumaZentren übernehmen die Versorgung von Mehrfach- und Schwerverletzten mit außergewöhnlich komplexen oder seltenen Verletzungsmustern. Ein überregionales TraumaZentrum unterscheidet sich dabei von regionalen TraumaZentren durch höhere Strukturanforderungen und umfassende Möglichkeiten zur Behandlung besonders komplexer Verletzungen.⁴¹⁴

In Rheinland-Pfalz gab es im Jahr 2024 fünf TraumaNetzwerke der DGU. Das TraumaNetzwerk Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz umfasste dabei jedoch auch Standorte in Luxemburg und im Saarland. Die Verteilung der insgesamt 31 TraumaZentren nach Versorgungsstufe und Versorgungsgebiet lässt sich in der Tabelle 25 nachvollziehen.

Tabelle 25: Factsheet mit den wesentlichen Daten zu den DGU TraumaZentren im Betrachtungsjahr 2024⁴¹⁵

	Lokales TraumaZentrum	Regionales TraumaZentrum	Überregionales TraumaZentrum	Summe
VG Mittelrhein-Westerwald	7	1	2	10
VG Rheinhessen-Nahe	3	2	1	6
VG Rheinpfalz	3	2	1	6
VG Trier	2	3	1	6
VG Westpfalz	1	1	1	3
Summe	16	9	6	31

Lokale TraumaZentren

Die insgesamt 31 TraumaZentren in Rheinland-Pfalz und den angrenzenden Regionen ließen sich von den Einwohnerinnen und Einwohnern in der Regel in weniger als 30 Minuten erreichen (Abbildung 127). Unter den TraumaZentren in Rheinland-Pfalz befanden sich im Jahr 2024 16 lokale TraumaZentren (blaues Symbol), neun regionale TraumaZentren (grünes Symbol) und sechs überregionale TraumaZentren (pinkes Symbol).

Insgesamt befanden sich im Jahr 2024 im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald die meisten TraumaZentren (zehn). Die wenigsten TraumaZentren mit zuletzt nur drei Zentren gab es im Versorgungsgebiet Westpfalz.

Fahrzeiten über 30 Minuten ergaben sich insbesondere an den Außengrenzen des Bundeslandes sowie rund um Altenkirchen und zwischen Kusel und Bad Kreuznach. In diesen Regionen hätten Einwohnerinnen und Einwohner theoretisch zwischen 40 und 60 Minuten zum nächstgelegenen TraumaZentrum zurücklegen müssen.

⁴¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3., erweiterte Auflage, abrufbar unter: https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/6_Versorgung_und_Wissenschaft/Qualitaet%20und_Sicherheit/2019_DGU-Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_3_Auflage_FINAL.PDF, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁴¹⁵ Eigene Darstellung auf Basis der Daten „TraumaNetzwerk DGU“ mit Stichtag 29.10.2024 sowie der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

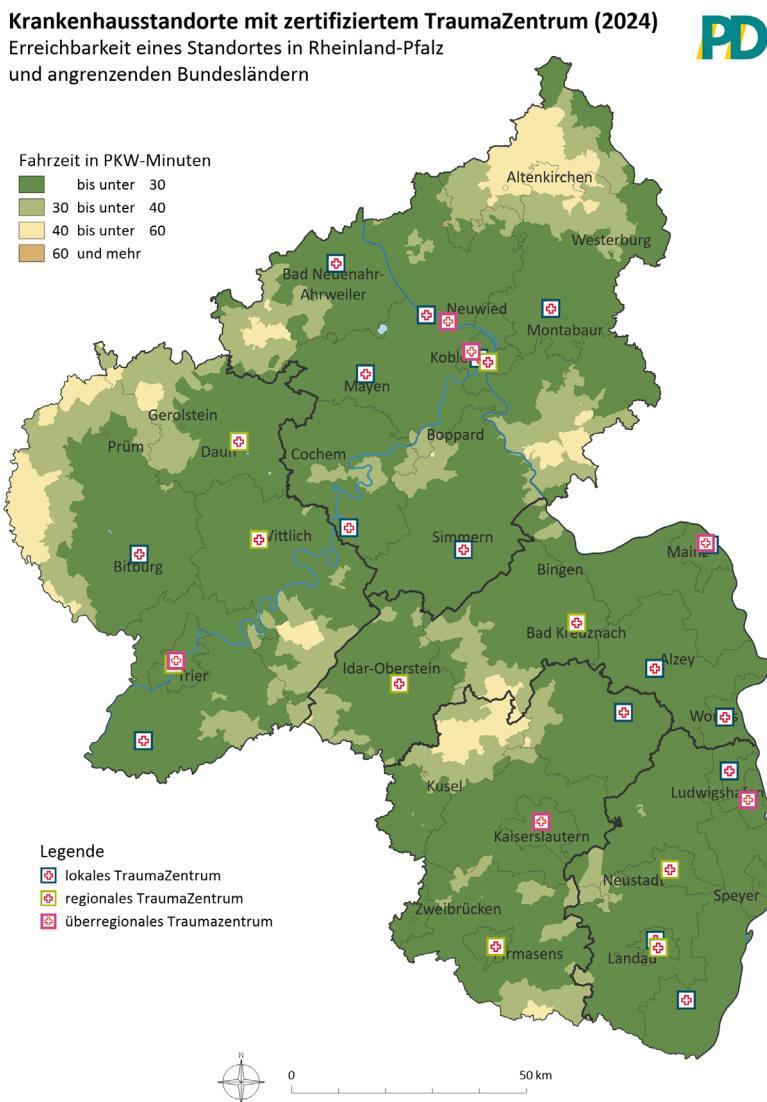


Abbildung 127: Erreichbarkeit eines TraumaZentrums der DGU nach Versorgungsstufe im Jahr 2024⁴¹⁶

Bei der Betrachtung der alternativen Standorte verschlechterte sich die Erreichbarkeit (Abbildung 128). Nur im Versorgungsgebiet Rheinpfalz wurden weiterhin Versorger in der Regel innerhalb von 30 Minuten erreicht. In den anderen Versorgungsgebieten hätte der Wegfall einzelner Standorte oftmals zu Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten geführt. Besonders stark von langen Fahrzeiten betroffen war das Versorgungsgebiet Trier, die Region rund um Idar-Oberstein und die südliche Landesgrenze nahe Pirmasens. Einwohnerinnen und Einwohner hätten nach diesem Szenario mehr als 60 Minuten zum nächstgelegenen Versorger zurücklegen müssen. Angesichts der vergleichsweise geringen Bevölkerungsdichte waren dort keine anderen Werte zu erwarten.

⁴¹⁶ Eigene Darstellung auf Basis der Daten „TraumaNetzwerk DGU“ mit Stichtag 29.10.2024 sowie der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

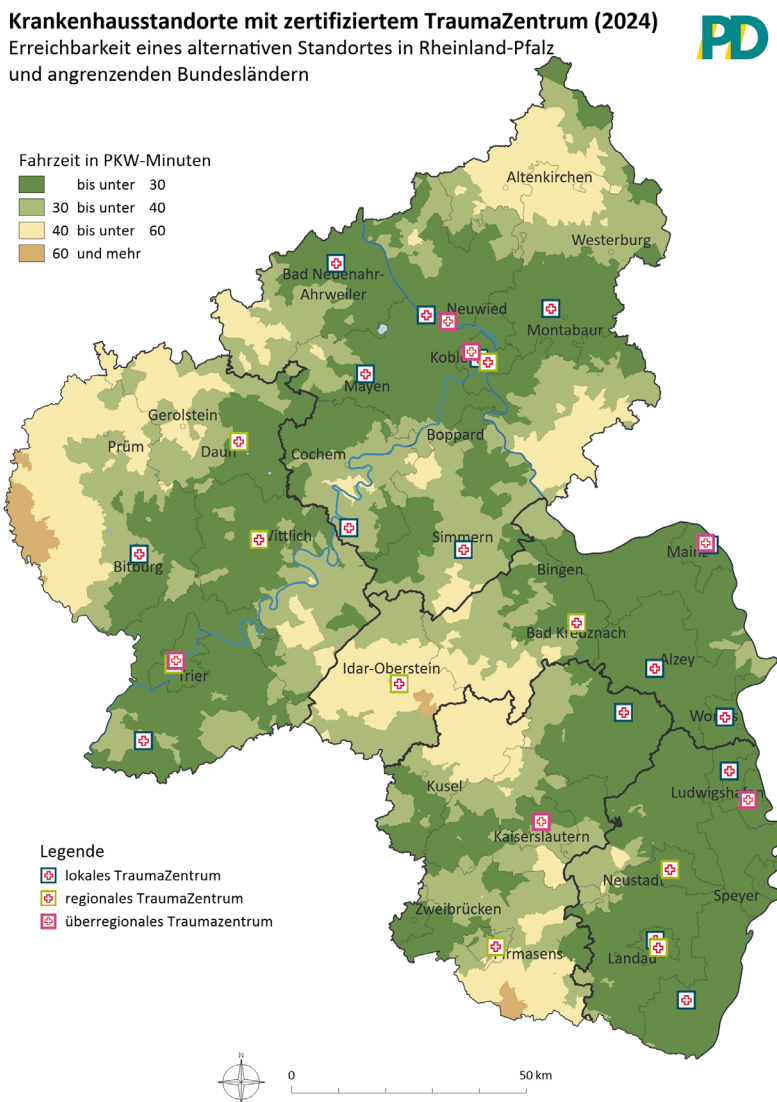


Abbildung 128: Erreichbarkeit eines alternativen TraumaZentrums der DGU nach Versorgungsstufe im Jahr 2024⁴¹⁷

Abbildung 129 greift die Erkenntnisse der kartografischen Darstellungen auf und unterstützt die zuvor gewonnenen Erkenntnisse. Rund 91 % – und somit ein Großteil der Einwohnerinnen und Einwohner – konnten zuletzt ein TraumaZentrum in Rheinland-Pfalz oder angrenzenden Regionen in weniger als 30 Minuten erreichen. In weniger als 40 Minuten war das nächstgelegene TraumaZentrum für rund 97 % der Einwohnerinnen und Einwohner erreichbar.

Das zweitnächste TraumaZentrum konnten etwa drei Viertel der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten erreichen. Weniger als 40 Minuten benötigten rund 92 % der Rheinland-Pfälzer. Diese Analyse verdeutlicht die Relevanz der einzelnen Standorte zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit TraumaZentren.

⁴¹⁷ Eigene Darstellung auf Basis der Daten „TraumaNetzwerk DGU“ mit Stichtag 29.10.2024 sowie der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

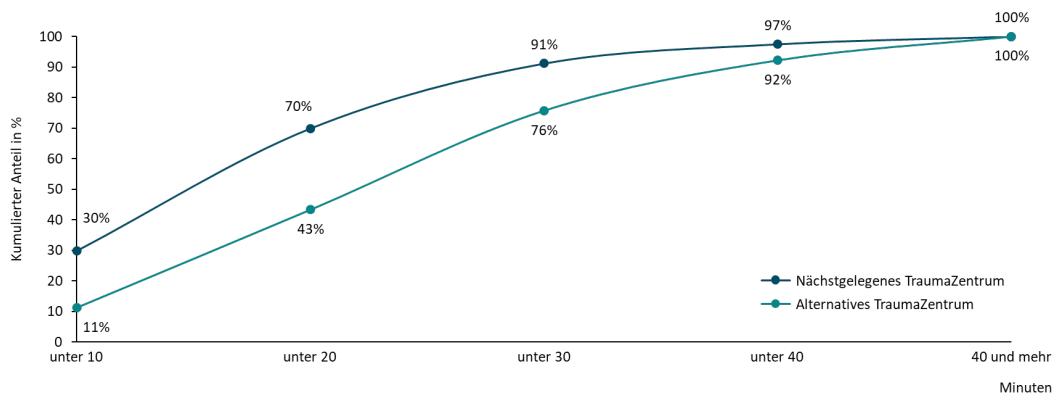


Abbildung 129: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweit-nächsten TraumaZentrum der DGU in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024⁴¹⁸

Überregionale TraumaZentren

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwersten Verletzungen erfolgte in überregionalen TraumaZentren und wurde in Rheinland-Pfalz durch sechs Häuser sichergestellt (Abbildung 130). In jedem der Versorgungsgebiete gab es ein überregionales TraumaZentrum, im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald sogar zwei. Die beiden TraumaZentren im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lagen im Betrachtungszeitraum geografisch eng beieinander. Bei einem der beiden Häuser handelt es sich um das Bundeswehrzentral Krankenhaus.

In einigen Regionen des Bundeslandes war es auch unter Berücksichtigung angrenzender Standorte möglich, dass Einwohnerinnen und Einwohner mehr als 60 Minuten zum nächstgelegenen Standort hätten zurücklegen müssen.

Dies betraf insbesondere das Versorgungsgebiet Trier sowie die Regionen rund um Altenkirchen, Idar-Oberstein und Pirmasens. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten, die in diesen TraumaZentren hätten versorgt werden müssen, schwerstverletzt sind und oftmals auch von regionalen und lokalen TraumaZentren in diese Einheit verlegt würden.

⁴¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis der Daten „TraumaNetzwerk DGU“ mit Stichtag 29.10.2024 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Krankenhausstandorte mit zertifiziertem überregionalem TraumaZentrum (2024)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

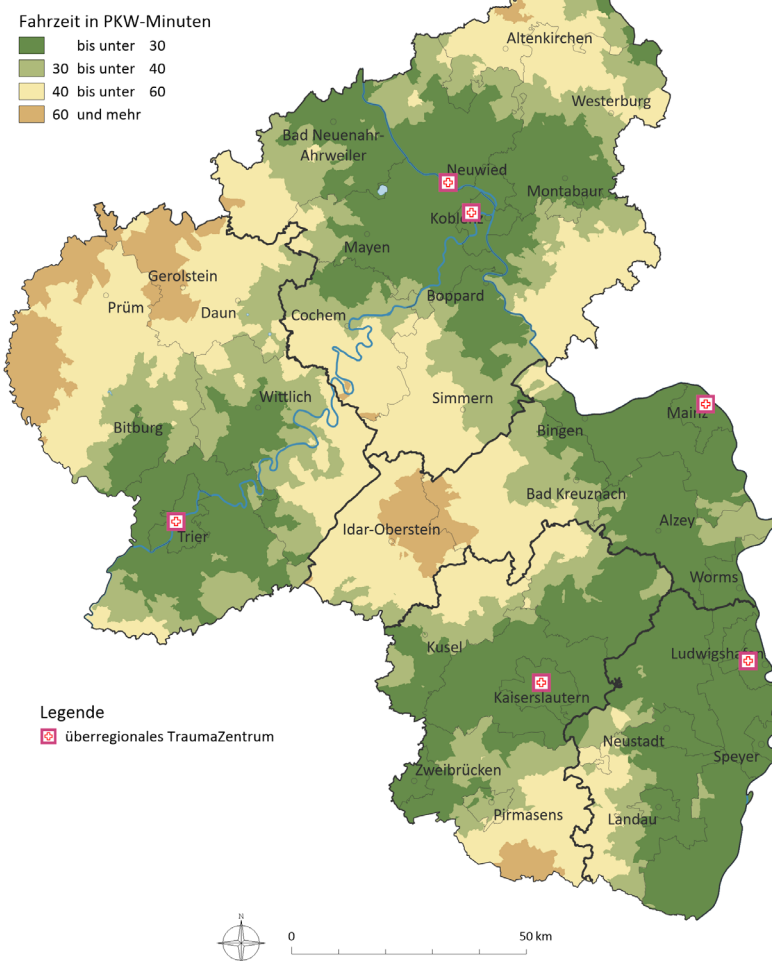


Abbildung 130: Erreichbarkeit eines überregionalen TraumaZentrums der DGU im Jahr 2024⁴¹⁹

Trotz der geringen Anzahl an überregionalen TraumaZentren war es rund 71 % der Einwohnerinnen und Einwohner in Rheinland-Pfalz möglich, ein Zentrum in weniger als 30 Minuten zu erreichen (Abbildung 131). Einen alternativen Versorger, also das zweitnächste überregionale TraumaZentrum, konnten nur noch knapp 33 % der Einwohnerinnen und Einwohner aus Rheinland-Pfalz in unter 30 Minuten erreichen.

Patientinnen und Patienten, die in einem überregionalen TraumaZentrum versorgt wurden, kamen häufig auch per Luftrettung in das entsprechende TraumaZentrum. Die Erreichbarkeitsanalyse ist folglich nur bedingt aussagekräftig, da hier nur die durchschnittliche Fahrzeit, die mit einem PKW ohne Sonder- und We-gerecht benötigt wird, berücksichtigt wurde.

⁴¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis der Daten „TraumaNetzwerk DGU“ mit Stichtag 29.10.2024 sowie der Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

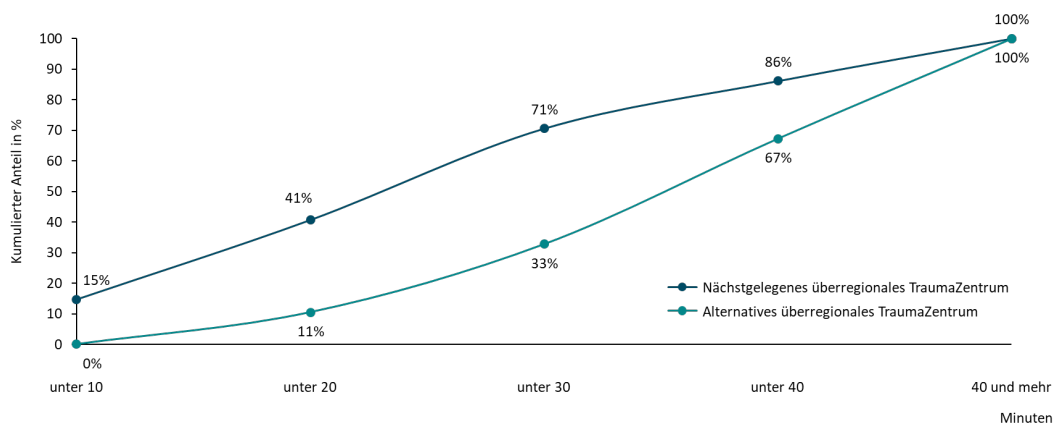


Abbildung 131: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächst- beziehungsweise zweitnächsten überregionalen TraumaZentrum der DGU in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern im Jahr 2024⁴²⁰

6.7.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

In diesem Abschnitt wurde die Notfall- und Traumaversorgung in Rheinland-Pfalz in ihren Grundzügen beleuchtet. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

1. Bei den Auswertungen handelt es sich ausschließlich um theoretische Fahrzeitanalysen, die nicht leistungsgruppenbasiert durchgeführt werden konnten, da derzeit keine Leistungsgruppen für den Bereich der Notfall- und Traumaversorgung existieren. Das KHVVG sieht jedoch zukünftig die LG „27 – Spezielle Traumatologie“ sowie die LG „65 – Notfallmedizin“ vor, anhand derer gegebenenfalls eine fallzahlbasierte Analyse möglich sein wird.⁴²¹ Die Gutachtenden empfehlen nach der Einführung der neuen Leistungsgruppen die Versorgungsbereiche erneut zu analysieren und evaluieren.
2. Insbesondere im Bereich der Notfallversorgung fielen den Gutachtenden Inkonsistenzen in den vorhandenen Daten auf, die die Erstellung eines umfassenden Bildes zur Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz erheblich erschwerten. Die Gutachtenden empfehlen der Planungsbehörde, zukünftig die Daten zur Erfüllung einer Notfallstufe nach G-BA-Vorgaben entweder selbst zu erheben oder die Kliniken aufzurufen, die Angaben korrekt den entsprechenden Stellen zu melden.
3. Die in diesem Gutachten ausgewiesenen Fahrzeiten beziehen sich ausschließlich auf PKW-Fahrzeiten ohne Sonder- und Wegerecht. Im Bereich der Notfall- und Traumaversorgung ist jedoch davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Patientinnen und Patienten mit einem entsprechenden Rettungsmittel den jeweiligen Standort erreicht. Die im vorliegenden Gutachten angegebenen theoretischen Fahrzeiten dürften daher voraussichtlich höher sein als die tatsächlich benötigten Fahrzeiten in der Realität.
4. In Rheinland-Pfalz ist eine flächendeckend gute Erreichbarkeit von Notfall- und Traumaversorgern gegeben. Längere Fahrzeiten zu Standorten der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung oder von regionalen und überregionalen TraumaZentren führen nicht notwendigerweise zu einer weniger

⁴²⁰ Eigene Darstellung auf Basis der Daten „TraumaNetzwerk DGU“ mit Stichtag 29.10.2024 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

⁴²¹ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

guten Versorgungssituation. Oftmals werden ausgehend von Standorten der Basisnotfallversorgung sowie lokalen TraumaZentren weitere Maßnahmen eingeleitet, die von Häusern mit höheren Versorgungsstufen übernommen werden. Die Konzentration dieser speziellen und komplexen Leistungen an wenigen Standorten trägt zu einer höheren Behandlungsqualität bei. Wichtig sind folglich geeignete Transportmittel, die eine zeitnahe Weiterverlegung dieser speziellen und komplexen Behandlungsfälle sicherstellen.

5. Die Analysen beziehen sich primär auf die Darstellung des Status quo stationärer Behandlungskapazitäten. Den Gutachtenden lagen keine Informationen hinsichtlich Ab- oder Rotmeldungen von Kapazitäten und deren Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft vor. Für eine umfassende Bewertung der Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz empfehlen die Gutachtenden, die Betrachtung verfügbarer Kapazitäten zu berücksichtigen.

Die Analyse der stationären Notfallversorgung ergab eine überwiegend sehr gute Erreichbarkeit von Standorten, die mindestens eine Basisnotfallversorgung anboten. Rund 98 % der Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz konnten im Jahr 2023 einen Versorger, der mindestens die Stufe 1 der Notfallversorgung angeboten hatte, in weniger als 30 Minuten erreichen. Insgesamt zeigte sich im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald rund um Koblenz eine stark ausgeprägte Versorgerdichte, die es so in keinem anderen Versorgungsgebiet in Rheinland-Pfalz gab. Bei den Notfallversorgern handelte es sich jedoch primär um die erweiterte Notfallversorgung. Keiner der Notfallversorger wies eine umfassende Notfallversorgung in diesem Versorgungsgebiet auf.

Es ist zu prüfen, ob im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald ein Standort im Zuge der Krankenhausreform geschaffen werden kann, der die Voraussetzungen der Stufe 3 erfüllt, um im nördlichen Teil von Rheinland-Pfalz eine umfassende Notfallversorgung sicherzustellen. Im Zuge dessen würde es gegebenenfalls zu einer Reduzierung von Standorten mit Notfallstufe 2 in dieser Region kommen, die jedoch im Vergleich zum Rest des Landes auffällig häufig vorhanden sind. Die Reduzierung wäre notwendig, da zur Erreichung der Notfallstufe 3 diverse Fachbereiche vorgehalten werden müssen, die man gegebenenfalls nur dann vorhalten kann, wenn zum Beispiel Standorte in Ballungsgebieten wie Koblenz zentriert werden.

Die Analyse der Traumaversorgung ergab eine überwiegend gute Erreichbarkeit im Jahr 2024. Die DGU definiert 30 Minuten als Zeitrahmen, in dem eine Patientin beziehungsweise ein Patient nach der Rettung und Erstversorgung in einem geeigneten TraumaZentrum eintreffen soll. Rund 91 % der Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz konnten dies zuletzt. Auch bei dieser Analyse stach das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald mit einer vergleichsweise hohen Versorgerdichte hervor. Rund ein Drittel der TraumaZentren des gesamten Bundeslandes lagen zuletzt im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald – primär im Großraum Koblenz.⁴²²

Ergänzend wurde in diesem Abschnitt auch kurz die luft- und bodengebundene Rettung in Rheinland-Pfalz beleuchtet. Im Jahr 2023 wurden ausgehend von 153 Rettungswachen 72 Zielkliniken mit 445.856 Transporten vom Rettungsdienst angefahren. Bei weniger als der Hälfte dieser Transporte handelte es sich um Notfalleinsätze (47,1 %). Die meisten Notfalleinsätze wurden dabei in die 29 Zielkrankenhäuser im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald transportiert. In diesem Versorgungsgebiet gab es auch insgesamt mit Abstand die meisten Zielkrankenhäuser. Durchschnittlich wurden jedoch im Vergleich zu den restlichen Versorgungsgebieten mitunter am wenigsten Fälle pro Zielkrankenhaus transportiert. Prinzipiell lag der Anteil der Notfalleinsätze im Vergleich zu den sonstigen Einsätzen im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe

⁴²² Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2024): TraumaNetzwerk DGU®, <https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-und-sicherheit/schwerverletzte/traumanetzwerk-dgu>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

mit rund 55,5 % am höchsten, wohingegen im Versorgungsgebiet Westpfalz nur rund 39,6 % der Transporte Notfalleinsätze waren.

Im Bereich der luftgebundenen Rettung konnte eine gute Abdeckung des Bundeslandes durch in Rheinland-Pfalz selbst stationierte Hubschrauber, als auch durch in angrenzenden Bundesländern und Luxemburg stationierte Hubschrauber festgestellt werden.

Auf der Bundesebene wird derzeit an dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung gearbeitet, mit dem Ziel, die drei Versorgungsebenen vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahme der Krankenhäuser sowie den Rettungsdienst besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen. Geplant sind dabei unter anderem die Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117, eine flächendeckende, rund um die Uhr verfügbare telemedizinische Versorgung sowie aufsuchende Notdienste zur medizinischen Erstversorgung. Auch integrierte Notfallzentren sollen flächendeckend eingerichtet werden.⁴²³

6.8 Geriatrie

Im nachfolgenden Abschnitt wird die geriatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz analysiert. Die Darstellungen fokussieren sich auf die Leistungsgruppe entsprechend der nordrhein-westfälischen Definition der LG „27.1 – Geriatrie“. Die Zuordnung der Fälle zu der LG „27.1 – Geriatrie“ erfolgt dabei über den OPS-Kode 8-550 (Geriatrie frührehabilitative Komplexbehandlung). Im Rahmen dieser Auswertungen werden nur vollstationäre geriatrische Fälle betrachtet.⁴²⁴

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist ein therapeutischer Ansatz, um bei geriatrischen Patientinnen und Patienten⁴²⁵ möglichst frühzeitig die Selbstversorgungsfähigkeit wiederherzustellen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.⁴²⁶ Dabei geht die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung über den organzentrierten Zugang hinaus und wird daher als Komplexbehandlung ausgewiesen. Zur Abrechnung der Komplexbehandlung über den OPS-Kode 8-550 müssen die Leistungserbringer nachweislich verschiedene Strukturmerkmale erfüllen (z. B. Behandlung in einem multiprofessionellen Team).⁴²⁷

Es ist klarstellend darauf hinzuweisen, dass die Fälle, die entweder keine geriatrische Komplexbehandlung erhalten haben oder weniger als sieben Tage in dem Behandlungssetting waren und trotzdem in der Fachabteilung Geriatrie behandelt wurden, überwiegend in der LG „01.1 – Allgemeine Innere Medizin“ abgebil-

⁴²³ Deutscher Bundestag (2024): Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung, <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1022584>, zuletzt abgerufen am 13.12.2024.

⁴²⁴ Zu teilstationären Fällen gibt es im § 21-KHEntgG-Datensatz keine Angabe, weshalb diese im Rahmen des Gutachtens nicht ausgewertet werden können. Laut Statistischem Landesamt Rheinland-Pfalz ist bekannt, dass ein Standort 30 Plätze für eine Tagesklinik gemeldet hat.

⁴²⁵ Zur Definition des geriatrischen Patienten wurden die Auslegungshinweise der MD-Gemeinschaft zur Einzelfallprüfung des OPS 8-550, Version 2023 (Kompetenz-Centrum Geriatrie 2023, https://www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/OPS-Archiv/2023_Auslegungshinweise_8-550.pdf) zugrunde gelegt, auf das sich auch das Bundessozialgerichtsurteil vom 17.12.2020 (Az. B 1 KR 21/20) bezieht. Demnach ist für die Kodierung des OPS-Kodes 8-550 regelmäßig ein Alter von 70 Jahren, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren bei erheblich ausgeprägter Multimorbidität erforderlich. Die vorliegenden Analysen beziehen sich daher auf Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren.

⁴²⁶ Palzer, Manuel et al. (2021): Geriatrische Komplexbehandlung bei alterstraumatologischen Patienten. Einfluss auf Mobilität, Selbsthilfefähigkeit und Austrittsdestination, erschienen in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Ausgabe 8, S. 816–822.

⁴²⁷ Kompetenz-Centrum Geriatrie (2023): Auslegungshinweise der MD-Gemeinschaft zur Einzelfallprüfung des OPS 8-550*, Version 2023, https://www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/OPS-Archiv/2023_Auslegungshinweise_8-550.pdf, zuletzt abgerufen am 13.11.2024.

det werden. Die Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ bilden daher nicht die gesamte Anzahl an geriatrisch versorgten Patientinnen und Patienten ab. Die Tabelle 26 stellt die wesentlichen Kennzahlen zur geriatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz dar, die in den folgenden Abschnitten sukzessive aufgegriffen werden.

Tabelle 26: Factsheet mit den wesentlichen Daten zur LG „27.1 – Geriatrie“ im Betrachtungsjahr 2023⁴²⁸

LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023	
Gesamtfallzahl der Leistungsgruppe	14.699 Fälle
Ø Verweildauer	rund 20,9 Tage
Notfallanteil ⁴²⁹	rund 64 %
Indirekte Erreichbarkeitsgrenze abgeleitet aus dem KHVVG ⁴³⁰	40 Minuten
Empfohlener Orientierungswert für die Erreichbarkeit ⁴³¹	45 Minuten
Ø Tatsächliche Fahrzeit ⁴³²	rund 18 Minuten
Anzahl Standorte ⁴³³	48
– VG Mittelrhein-Westerwald	16
– VG Rheinhessen-Nahe	6
– VG Rheinpfalz	14
– VG Trier	7
– VG Westpfalz	5

6.8.1 Versorgungssituation der Geriatrie in Rheinland-Pfalz

Fallzahlentwicklung

Im Jahr 2023 wurden in Rheinland-Pfalz rund 14.700 vollstationäre Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ versorgt (Abbildung 132). Im Vergleich zu 2019 entspricht dies einem Zuwachs von rund 6 %. Nachdem die Fallzahlen von 2019 bis 2020 – voraussichtlich aufgrund der COVID-19-Pandemie – zurückgegangen waren, blieben sie bis 2022 auf ähnlich niedrigem Niveau. Erst von 2022 bis 2023 erfolgte eine deutliche Zunahme der Fallzahlen (um rund 18 %), was nominal rund 2.240 Fällen entsprach.

Der Anteil der Fälle in den einzelnen Versorgungsgebieten ist im Betrachtungszeitraum überwiegend konstant geblieben. Den größten Fallzahlanteil hatte im Jahr 2023 das Versorgungsgebiet Rheinpfalz (rund 34 %) und den kleinsten Fallzahlanteil das Versorgungsgebiet Westpfalz (rund 3 %). Insbesondere der

⁴²⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

⁴²⁹ Gemäß Aufnahmeanlass N-Notfall aus dem § 21-KHEntgG-Datensatz.

⁴³⁰ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴³¹ Schmitt J. et al. (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

⁴³² Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz.

⁴³³ In der hier ausgewiesenen Anzahl der Standorte sind auch solche enthalten, die nicht regelmäßig an der Versorgung teilnehmen, beziehungsweise solche, die aufgrund von Fehlkodierung oder Verbringungsleistungen Fälle in der betrachteten Leistungsgruppe ausweisen.

auffällig geringe Anteil von etwa 3 % an allen versorgten Fällen innerhalb von Rheinland-Pfalz im Versorgungsgebiet Westpfalz lässt darauf schließen, dass entweder nur ein begrenztes Versorgungsangebot zur Verfügung stand oder die Patientinnen und Patienten in benachbarte Versorgungsgebiete oder im Saarland behandelt wurden.

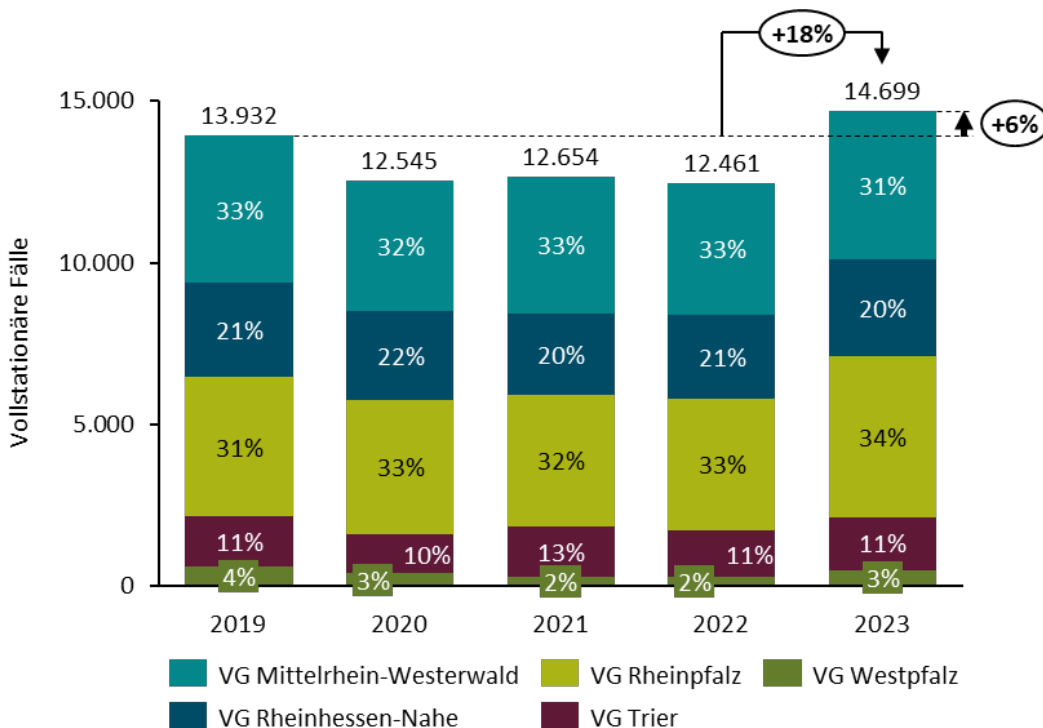


Abbildung 132: Vollstationäre Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023⁴³⁴

Die Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz verteilten sich im Jahr 2023 entsprechend der Abbildung 133 über das Bundesland. Die Karte verdeutlicht das eher geringe Fallzahlauftreten in den Versorgungsgebieten Trier und Westpfalz. Insbesondere an der Grenze zum Saarland sind Gebiete ohne Fallauftreten zu verzeichnen. Hier ist einerseits die Bevölkerungsdichte aufgrund landschaftlicher Gegebenheiten extrem gering, gleichzeitig sind die Patientinnen und Patienten aus diesen Gebieten voraussichtlich im Saarland versorgt worden. Fallzahlhäufungen treten hingegen erwartungsgemäß aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte insbesondere in den städtischen Regionen des Bundeslandes auf.

⁴³⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Anzahl der Fälle je PLZ 5 in der LG „27.1 – Geriatrie (2023)

Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

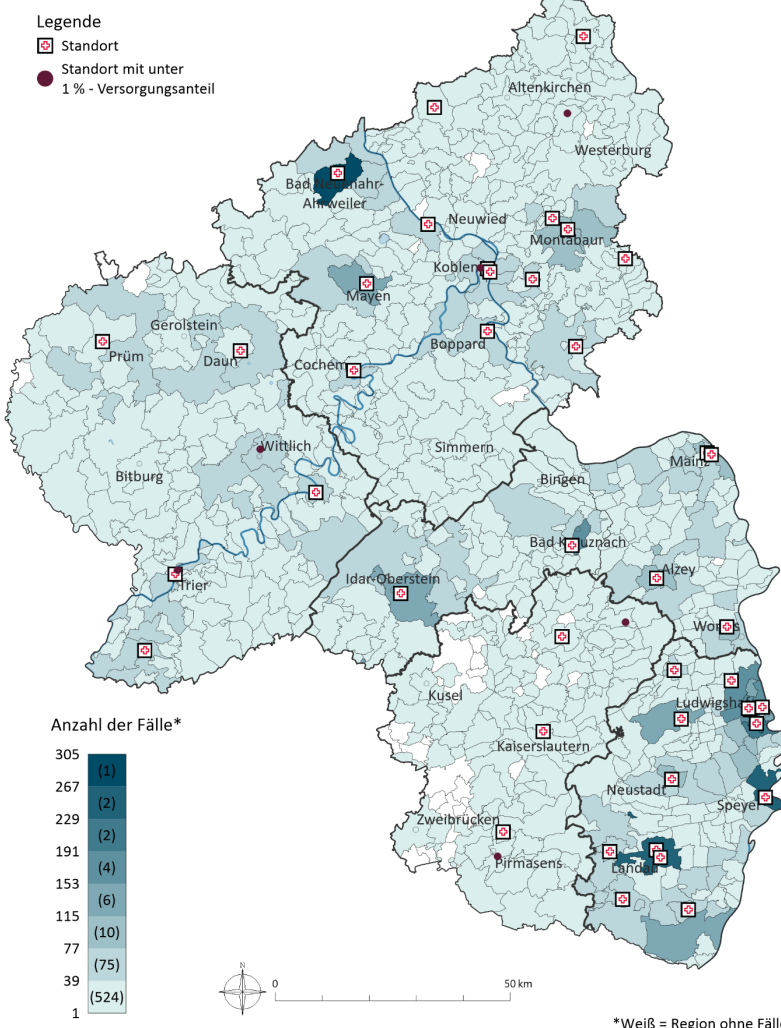


Abbildung 133: Herkunft der Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz in der LG „27.1 – Geriatrie“⁴³⁵

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen in der LG „27.1 – Geriatrie“ blieb im Betrachtungszeitraum konstant (Abbildung 134). Sowohl im Jahr 2019 als auch 2023 verblieben die geriatrischen Patientinnen und Patienten rund 21 Tage im Krankenhaus. Es ist zu beachten, dass die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten interdisziplinär erfolgt. Neben den geriatrischen Fachabteilungen sind dabei auch andere Abteilungen wie die Neurologie und die Unfallchirurgie an der Behandlung beteiligt.

⁴³⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

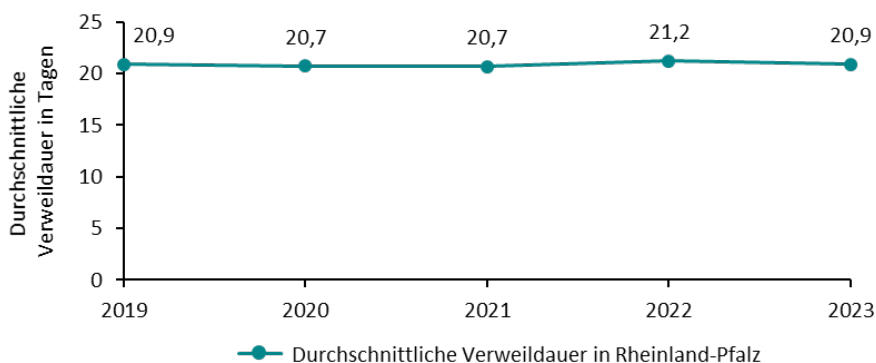


Abbildung 134: Durchschnittliche Verweildauer der Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Zeitraum von 2019 bis 2023⁴³⁶

Fallzahlprognose auf Behandlungsebene

Die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung der in Rheinland-Pfalz zu versorgenden Patientinnen und Patienten der LG „27.1 – Geriatrie“ zeigt für das Jahr 2035 einen Fallzahlzuwachs von rund 19 %, ohne die Berücksichtigung etwaiger Ambulantisierungspotenziale (Abbildung 135). Es ist nicht davon auszugehen, dass bei den Fällen dieser Leistungsgruppe größere Ambulantisierungspotenziale vorhanden sind, weshalb auf eine gesonderte Ausweisung des Ambulantisierungspotenzials verzichtet wird.

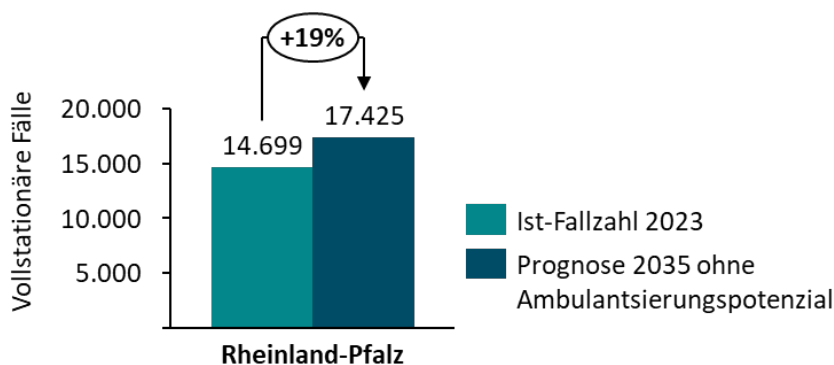


Abbildung 135: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten in der LG „27.1 – Geriatrie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für das Jahr 2035⁴³⁷

Fallzahlprognose auf Wohnortebene

Die Abbildung 136 stellt die Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für das Jahr 2035 in der LG „27.1 – Geriatrie“ auf der Ebene des Wohnortes dar. Berücksichtigt wurden dabei alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, differenziert nach Versorgungsgebiet. Wie auch im vorherigen

⁴³⁶ Eigene Darstellung auf Basis der §-21-KHEntg-Datensätze der jeweiligen Jahre.

⁴³⁷ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den §-21-KHEntg-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

Szenario (Abbildung 135), erfolgt die Betrachtung ohne die Berücksichtigung eines möglichen Ambulantisierungspotenzials. Für 2035 ist für Rheinland-Pfalz eine Fallzahlsteigerung um rund 19 % zu erwarten. Dies entspricht einem Anstieg um rund 3.000 Fälle.

In den jeweiligen Versorgungsgebieten wurden weitestgehend ähnliche Entwicklungen prognostiziert. Der stärkste Fallzahlzuwachs wird für die Versorgungsgebiete Rheinhessen-Nahe und das am dünnsten besiedelte Versorgungsgebiet Trier (beide rund 21 %) prognostiziert. In den Versorgungsgebieten Mittelrhein-Westerwald und Rheinpfalz werden die Fallzahlen gemäß der Prognose hingegen nur um rund 17 % steigen.

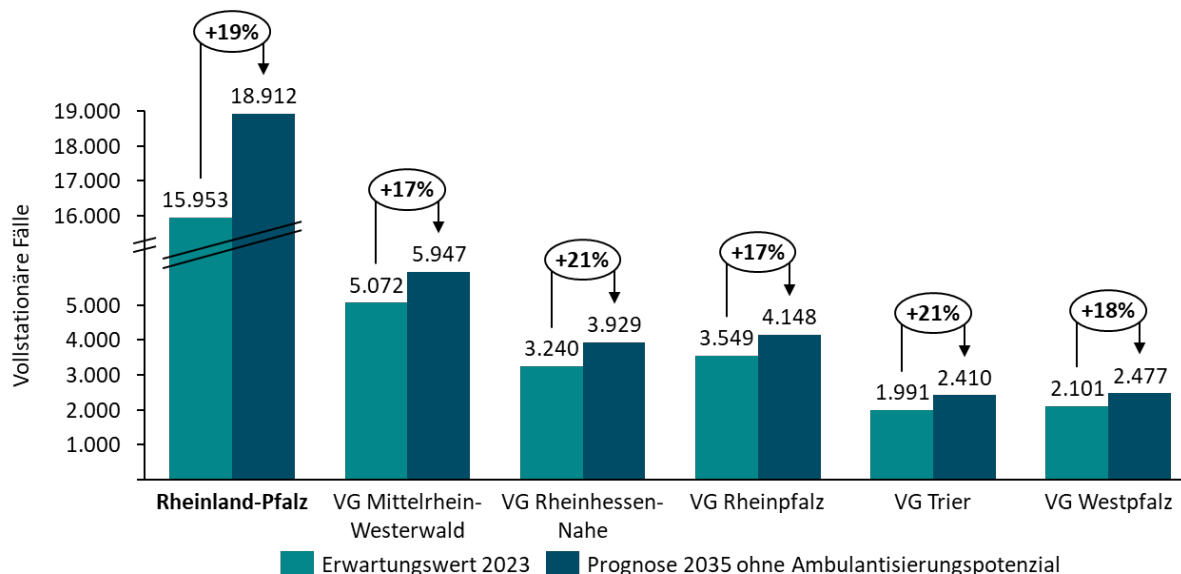


Abbildung 136: Prognose für die vollstationäre Fallzahlentwicklung in der LG „27.1 – Geriatrie“ ohne Ambulantisierungspotenzial für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz, aufgeschlüsselt nach Versorgungsgebieten, für das Jahr 2035⁴³⁸

Standorte

An insgesamt 48 Standorten wurden im Jahr 2023 Fälle in der LG „27.1 – Geriatrie“ behandelt (Abbildung 137). Sechs Standorte behandelten jeweils weniger als 1 % an der Gesamtversorgung. Aufgrund der geringen Fallzahl dieser Standorte (Standorte 42 bis 48) ist davon auszugehen, dass es sich bei den hier erbrachten Leistungen um Fehlkodierungen oder Zufallsbefunde handelt, sodass diese keine relevanten Versorger darstellen. Rund die Hälfte der Fälle wurde von elf Versorgern übernommen. Ein Viertel der Fälle wurde von einem der vier fallzahlstärksten Versorger behandelt.

⁴³⁸ Eigene Darstellung und Schätzung auf Basis der ICD-Bundeslandstatistik (2023) und den §-21-KHEntgG-Datensätzen (2023) in Verbindung mit der 6. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2023) (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz).

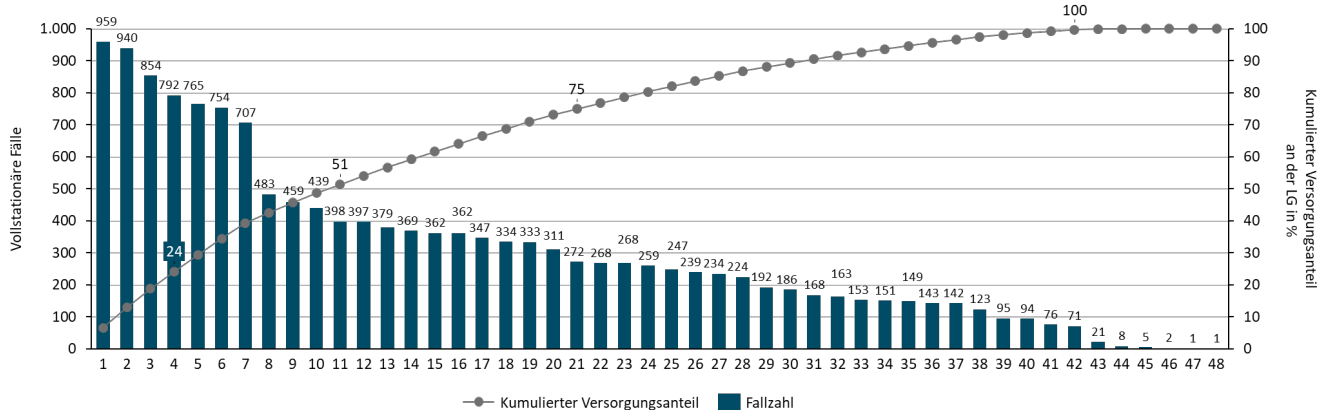


Abbildung 137: Vollstationäre Fälle je Versorger und kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023⁴³⁹

Der Bundesverband Geriatrie definiert versorgungsformübergreifende Anforderungskriterien, unter anderem zur räumlichen Ausstattung. Die empfohlene Mindestbettenzahl beträgt 20 Betten, der angestrebte Anteil geriatrischer Komplexbehandlung liegt bei 90 %. Bei einer angenommenen Normauslastung von 87,5 %⁴⁴⁰ und einer durchschnittlichen Verweildauer von 20,9 Tagen in Rheinland-Pfalz ergibt sich folgende Rechnung:

$$(20 \text{ Betten} \times 0,9 \times 0,875 \times 365 \text{ Tage}) \div (20,9 \text{ Tage durchschnittliche Verweildauer}) \approx 276 \text{ Fälle.}$$

Dementsprechend muss ein Standort 276 Fälle im Jahr behandeln, um den Anforderungskriterien des Bundesverbands Geriatrie zu genügen. Im Jahr 2023 haben nur 20 Standorte in Rheinland-Pfalz diese Fallzahl erbracht.

In welchem Versorgungsgebiet sich die zuvor aufgelisteten Standorte befanden, wird in der Abbildung 138 hervorgehoben. Es handelt sich prinzipiell um die gleichen Fallzahlen wie in der Abbildung 137, mit dem Unterschied der ergänzenden Zuordnung der Versorgungsgebiete. Es zeigt sich, dass die meisten Standorte im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lagen (16 Standorte), gefolgt vom Versorgungsgebiet Rheinland-Pfalz (14 Standorte), dem Versorgungsgebiet Trier (7 Standorte) und dem Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe (6 Standorte). Die wenigsten Standorte wies das Versorgungsgebiet Westpfalz (5 Standorte) auf. Im Versorgungsgebiet Westpfalz erreichte zudem keiner der Standorte die zuvor berechnete, gemäß den Vorgaben des Bundesverbands Geriatrie erforderliche Zahl von 276 Fällen. Der fallzahlstärkste Standort befand sich im Versorgungsgebiet Rheinland-Pfalz, in dem sich noch zwei weitere Versorger befanden, die eine Zahl von über 700 Fällen aufwiesen. Im Versorgungsgebiet Westpfalz hingegen befanden sich vorwiegend Standorte, an denen deutlich weniger Fälle behandelt wurden.

⁴³⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁴⁴⁰ Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022: Richtwert für Leistungsgruppen mit durchschnittlicher Verweildauer von mehr als 10 Tagen, S. 347–348, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/krankenhausplan_nrw_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 02.12.2024.

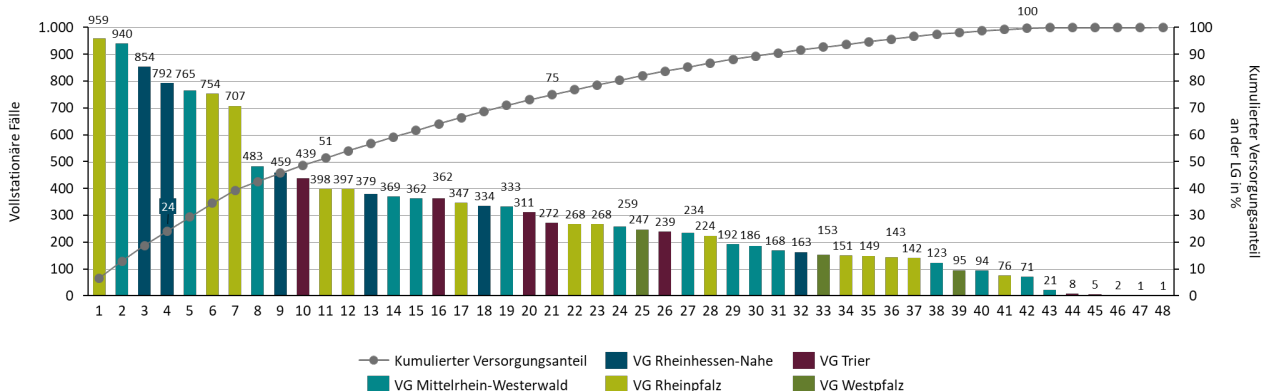


Abbildung 138: Vollstationäre Fälle je Versorger, kumulierter prozentualer Anteil an der Versorgung innerhalb der LG „27.1 – Geriatrie“ sowie Zuordnung zum Versorgungsgebiet im Jahr 2023⁴⁴¹

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Die Abbildung 139 zeigt die durchschnittliche theoretische Fahrzeit auf, die die Einwohnerinnen und Einwohner in Rheinland-Pfalz zum nächstgelegenen geriatrischen Versorger im Jahr 2023 benötigten. Dabei wurden Versorger innerhalb von Rheinland-Pfalz sowie in den angrenzenden Bundesländern berücksichtigt. Insgesamt konnten die meisten Einwohnerinnen und Einwohner den nächstgelegenen Versorger innerhalb von 30 Minuten erreichen. Ausnahmen ergaben sich insbesondere im Eifelkreis Bitburg-Prüm, im Landkreis Cochem-Zell, im Rhein-Hunsrück-Kreis sowie in den Landkreisen Ahrweiler und Kusel. Dort waren theoretisch teilweise Fahrzeiten von jeweils bis zu 60 Minuten zum nächstgelegenen Versorger notwendig. Aufgrund der hohen Standortdichte war im Versorgungsgebiet Rheinpfalz die Erreichbarkeit fast überall in unter 30 Minuten gewährleistet.

Die zuvor genannten Landkreise gehören zum Teil auch zu den Regionen, die von Versorgern außerhalb von Rheinland-Pfalz profitieren. Insbesondere für die Bevölkerung des Landkreises Ahrweiler und des Westerwaldkreises verbesserte sich die Erreichbarkeit maßgeblich unter Berücksichtigung geriatrischer Versorger in Nordrhein-Westfalen sowie Hessen.

⁴⁴¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „27.1 – Geriatrie“ (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

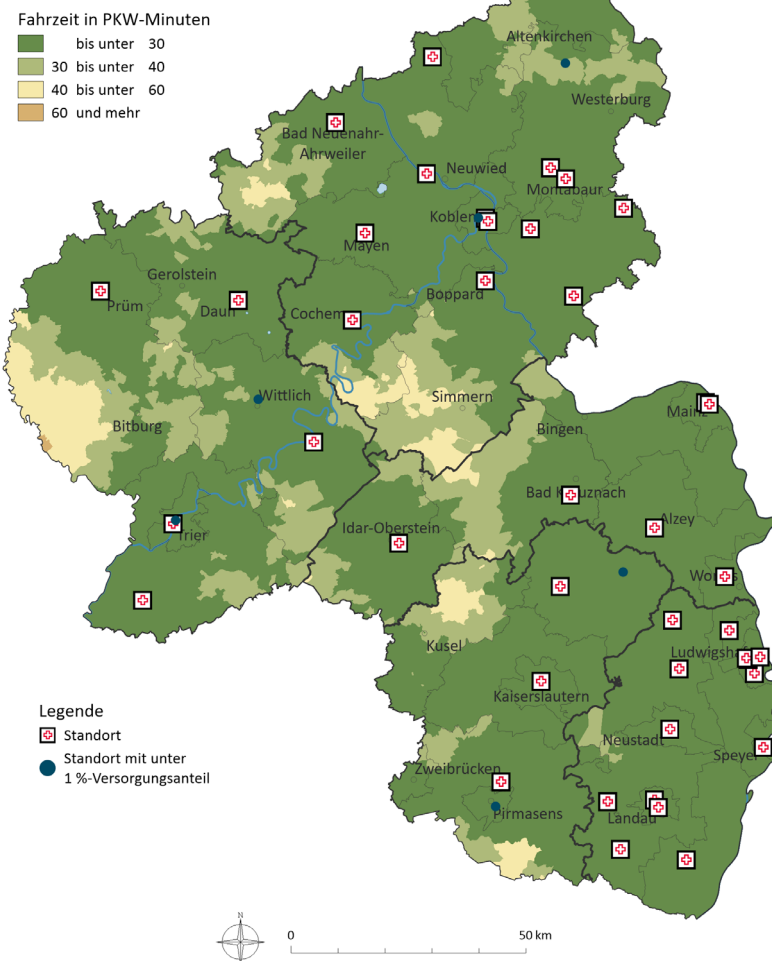


Abbildung 139: Erreichbarkeit eines Versorgers für Fälle aus der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023⁴⁴²

Die Abbildung 140 zeigt die durchschnittliche theoretische Erreichbarkeit des zweitnächsten Versorgers der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023, der nachfolgend auch als alternativer Versorger bezeichnet wird. Während im Versorgungsgebiet Rheinland-Pfalz weiterhin die meisten Einwohnerinnen und Einwohner einen Versorger in weniger als 30 Minuten erreichen konnten, gestaltete sich die Situation für die Menschen aus dem Versorgungsgebiet Trier deutlich schwieriger. Aufgrund der geringen Anzahl an Versorgern (fünf Versorger) sowie der geografischen Lage konnte in diesem Versorgungsgebiet ein alternativer Versorger oftmals nur in 40 oder mehr Minuten erreicht werden. Damit kommt den Standorten nahe Pirmasens, im Zentrum des Bundeslandes rund um Idar-Oberstein und Simmern sowie in Prüm eine hohe Relevanz für eine wohnortnahe Versorgung zu.

⁴⁴² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Krankenhausstandorte mit Fällen in der LG „27.1 – Geriatrie“ (2023)

Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern

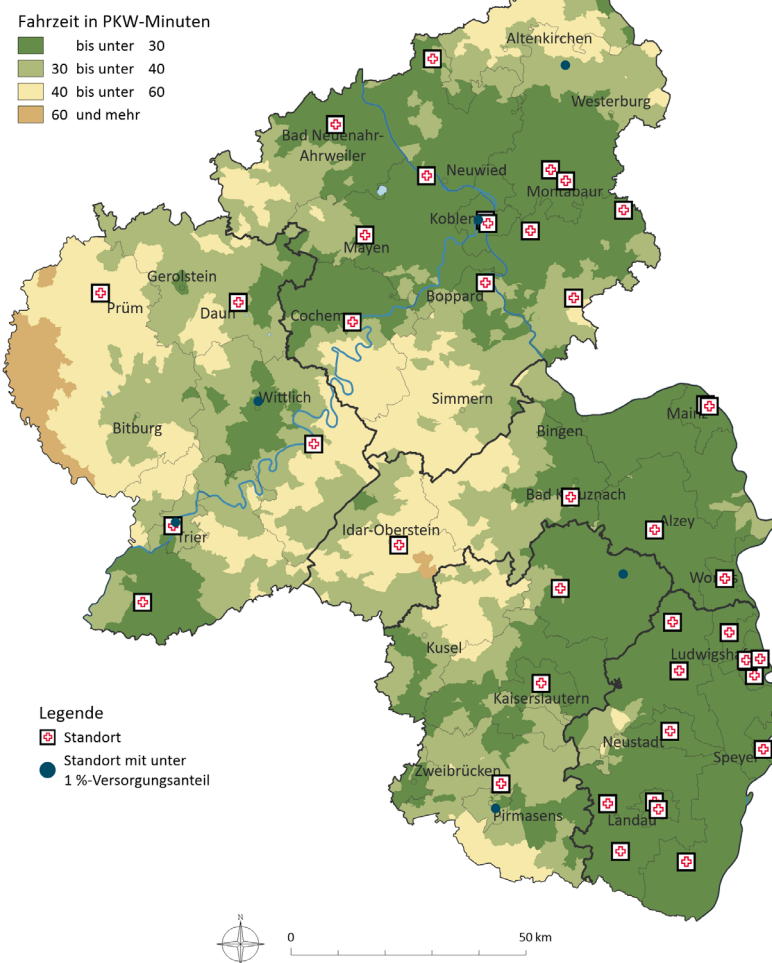


Abbildung 140: Erreichbarkeit eines alternativen Versorgers für Fälle aus der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023⁴⁴³

Die Abbildung 141 greift die zuvor kartografisch beschriebenen Erreichbarkeitsanalysen (Abbildung 139 und Abbildung 140) in einer grafischen Darstellung auf. Rund 92 % der Einwohnerinnen und Einwohner ab 60 Jahren konnten einen Versorger der LG „27.1 – Geriatrie“ in weniger als 30 Minuten erreichen. Innerhalb von 40 Minuten war dies sogar rund 99 % der Einwohnerinnen und Einwohnern möglich. Damit wurden in Rheinland-Pfalz die in der Fachliteratur ausgewiesenen Orientierungswerte für die Erreichbarkeit des nächsten geriatrischen Versorgungsangebots fast vollständig erfüllt. Diese liegen gemäß KHVG bei 40 Minuten und nach Schmitt et al. bei 45 Minuten.^{444/445} Die Abbildung 141 in Kombination mit der Abbildung

⁴⁴³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁴⁴⁴ Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVG), <https://www.recht.bund.de/bgb1/1/2024/400/VO>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁴⁵ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 13.11.2024.

139 verdeutlicht, dass Fahrzeiten über 40 Minuten zum nächstgelegenen Versorger nur wenige Einwohnerinnen und Einwohner des Bundeslandes betrafen (rund 1 %).

Den zweitnächsten Versorger konnten rund zwei Drittel der Bevölkerung in weniger als 30 Minuten erreichen. In weniger als 40 Minuten konnten hingegen theoretisch 86 % der Einwohnerinnen und Einwohner einen geriatrischen Versorger erreichen.

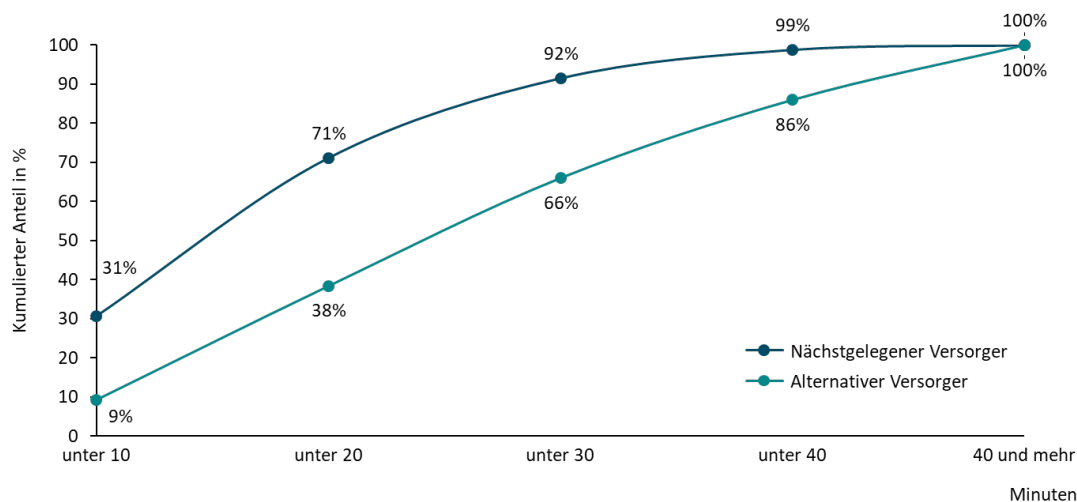


Abbildung 141: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter ab 60 Jahren zum nächsten beziehungsweise zweitnächsten Versorger in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023⁴⁴⁶

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Neben der theoretischen Fahrzeit wurde auch die tatsächliche Fahrzeit betrachtet. Tatsächlich benötigten die Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 durchschnittlich rund 18 Minuten für den Weg zwischen ihrem Wohn- und Behandlungsort (Tabelle 26). Die Abbildung 142 bildet die tatsächlich benötigte durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort ab. Rund 87 % der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz erreichten tatsächlich einen geriatrischen Versorger in Rheinland-Pfalz in weniger als 30 Minuten. Die geringfügige Abweichung zur theoretischen Fahrzeit (Abbildung 139 und Abbildung 141) resultiert wahrscheinlich aus den unterschiedlichen Analysegrundlagen (zum Beispiel werden in der Abbildung 141 alle Einwohnerinnen und Einwohner ab 60 Jahren berücksichtigt). Weniger als 40 Minuten tatsächliche Fahrzeit benötigten rund 97 % der Patientinnen und Patienten. Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die meisten Patientinnen und Patienten in der Regel ihren geografisch nächstgelegenen Versorger aufsuchten.

Die Abbildung 142 stellt zudem die durchschnittlichen Fahrzeiten der Patientinnen und Patienten je Versorgungsgebiet im Jahr 2023 dar. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsgebieten erkennen. Die hohe Versorgerdichte im Versorgungsgebiet Rheinpfalz sowie in den an die Versorgungsgebiete Rheinpfalz und Rheinhessen-Nahe angrenzenden Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg ermöglichten eine gute Erreichbarkeit eines geriatrischen Versorgers. Weniger als 30 Minuten zum nächstgelegenen Versorger benötigten im Versorgungsgebiet Rheinpfalz rund 98 % der Patientinnen und Patienten und im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe rund 90 % der Patientinnen und Patienten.

⁴⁴⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Die Erreichbarkeit in den Versorgungsgebieten Westpfalz und Trier stellte sich im Vergleich dazu als unterdurchschnittlich dar. In weniger als 30 Minuten erreichten im Versorgungsgebiet Trier nur rund 73 % einen Versorger und im Versorgungsgebiet Westpfalz rund 77 % der Patientinnen und Patienten.

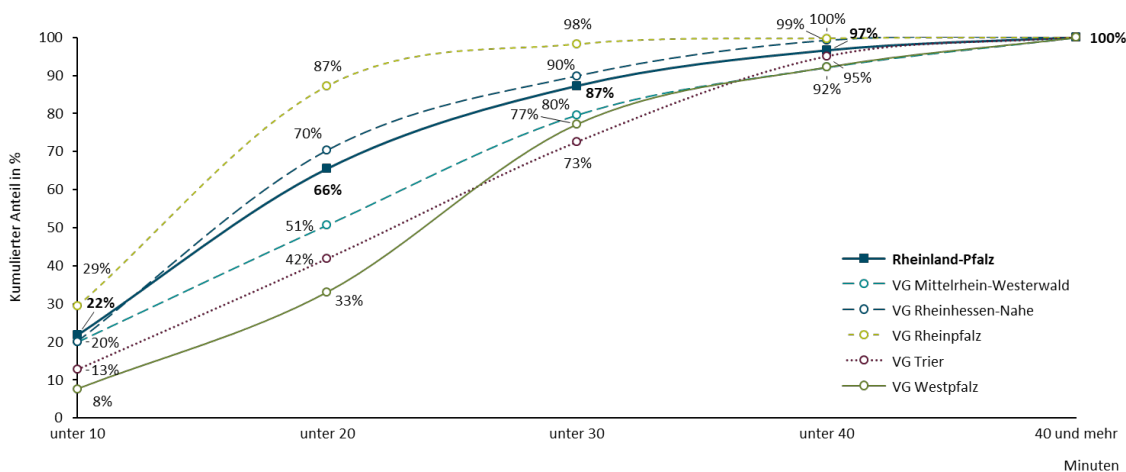


Abbildung 142: Durchschnittliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort in der LG „27.1 – Geriatrie“ im Jahr 2023⁴⁴⁷

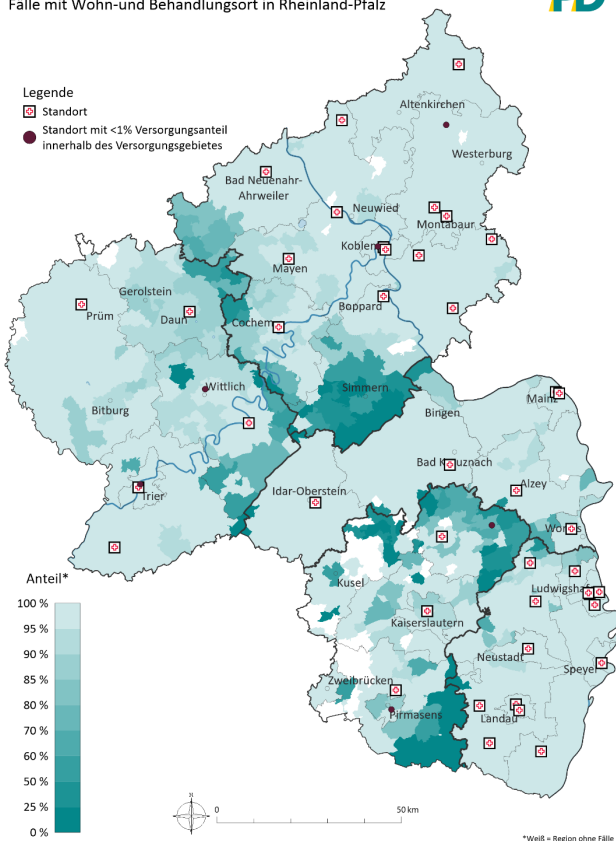
Betrachtung der Wanderung von Patientinnen und Patienten innerhalb des Bundeslandes zwischen den Versorgungsgebieten im Bereich der Leistungsgruppe „27.1 – Geriatrie“

Die Abbildung 143 stellt dar, ob sich die Patientinnen mit Wohnort Rheinland-Pfalz im Jahr 2023 tatsächlich in ihrem eigenen Versorgungsgebiet (linke Karte) beziehungsweise ihrem eigenen Landkreis (rechte Karte) haben behandeln lassen. Die in der linken Karte aufgezeigten Wanderungsbewegungen traten erwartungsgemäß insbesondere an den Grenzen der Versorgungsgebiete auf. Möglicherweise lag hier der nächstgelegene Versorger nicht im zugeordneten Versorgungsgebiet.

Besonders starke Pendlerbewegungen traten im Versorgungsgebiet Westpfalz auf. Die Patientinnen und Patienten wanderten in die benachbarten Versorgungsgebiete Rheinhessen-Nahe und Rheinpfalz ab. Eine mögliche Abwanderung in das Saarland kann anhand dieser Kartenanalyse nicht interpretiert werden. Auch rund um Simmern beziehungsweise im Hunsrück traten starke Pendlerbewegungen auf. Diese Fälle wurden größtenteils im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe behandelt. In den Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe und Rheinpfalz hingegen waren nahezu keine Pendlerbewegungen zu verzeichnen. Dies kann auf die hohe Anzahl an Standorten zurückzuführen sein. Die rechte Karte zeigt, dass Patientinnen und Patienten für ihre Versorgung überwiegend einen Standort im eigenen Land- oder Stadtkreis wählten, sofern es einen Versorger gab. Besonders in den Stadtkreisen Trier, Worms und Ludwigshafen sowie im Landkreis Birkenfeld wurden nahezu alle Patientinnen und Patienten im eigenen Kreis behandelt.

⁴⁴⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Anteil der Versorgung in der LG „27.1 – Geriatrie“ (2023)
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz



Anteil der Versorgung in der LG „27.1 – Geriatrie“ im eigenen Landkreis in Prozent (2023)
 Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

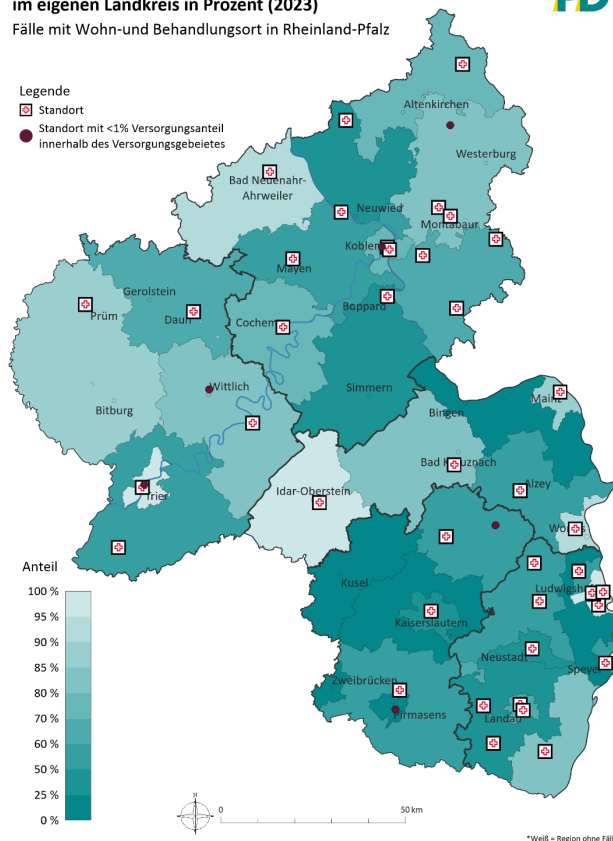


Abbildung 143: Anteil der Versorgung in der LG „27.1 – Geriatrie“ im eigenen Versorgungsgebiet beziehungsweise Landkreis/ kreisfreier Stadt im Jahr 2023⁴⁴⁸

6.8.2 Zusammenfassung und Empfehlungen

Im Jahr 2023 wurden in Rheinland-Pfalz rund 14.700 vollstationäre Fälle der LG „27.1 – Geriatrie“ behandelt. Der größte Anteil daran wurde im Versorgungsgebiet Rheinpfalz versorgt (rund 34 %). Insgesamt 48 Standorte waren an der Versorgung beteiligt, wobei der größte Anteil der Versorger (16 Standorte) im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald lag. Sechs der Standorte hatten jeweils weniger als 1 % Versorgungsanteil und wurden daher aus der Betrachtung exkludiert.

Die Erreichbarkeit eines geriatrischen Versorgers ist für die Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz als sehr gut zu bewerten. In weniger als 40 Minuten konnten theoretisch nahezu alle Einwohnerinnen und Einwohner (rund 99 %) ein geriatrisches Versorgungsangebot in Rheinland-Pfalz oder den angrenzenden Bundesländern erreichen. Dabei war die Erreichbarkeit im Versorgungsgebiet Rheinpfalz überdurchschnittlich gut. Besonders die kreisfreie Stadt Ludwigshafen am Rhein sticht mit vier Versorgern, darunter dem fallzahlstärksten Versorger, heraus. Zudem befindet sich in unmittelbarer Nähe ein weiterer großer Versorger in Baden-Württemberg, unweit der Grenze zu Rheinland-Pfalz.

⁴⁴⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Die tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten stimmte im Jahr 2023 weitestgehend mit der theoretischen Fahrzeit überein, jedoch lassen sich anhand der Abbildung 142 regionale Unterschiede der Versorgungsgebiete erkennen. Insbesondere in den Versorgungsgebieten Trier und Westpfalz gab es wenige geriatrische Versorger, sodass Patientinnen und Patienten hier im Durchschnitt oftmals längere Strecken zurücklegen mussten als in den übrigen Versorgungsgebieten. Gleichzeitig zeichneten sich diese Versorgungsgebiete durch eine geringere Bevölkerungsdichte aus.

Für die Patientinnen und Patienten der Leistungsgruppe „27.1 – Geriatrie“ ist die Nähe zum vertrauten Umfeld besonders wichtig. Um eine wohnortnahe geriatrische Grundversorgung auch in ländlicheren Regionen sicherzustellen, sollten geriatrische Kompetenzen in vorhandenen Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut und Kooperationen zwischen schon bestehenden stationären geriatrischen Leistungserbringern und lokalen ambulanten Leistungserbringern in Betracht gezogen werden. Das Ziel einer stärkeren Vernetzung geriatrischer Strukturen findet sich auch im Geriatriekonzept 2016⁴⁴⁹ des Landes Rheinland-Pfalz. Auch angesichts der demografischen Entwicklung ist der bedarfsgerechte Ausbau geriatrischer Angebote vor allem in ländlichen Regionen zu begrüßen. Dabei müssen allerdings organisatorische und wirtschaftliche Mindestgrößen beachtet werden. Da ein großes therapeutisches Team für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im vollstationären Bereich vorgehalten werden muss, sind große Einheiten besser zu steuern und wirtschaftlicher zu betreiben.

Hinsichtlich der geriatrischen Tageskliniken können anhand der § 21-KHEntgG-Daten keine Aussagen getroffen werden. Gemäß den vom StaLA-RLP übermittelten Angaben zu aufgestellten Betten und tagesklinischen Plätzen gab es im Jahr 2023 jedoch zwei geriatrische Tageskliniken (in Bad Kreuznach und Grünstadt). Dabei kann hinterfragt werden, ob dieses Angebot für das gesamte Bundesland ausreichend ist. Insbesondere in Ballungsgebieten wie Trier, Koblenz und Kaiserslautern könnte der Aufbau von Behandlungsangeboten die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten, die von einer teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, verbessern.

Zusätzlich sollte der Aufbau eines telemedizinisch gestützten geriatrischen Netzwerks geprüft werden. Dadurch könnte eine rasche Beurteilung erfolgen, ob Patientinnen und Patienten von einer geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden. Mögliche regionale Versorgungslücken könnten so zumindest für einen gewissen Zeitraum überbrückt werden.

⁴⁴⁹ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (2016): Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz 2016, https://www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/Downloads/gk_rlp_2016.pdf, zuletzt abgerufen am 13.11.2024.

6.9 Mindestmengen

Im nachfolgenden Abschnitt werden ausgewählte Leistungen untersucht, für die der G-BA Mindestmengen festgelegt hat. Gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V legt der G-BA Mindestfallzahlen für bestimmte planbare Eingriffe fest, die Krankenhäuser jährlich erreichen müssen, um diese Leistungen weiterhin erbringen zu dürfen. Diese Festlegungen dienen der Qualitätssicherung, da Studien gezeigt haben, dass eine höhere Fallzahl mit besseren Behandlungsergebnissen einhergeht. Krankenhäuser, die die Mindestmengen nicht erfüllen, dürfen die entsprechenden Eingriffe nicht mehr abrechnen, es sei denn, sie erhalten eine Ausnahmegenehmigung.⁴⁵⁰

Die Vorgaben der Mindestmengenregelungen (Mm-R) beziehen sich auf jährliche Mindestmengen und gelten für jeden einzelnen Krankenhausstandort.⁴⁵¹ Der Schwerpunkt dieses Abschnitts liegt auf den Daten aus dem Jahr 2023 beziehungsweise 2024. In Tabelle 27 sind daher die Leistungen aufgeführt, für die im Jahr 2024 eine Mindestmengenregelung pro Krankenhausstandort galt und für die auch in den kommenden Jahren weiterhin Mindestmengen vorgesehen sind.

Tabelle 27: Leistungen mit Mindestmengen gemäß Mindestmengenregelungen des G-BA im Jahr 2024⁴⁵²

Mindestmengenkatalog für das Jahr 2024	Jährliche Mindestmenge (pro Standort)	Übergangsregelung
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20	–
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25	–
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (Speiseröhre)	26	Bis 2022: 10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene (Bauchspeicheldrüse)	15	Bis 2023: 10 Ab 2024: 15 Ab 2025: 20
Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen	25	Bis 2024: 25 Ab 2025: 40
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50	–
Koronarchirurgische Eingriffe	Derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge	Derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem	25	Bis 2022: 14

⁴⁵⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3365/Mm-R_2023-12-21_iK-2024-02-15.pdf, zuletzt abgerufen am 05.11.2024.

⁴⁵¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3365/Mm-R_2023-12-21_iK-2024-02-15.pdf, zuletzt abgerufen am 05.11.2024.

⁴⁵² Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3365/Mm-R_2023-12-21_iK-2024-02-15.pdf, zuletzt abgerufen am 05.11.2024.

Mindestmengenkatalog für das Jahr 2024	Jährliche Mindestmenge (pro Standort)	Übergangsregelung
Aufnahmegewicht von unter 1.250 g		Ab 2023: 20 Ab 2024: 25
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	50	Bis 2023: Keine Festlegung Ab 2024: 50 Ab 2025: 100
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	40	Bis 2023: Keine Festlegung Ab 2024: 40 Ab 2025: 75
Herztransplantation	Derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge	Bis 2025: Keine Festlegung

Krankenhäuser sind gemäß § 136 b Absatz 5 Satz 1 bis 3 SGB V berechtigt, bestimmte Leistungen nur dann zu erbringen und abzurechnen, wenn die in den Mindestmengenregelungen festgelegte Mindestfallzahl im darauffolgenden Kalenderjahr aufgrund fundierter mengenmäßiger Prognosen voraussichtlich erreicht wird.⁴⁵³ Der Träger des Krankenhauses ist verpflichtet, diese Prognose jährlich den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen vorzulegen.⁴⁵⁴ Ausnahmen von dieser Regelung sind lediglich zulässig, wenn ein Krankenhausstandort eine Leistung erstmalig oder erneut anbieten möchte.⁴⁵⁵

Darüber hinaus hat die zuständige Landesbehörde für die Krankenhausplanung die Befugnis, Leistungen, die an Mindestmengen gebunden sind, zu identifizieren, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelung gemäß § 136 b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. In solchen Fällen entscheidet die Landesbehörde auf Antrag eines Krankenhauses, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, über die Nichtanwendung der genannten Vorschriften für diese spezifischen Leistungen. In diesem Kontext dürfen Krankenhäuser die betreffende Leistung auch dann erbringen, wenn die festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird. Die Ausnahme von der Mindestmenge gilt für einen Zeitraum von einem Jahr. Sollte im darauffolgenden Jahr erneut keine positive Prognose vorliegen, ist das Krankenhaus verpflichtet, einen neuen Antrag auf Ausnahmegenehmigung zu stellen. Unbefristete Ausnahmen sind nicht zulässig.⁴⁵⁶

Die Analyse der mit Mindestmengen belegten Leistungen in Rheinland-Pfalz erfolgt auf Basis der Angaben gemäß der „bundesweiten Mindestmengen-Transparenzliste 2025“⁴⁵⁷ auf der Ebene der Standorte. Die Leistungsanalyse basiert auf den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Leistungszeitraum 1) so-

⁴⁵³ Ein Krankenhaus, das die Leistungen dennoch erbringt, hat gemäß § 136 b Absatz 5 Satz 2 SGB V keinen Vergütungsanspruch.

⁴⁵⁴ § 136 b Absatz 5 Satz 3 SGB V.

⁴⁵⁵ § 6 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Oktober 2024.

⁴⁵⁶ § 136 b Absatz 5a SGB V.

⁴⁵⁷ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, <https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=19317&to-ken=bf47d94a28fdbf25dcb3c305bf18b374526e5e8b&download>, zuletzt abgerufen am 06.12.2024.

wie 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2). Der Vorteil in der Betrachtung dieser Leistungszeiträume liegt darin, dass es zum einen möglich ist, ein in sich geschlossenes Jahr zu betrachten und zum anderen auch die aktuellsten Entwicklungen einbezogen werden können.

In Rheinland-Pfalz wurden in den genannten Leistungszeiträumen folgende Leistungen erbracht, für die im Jahr 2024 eine Mindestmenge festgesetzt war:

1. Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)
2. Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)
3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) für Erwachsene
4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) für Erwachsene
5. Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen
6. Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)
7. Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 g.
8. Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)
9. Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

Im Rahmen dieses Abschnittes erfolgt eine Detailanalyse zu den folgenden Mindestmengen besetzten Eingriffen:

- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) für Erwachsene,
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) für Erwachsene,
- Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP),
- Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) sowie
- Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen.

Die weiteren Eingriffsarten, die hier nicht aufgeführt wurden, werden aufgrund der jeweilig geringen Fallzahl nur nachrichtlich und in Kürze in diesem Abschnitt dargestellt. Zudem wird die Versorgungssituation von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 g separat im Abschnitt 6.5.2 dargestellt.

Die Leistungen Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) wurden im Leistungszeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 von einem Leistungserbringer, der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, 52-mal erbracht und im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 47-mal. Die Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz lag somit in beiden Leistungszeiträumen deutlich über der geforderten Mindestmenge von 20 Eingriffen am Standort (Abbildung 144).

Die Leistungen Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) wurden in beiden genannten Leistungszeiträumen von zwei Leistungserbringern erbracht: der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (01.01.2023 bis 31.12.2023: 49 / 01.07.2023 bis 30.06.2024: 49) und dem Westpfalz Klinikum am Standort Kaiserslautern (01.01.2023 bis 31.12.2023: 27 / 01.07.2023 bis 30.06.2024: 26). Die geforderte jährliche Mindestmenge je Standort lag bei 25 Eingriffen. Beide Standorte lagen über dieser Mindestmenge und erhielten eine positive Prognose (Abbildung 144).

Die Leistungen allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen wurden in beiden genannten Leistungszeiträumen von einem Leistungserbringer, der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (01.01.2023 bis 31.12.2023: 153 / 01.07.2023 bis 30.06.2024: 104) erbracht. Die geforderte jährliche Mindestmenge je Standort liegt bei 40 Eingriffen, sodass die Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz deutlich über diesem Wert in beiden Betrachtungszeiträumen lag (Abbildung 144).

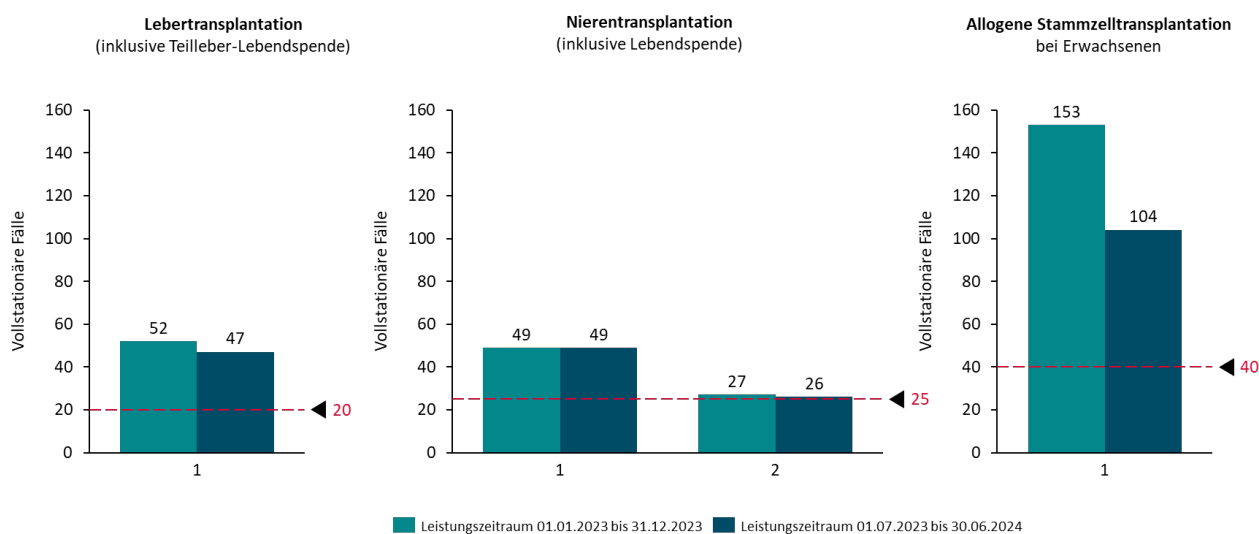


Abbildung 144: Erbrachte Fallmengen für Lebertransplantationen, Nierentransplantationen und der allogenen Stammzelltransplantation je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁵⁸

6.9.1 Versorgungsanalyse der Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Leistungszeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Leistungszeitraum 1) wurden in Rheinland-Pfalz rund 7.600 Knie-TEP eingesetzt. Im Vergleich dazu wurden im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2) rund 8.000 Knie-TEP in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern eingesetzt. Dies entspricht rund 5 % mehr als im ersten Leistungszeitraum. Die jährlich geforderte Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses liegt bei 50 Eingriffen.

Die Verteilung der Eingriffe auf Standortebene für die beiden Leistungszeiträume wird in Abbildung 145 dargestellt. Die Leistungen wurden im Leistungszeitraum 1 an 51 Standorten und im Leistungszeitraum 2 an 52 Standorten erbracht.

Abbildung 145 verdeutlicht die große Spannweite der an den Standorten durchgeführten Eingriffe. Im Leistungszeitraum 2 verzeichnete der größte Leistungserbringer 612 Fälle, während der zweitgrößte Standort mit 388 Fällen bereits deutlich weniger Eingriffe durchführte. Der Standort mit der geringsten Fallzahl erbrachte währenddessen lediglich 30 Eingriffe⁴⁵⁹ und lag somit deutlich unter der vom G-BA geforderten Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Standort. Dieser Standort hat diese Leistung jedoch entweder erstmalig oder nach längerer Unterbrechung erneut erbracht. Für diesen Sachverhalt gelten innerhalb einer begrenzten Frist abweichende Kriterien für den betreffenden Standort, die den Aufbau der Leistung ermöglichen sollen. Sollte es innerhalb von zwei Jahren nicht gelingen, die vorgegebene Mindestmenge zu erreichen, kann die Leistungserbringung untersagt werden. Darüber hinaus haben zwei weitere Standorte

⁴⁵⁸ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

⁴⁵⁹ Da dieser Standort die Leistung erstmalig beziehungsweise nach längerer Unterbrechung erneut erbracht hat, gelten im Vergleich zu den anderen Standorten abweichende Regelungen zur Erfüllung der Mindestmenge.

ebenfalls nicht die geforderte Mindestmenge von 50 Eingriffen im Leistungszeitraum 2 erreicht. Beide Standorte haben jedoch für das Jahr 2025 eine positive Prognose erhalten.⁴⁶⁰

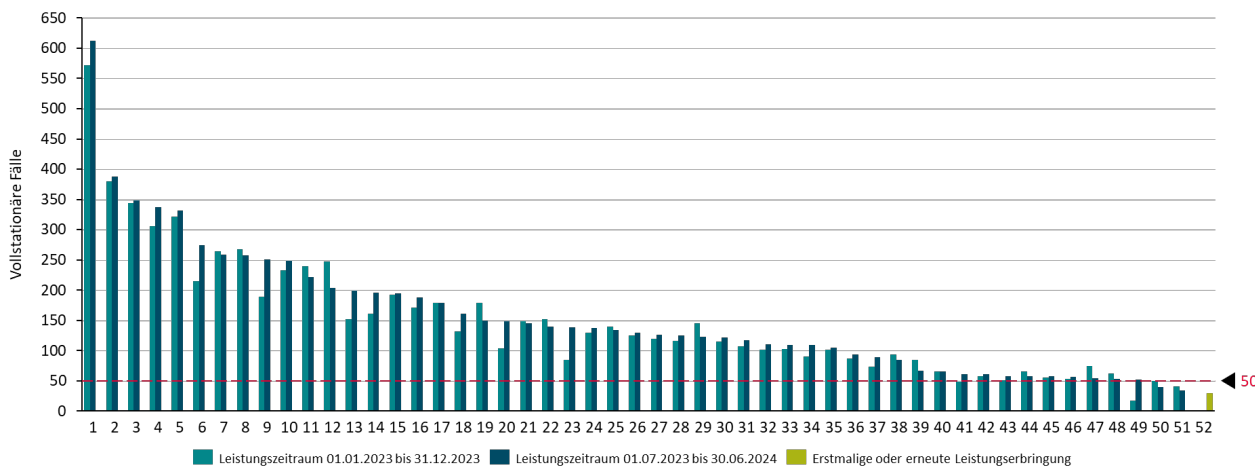


Abbildung 145: Erbrachte Fallmenge für Knie-TEP je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁶¹

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 146 zeigt die Standorte, die im Leistungszeitraum 2 Leistungen im Bereich der Knie-TEP in Rheinland-Pfalz erbracht haben und gemäß Mindestmengen-Transparenzliste 2025 eine positive Prognose erhalten haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger.

Die Erreichbarkeitsanalyse verdeutlicht, dass im genannten Leistungszeitraum alle Versorgungsgebiete durch Standorte abgedeckt wurden, die Knie-TEP-Leistungen erbrachten. Zudem war eine insgesamt hohe Standortdichte festzustellen. 96 % der Bevölkerung konnten im Leistungszeitraum 2 innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Standort mit Leistungen aus dem Bereich der Knie-TEP erreichen. Lediglich an der Grenze zum europäischen Ausland waren Fahrzeiten von bis zu 60 Minuten zu erkennen, ähnlich wie in dem Landkreis Vulkaneifel, im Rheinlandkreis sowie Cochem-Zell. Insbesondere in Koblenz ist festzustellen, dass viele der erbringenden Standorte im Leistungszeitraum 2 sehr nah beieinander lagen.

⁴⁶⁰ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Kniegelenk-Totalendoprothesen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

⁴⁶¹ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Kniegelenk-Totalendoprothesen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erreichbarkeit eines Standortes im Leistungszeitraum
 1.7.2023 bis 30.06.2024

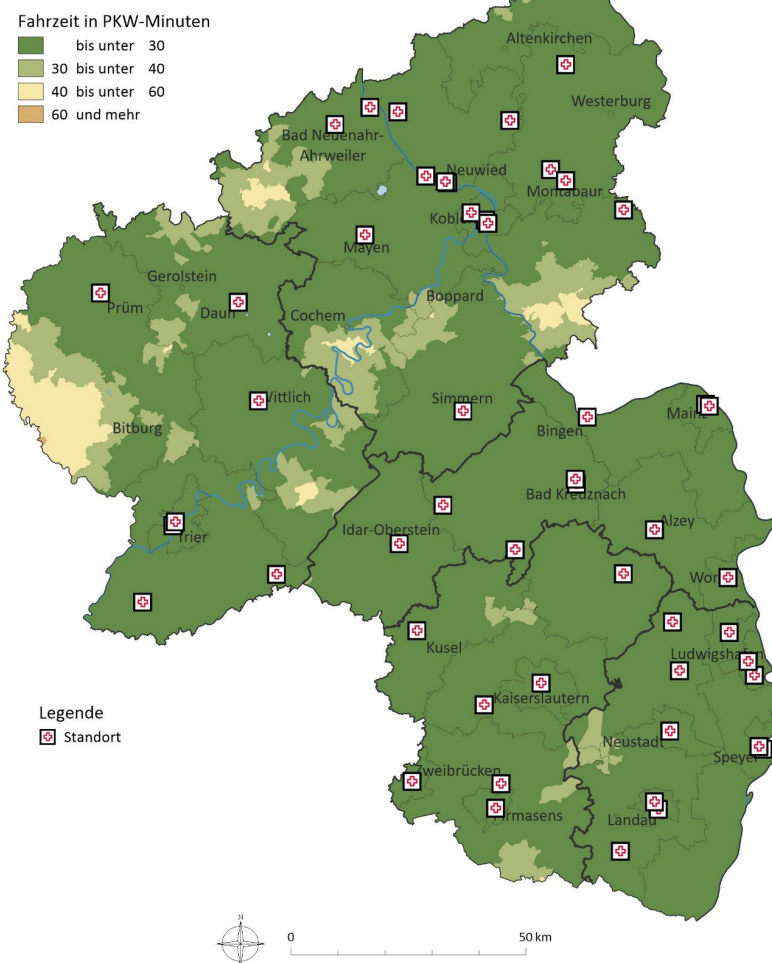


Abbildung 146: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Knie-TEP im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁶²

In der Mm-R ist für die Eingriffe im Bereich der Knie-TEP eine Mindestmenge von 50 Eingriffen je Standort festgelegt. Aufgrund der hohen Dichte an Leistungserbringern wurde ein Szenario mit erhöhter Mindestmenge simuliert, um die Erreichbarkeit der Standorte zu veranschaulichen, an denen im Leistungszeitraum mindestens 100 Eingriffe durchgeführt wurden. Dies würde dazu führen, dass die Fälle von 16 Standorten neu verteilt werden müssten, was etwa 12 % Gesamtfallzahl beziehungsweise rund 980 Fällen entspricht.

Im Vergleich zur allgemeinen Erreichbarkeit (siehe Abbildung 146) zeigt sich trotz Ausschluss von 16 Versorgern in den Analysen keine wesentliche Verschlechterung der Erreichbarkeit. Anstelle von 96 % könnten weiterhin 92 % der Bevölkerung den nächstgelegenen Versorger innerhalb von 30 Minuten erreichen. Die

⁴⁶² Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Kniegelenk-Totalendoprothesen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Gutachter sehen dies immer noch als einen guten Erreichbarkeitswert an. So bewerteten beispielsweise Schmitt J. et al eine Erreichbarkeit der LG „14.1 – Endoprothetik Knie“ innerhalb von 90 Minuten, als akzeptablen Wert.⁴⁶³ Die Analysen haben gezeigt, dass die Erreichbarkeit eines Standortes für die Bevölkerung aus krankenhauplanerischer Sicht nur geringfügig negativ beeinflusst werden würde, wenn die Mindestmenge im Rahmen weiterer Zentralisierungsbestrebungen erhöht würde.

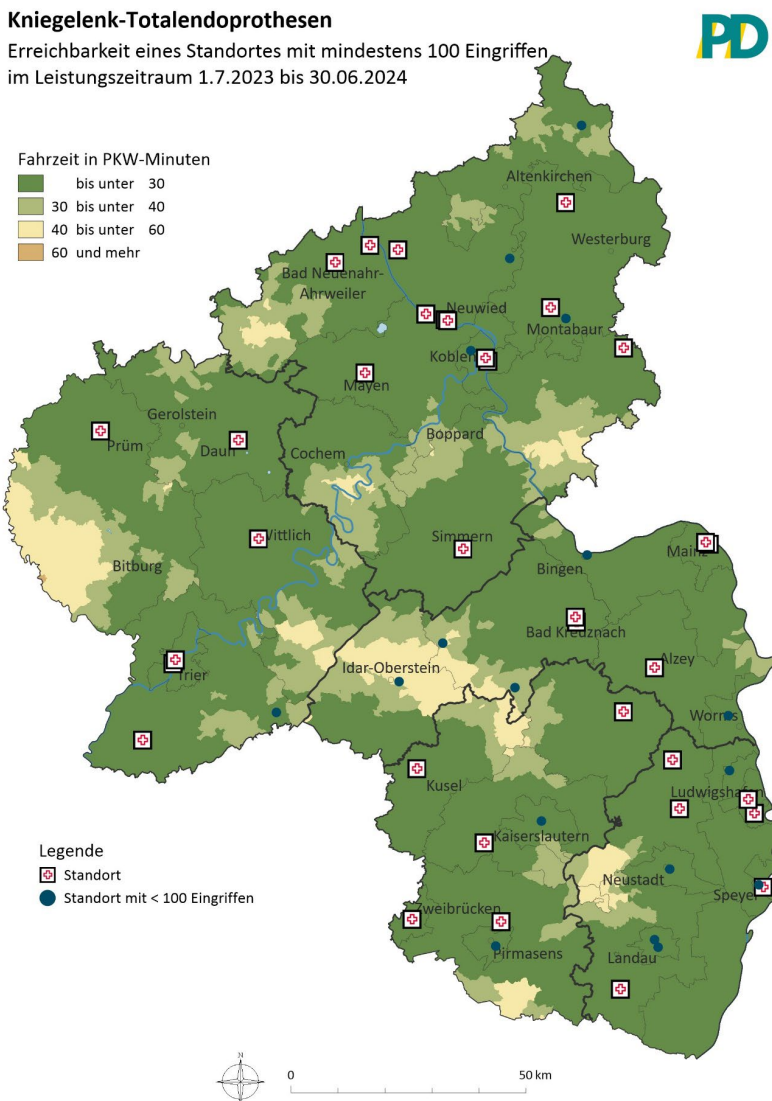


Abbildung 147: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Knie-TEP im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 mit einer Eingriffszahl größer oder gleich 100⁴⁶⁴

⁴⁶³ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

⁴⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Kniegelenk-Totalendoprothesen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

6.9.2 Versorgungsanalysen der komplexen Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Leistungszeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Leistungszeitraum 1) wurden in Rheinland-Pfalz rund 400 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene durchgeführt. Im Vergleich hierzu wurden im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2) fast nahezu identisch viele Eingriffe vorgenommen. Die jährlich geforderte Mindestmenge pro Standort lag für das Jahr 2024 bei 16 Eingriffen und wurde für das Jahr 2025 auf 20 Eingriffen angehoben.

Abbildung 148 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf der Standortebene für die beiden Leistungszeiträume. Die Leistungen wurden in beiden Leistungszeiträumen an 15 Standorten erbracht. An drei dieser Standorte wurde die aktuelle Mindestmenge von 20 Eingriffen pro Standort in den beiden genannten Leistungszeiträumen nicht erreicht. Dennoch erhielt jeder dieser Standorte für das Jahr 2025 eine positive Prognose.⁴⁶⁵

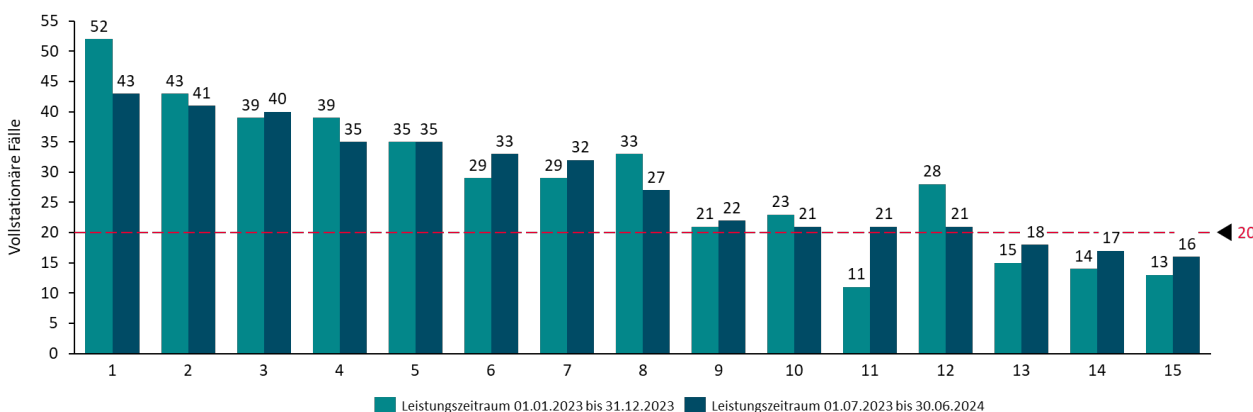


Abbildung 148: Erbrachte Fallmenge komplexer Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁶⁶

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 149 zeigt die Standorte, an denen im Leistungszeitraum 2 Leistungen am Organsystem Pankreas in Rheinland-Pfalz erbracht wurden und gemäß Mindestmengen-Transparenzliste 2025 eine positive Prognose erhalten haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger.

Die Erreichbarkeitsanalyse zeigt, dass Standorte, an denen Eingriffe am Organsystem Pankreas im Leistungszeitraum 2 erbracht wurden, in jedem Versorgungsgebiet vertreten waren. Das Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe weist hierbei die höchste Anzahl an Versorgern auf. Zudem ist festzustellen, dass sich in den kreisfreien Städten Koblenz, Trier und Mainz mehrere Versorger in unmittelbarer Nähe zueinander befinden.

⁴⁶⁵ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

⁴⁶⁶ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Gegenüber der allgemeinen Erreichbarkeit (Abbildung 149) zeigt sich eine leichte Veränderung der Erreichbarkeit. Weiterhin wird jedoch in jedem Versorgungsgebiet mindestens ein Standort vorgehalten, der die Mindestmenge erfüllt hat. Auch in den kreisfreien Städten Koblenz und Trier bleibt die Situation unverändert. Lediglich in Mainz könnte ein Versorger wegfallen, wenn die Mindestmenge ab 2025 greift.

Bezogen auf Rheinland-Pfalz zeigt diese Erreichbarkeitssimulation, dass rund 75 % der Bevölkerung einen Standort mit der betrachteten Leistung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreichen könnten. Innerhalb von 60 Minuten wäre dies weiterhin für etwa 97 % der Bevölkerung möglich.

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens 20 Eingriffen im Leistungszeitraum 1.7.2023 bis 30.06.2024

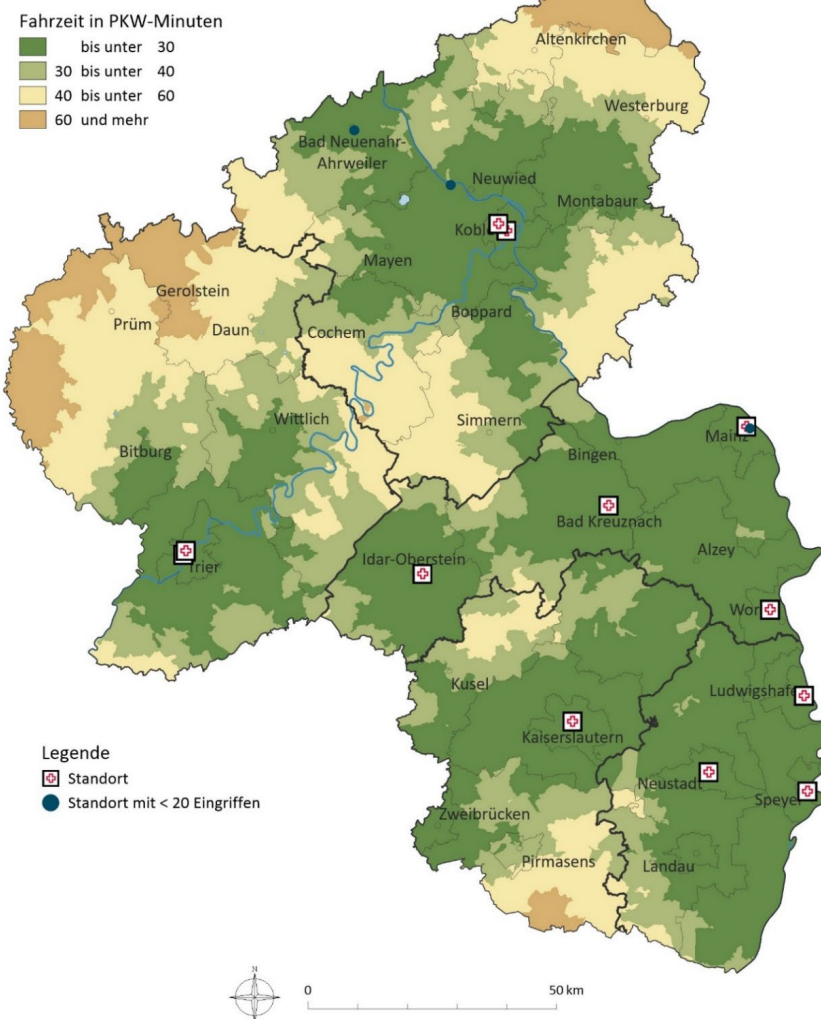


Abbildung 150: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Pankreas im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 und einer Eingriffszahl von mindestens 20⁴⁶⁸

⁴⁶⁸ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

6.9.3 Versorgungsanalysen der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Leistungszeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Leistungszeitraum 1) wurden in Rheinland-Pfalz 186 komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene durchgeführt. Im Vergleich hierzu wurden im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2) fast 12 % mehr Eingriffe (Anzahl: 208) vorgenommen. Die jährlich geforderte Mindestmenge pro Krankenhausstandort lag für das Jahr 2024 bei 26 Eingriffen und bleibt auch im Jahr 2025 unverändert.

Abbildung 151 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf Standortebene für beide Leistungszeiträume. Die Leistungen wurden an fünf Standorten erbracht. Auffällig ist, dass sich der Standort 1, deutlich von den anderen Standorten abhebt. An diesem Standort wurden im Leistungszeitraum 2 beispielsweise 113 Eingriffe durchgeführt. Am zweitstärksten Standort hingegen wurden lediglich 30 Eingriffe erbracht. An den drei weiteren Standorten wurde die geforderte Mindestmenge von 26 Eingriffen pro Standort im Leistungszeitraum 2 nicht erreicht. Jeder dieser Standorte erhielt jedoch für das Jahr 2025 eine positive Prognose.⁴⁶⁹

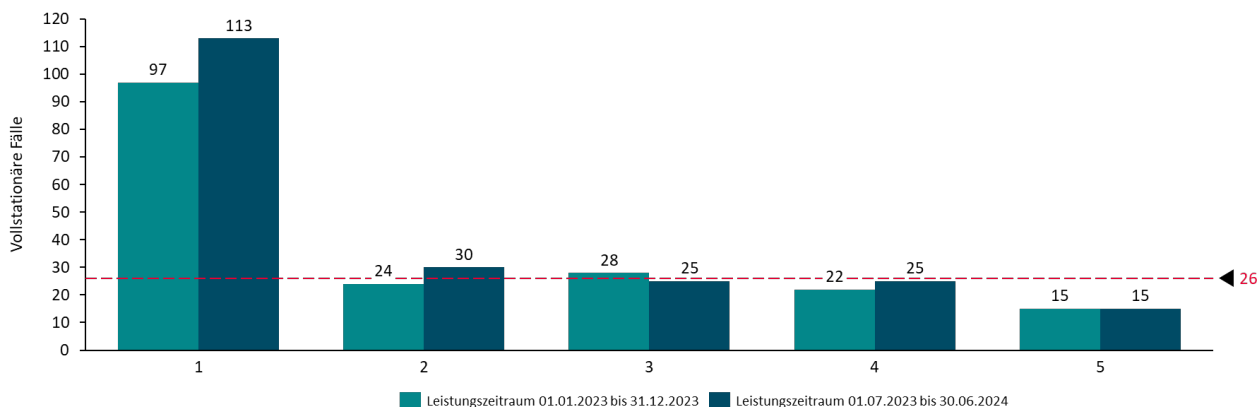


Abbildung 151: Erbrachte Fallmenge komplexer Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁷⁰

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 152 zeigt die Standorte, an denen im Leistungszeitraum 2 Eingriffe am Organsystem Ösophagus erbracht wurden und die gemäß der Mindestmengen-Transparenzliste 2025 eine positive Prognose erhalten haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger.

Die Verteilung der Standorte auf der Karte in Abbildung 152 macht deutlich, dass die Leistungserbringer nicht gleichmäßig in den Versorgungsgebieten verteilt waren. Im Versorgungsgebiet Rheinland-Pfalz gab es zwei Versorger, in Trier, Rheinhessen-Nahe und der Westpfalz jeweils einen und im Mittelrhein-Westerwald keinen. Diese geografische Verteilung hatte notwendigerweise direkte Auswirkungen auf die Erreichbarkeit. Während im Versorgungsgebiet Rheinland-Pfalz sowie in weiten Teilen der Westpfalz Fahrzeiten von bis zu 30 Minuten zu erwarten waren, zeigte sich, dass insbesondere der westliche Teil des Versorgungsgebiets

⁴⁶⁹ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

⁴⁷⁰ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Rheinhessen-Nahe, der nördliche Teil des Versorgungsgebiets Trier sowie weite Teile des Versorgungsgebiets Mittelrhein-Westerwald von Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten geprägt waren. Auch die Standorte in angrenzenden Bundesländern konnten hier nur geringfügig zu der Verbesserung der Erreichbarkeit beitragen, wie zum Beispiel im Landkreis Ahrweiler.

Bezogen auf das ganze Bundesland konnten im Leistungszeitraum 2 rund 50 % der Bevölkerung innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Versorger mit positiver Prognose erreichen. Innerhalb von 60 Minuten konnten dies rund 86 % der Bevölkerung.

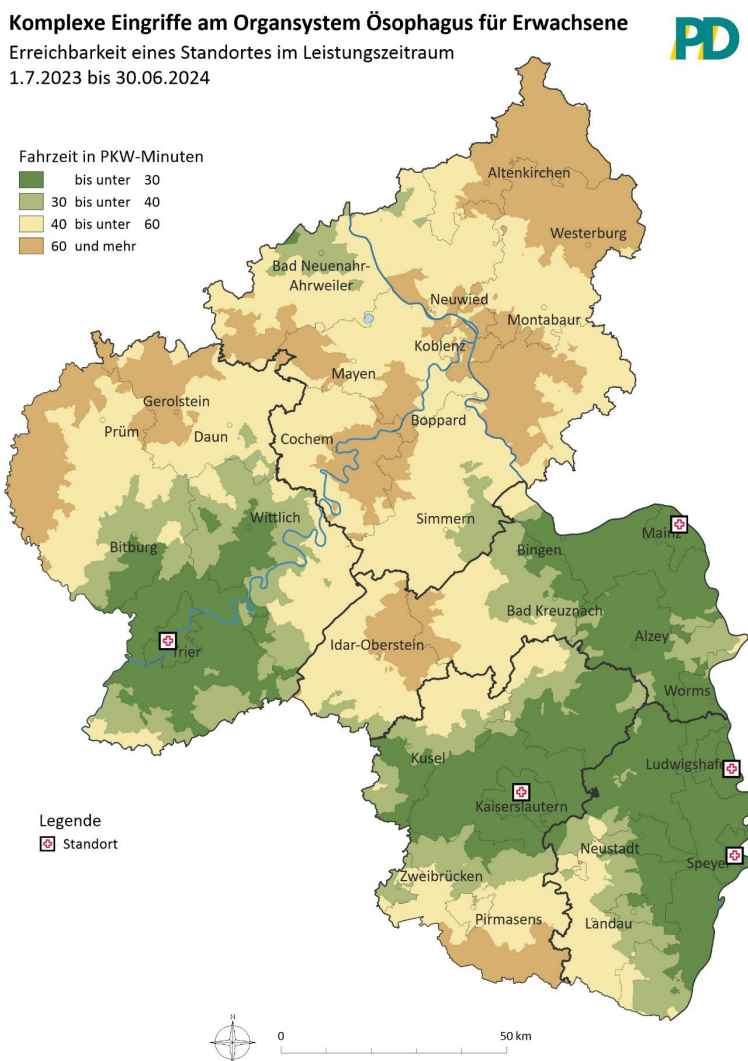


Abbildung 152: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Ösophagus im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁷¹

Bezogen auf die Eingriffe am Organsystem Ösophagus wurde in der Mm-R 26 Eingriffen je Standort als Mindestmenge festgelegt. Die folgende Abbildung stellt die Erreichbarkeitsanalyse unter Einbezug aller Standorte dar, die im genannten Leistungszeitraum mindestens 26 Eingriffe durchgeführt haben.

⁴⁷¹ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Gegenüber der allgemeinen Erreichbarkeit (Abbildung 152) zeigt sich eine deutliche Veränderung der Erreichbarkeit, da lediglich in Mainz und in Ludwigshafen Versorger diese geforderte Mindestmenge erreichen konnten. Demnach liegt in diesem Szenario lediglich jeweils ein Versorger in den Versorgungsgebieten Rheinhessen-Nahe und der Rheinpfalz. In allen anderen Versorgungsgebieten wäre kein Versorger zu finden. Es ist denkbar, dass der Leistungserbringer in Ludwigshafen aufgrund der geografischen Nähe zu Standorten mit weniger als 26 Eingriffen von einer Zentralisierung profitieren könnte. Diese Entwicklung könnte die Versorgung aus qualitativer Sicht in der Rheinpfalz weiter stärken. Jedoch bliebe die Situation in Trier herausfordernd, da hier längere Fahrzeiten zu erwarten wären und weder angrenzende Versorger noch eine Zentralisierung kleinerer Standorte mit geringen Fallzahlen die Erreichbarkeit für große Teile der Bevölkerung signifikant verbessern könnten, ähnlich wie im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald.

Es zeigt sich in diesem Erreichbarkeits-Szenario, dass 31 % der Bevölkerung einen Standort in bis zu 30 Minuten erreichen würden. Innerhalb von 60 Minuten wäre dies für 68 % der Bevölkerung möglich. Durch Wegfallen der Standorte mit weniger als 26 Eingriffen müssten deren Fälle umverteilt werden, so dass andere Standorte, wie beispielsweise der Standort in Ludwigshafen, hiervon profitieren würden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Erreichbarkeit eines Versorgers für solche komplexen und elektiven Fälle auch bei Wegfall der kleinen Standorte als gut bis sehr gut bewertet werden kann. So wird als Referenzwert bei Schmitt J. et al für die LG „16.4 – Pankreaseingriffe“ eine Erreichbarkeit von bei 180 Minuten als akzeptable bewertet.⁴⁷²

⁴⁷² Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 09.09.2024.

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Erreichbarkeit eines Standortes mit mindestens 26 Eingriffen
 im Leistungszeitraum 1.7.2023 bis 30.06.2024

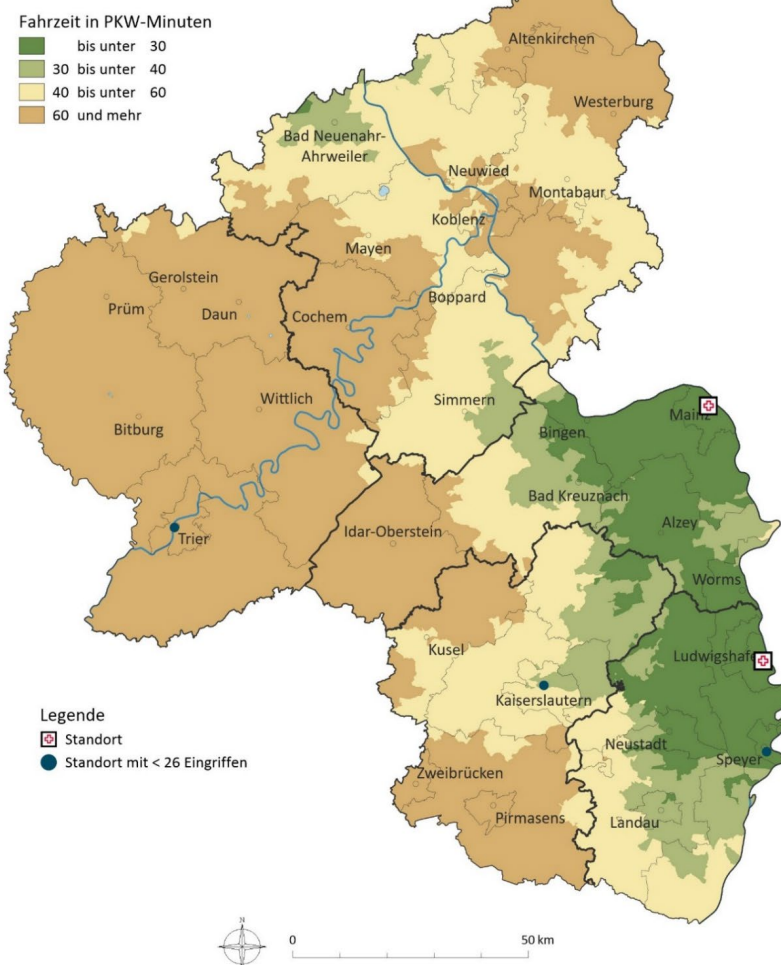


Abbildung 153: Erreichbarkeit eines Standortes in RLP und angrenzender Bundesländer für Eingriffe am Organsystem Ösophagus im Leistungszeitraum 2, der die geforderte Mindestmenge von 26 erreichte⁴⁷³

⁴⁷³ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

6.9.4 Versorgungsanalysen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Leistungszeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Leistungszeitraum 1) wurden in Rheinland-Pfalz 3.818 chirurgische Behandlungen des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) durchgeführt. Im Vergleich hierzu wurden im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2) nahezu identisch viele Eingriffe (3.815) in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern vorgenommen. Die jährlich geforderte Mindestmenge pro Standort lag für das Jahr 2024 bei 50 Eingriffen und wurde für das Jahr 2025 auf 100 Eingriffen angehoben.

Abbildung 154 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf Standortebene für die beiden Leistungszeiträume. Die Leistung wurde in beiden Leistungszeiträumen an 20 Standorten erbracht. Es zeigt sich ein heterogenes Bild in Bezug auf die Fallzahlen je Standort. An den zehn fallstärksten Standorten wurden mehr als 200 Eingriffe im Jahr durchgeführt, während die Fallzahlen der anderen Standorte deutlich darunter lagen. Im Leistungszeitraum 2 wurde an vier Standorten die jeweils für 2025 geforderte Mindestmenge von 100 Eingriffen nicht erreicht. Jeder dieser Standorte erhielt jedoch für das Jahr 2025 eine positive Prognose.⁴⁷⁴

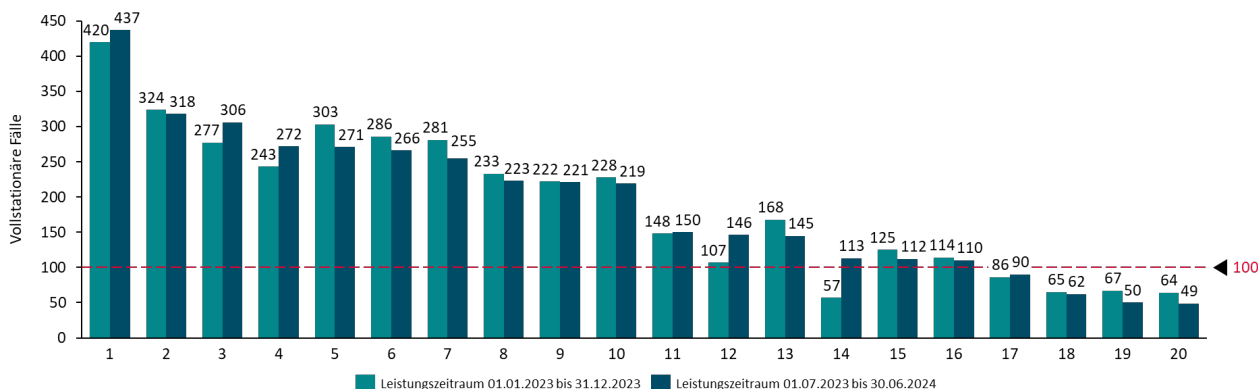


Abbildung 154: Erbrachte Fallmenge für die chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁷⁵

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 155 zeigt die Standorte, bei denen im Leistungszeitraum 2 chirurgische Behandlungen des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) in Rheinland-Pfalz vorgenommen wurden und gemäß Mindestmengen-Transparenzliste 2025 eine positive Prognose erhalten haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger.

Die Erreichbarkeitsanalyse zeigt, dass Standorte, an denen im genannten Leistungszeitraum chirurgische Behandlungen des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) durchgeführt wurden, in jedem Versorgungsgebiet vertreten waren. Insbesondere in den Städten Koblenz, Mainz und Ludwigshafen zeigt sich, dass hier mehrere Standorte in geografischer Nähe zueinander verortet waren.

⁴⁷⁴ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

⁴⁷⁵ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Aufgrund der hohen Dichte an Standorten konnten rund 88 % der Bevölkerung innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen Standort, an dem chirurgische Behandlungen des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) durchgeführt wurden, erreichen. Innerhalb von 60 Minuten war dies für rund 100 % der Bevölkerung möglich.

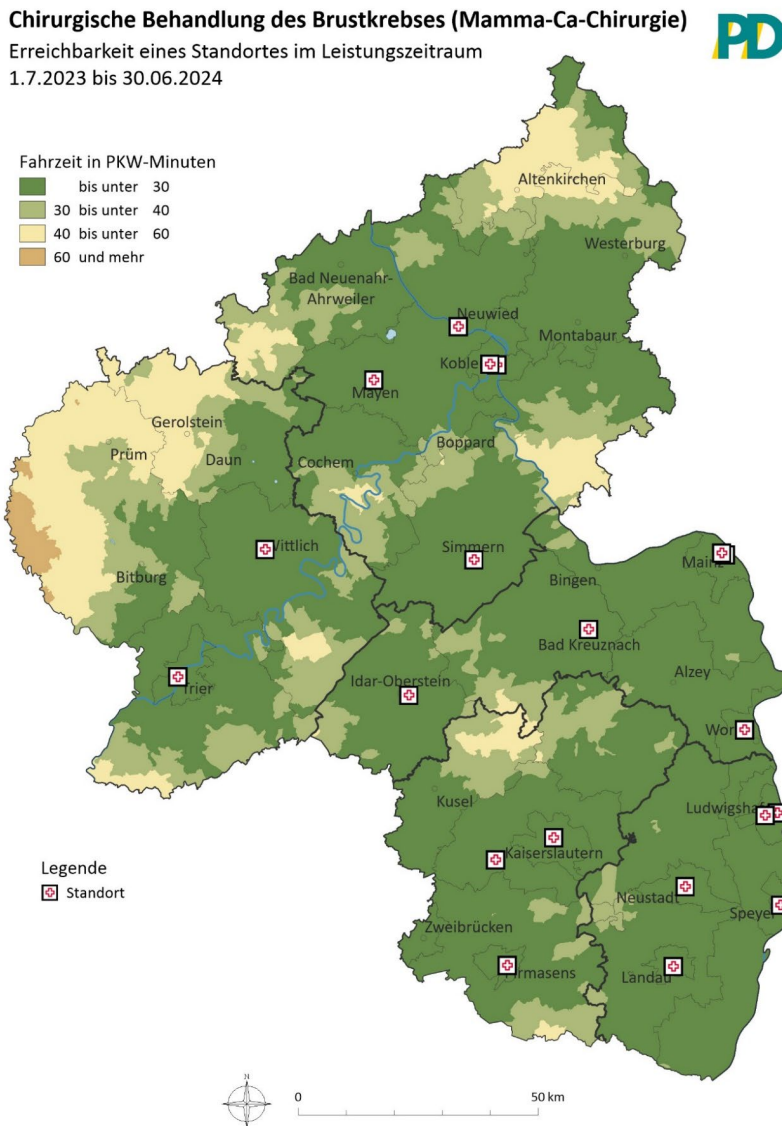


Abbildung 155: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-CA-Chirurgie) im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁷⁶

⁴⁷⁶ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Im Rahmen der G-BA-Richtlinie bestehen Mindestmengen für die chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-CA-Chirurgie). Ab dem 01.01.2025 liegt diese bei 100 Eingriffen je Standort. Die folgende Abbildung stellt die Erreichbarkeitsanalyse unter Einbezug aller Standorte dar, die im genannten Leistungszeitraum mindestens 100 Eingriffe durchgeführt haben.

Gegenüber der Erreichbarkeit im Leistungszeitraum 2 (Abbildung 155) zeigt sich eine vergleichsweise leichte Veränderung der Erreichbarkeit für die Bevölkerung. In diesem Szenario könnten statt 88 % der Bevölkerung immer noch 83 % einen entsprechenden Standort innerhalb von 30 Minuten erreichen. Besonders betroffen von längeren Fahrzeiten wären hierbei vor allem die Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreis Birkenfeld und des Rhein-Hunsrück-Kreises.

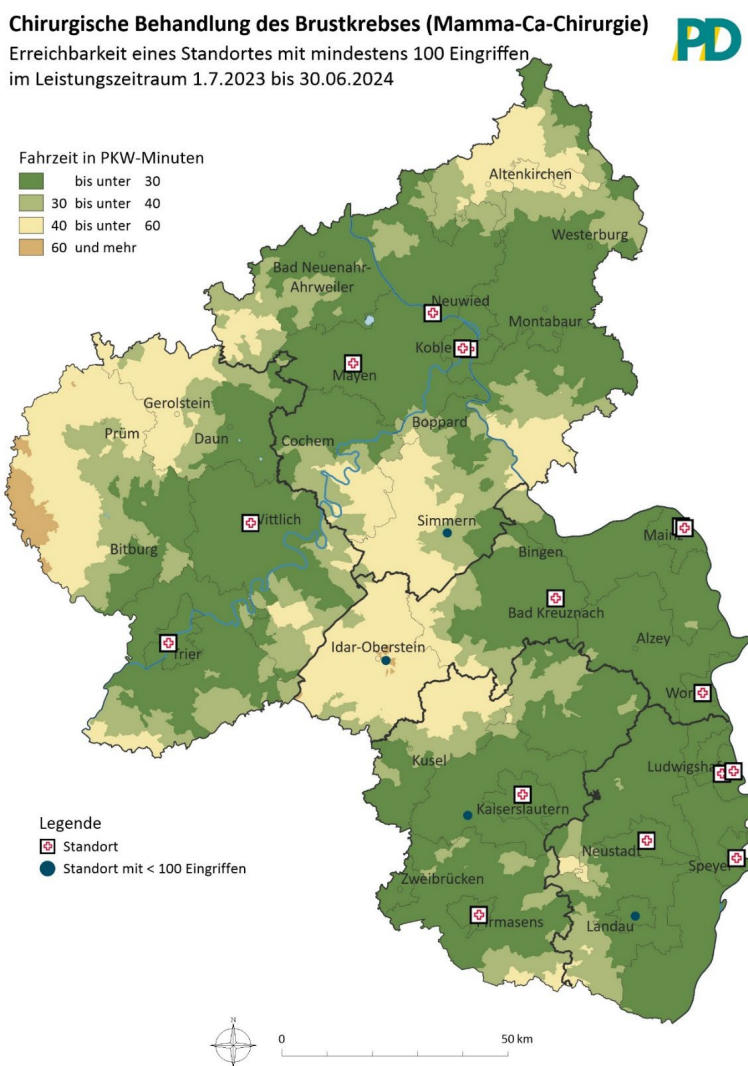


Abbildung 156: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-CA-Chirurgie) im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024, der die ab dem 01.01.2025 geltende Mindestmenge von 100 Eingriffen bereits 2023 erreichte⁴⁷⁷

⁴⁷⁷ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie), <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

6.9.5 Versorgungsanalysen thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

Entwicklung der erbrachten Fallmenge auf Standortebene

Im Leistungszeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023 (Leistungszeitraum 1) wurden in Rheinland-Pfalz 362 thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen durchgeführt. Im Vergleich hierzu wurden im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2) rund 3 % mehr Eingriffe, das heißt 372 Eingriffe, in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern vorgenommen. Die jährlich geforderte Mindestmenge pro Standort lag für das Jahr 2024 bei 40 Eingriffen und wurde für das Jahr 2025 auf 75 Eingriffen angehoben.

Abbildung 157 zeigt die Verteilung der Eingriffe auf Standortebene für die beiden Leistungszeiträume. Die Leistungen wurden in beiden Leistungszeiträumen von fünf Standorten erbracht. Die Fallzahlentwicklung der ersten vier Standorte war relativ konstant. Jedoch lagen insbesondere die Standorte 3 und 4 nur knapp über beziehungsweise unter der ab 2025 gültigen Mindestmenge. Der Standort 5 konnte seine Fallzahlen innerhalb der beiden Betrachtungszeiträume zwar steigern, lag jedoch immer noch deutlich unter der neuen Mindestmenge von 75 Eingriffen. Jeder dieser Standorte erhielt für das Jahr 2025 eine positive Prognose.⁴⁷⁸

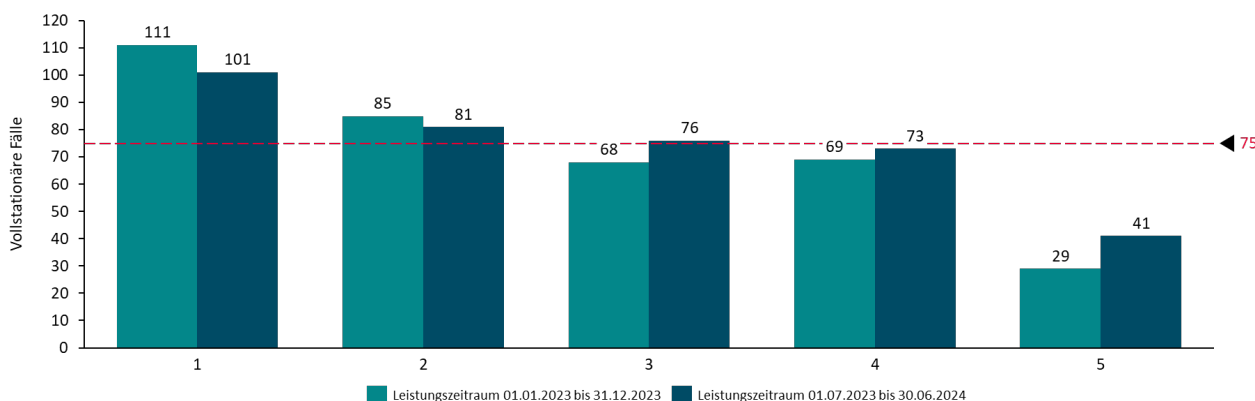


Abbildung 157: Erbrachte Fallmenge für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen je Standort in den Leistungszeiträumen 01.01.2023 bis 31.12.2023 und 01.07.2023 bis 30.06.2024⁴⁷⁹

Erreichbarkeitsanalysen auf Bevölkerungsebene

Abbildung 158 zeigt die Standorte, bei denen im Leistungszeitraum 2 die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen in Rheinland-Pfalz vorgenommen wurde und gemäß Mindestmengen-Transparenzliste 2025 eine positive Prognose erhalten haben, sowie die theoretischen Fahrzeiten der Bevölkerung zum wohnortnächsten Versorger.

⁴⁷⁸ AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

⁴⁷⁹ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Die Erreichbarkeitsanalyse zeigt, dass jeweils ein Standort, an dem im genannten Leistungszeitraum thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen durchgeführt wurde, in jedem Versorgungsgebiet lagen. Aufgrund der vergleichsweise geringen Dichte an Versorgern konnten im genannten Leistungszeitraum nur rund 59 % der Bevölkerung innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit einen entsprechenden Standort erreichen. Innerhalb von 60 Minuten war dies bereits für rund 96 % der Bevölkerung möglich. Gemäß Schmitt et al. wird für die Leistungsgruppe LG „15.1 – Thoraxchirurgie“, die Überschneidungen mit der in diesem Kapitel analysierten Leistung der Thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen aufweist, eine Erreichbarkeitsgrenze von 45 Minuten empfohlen.⁴⁸⁰

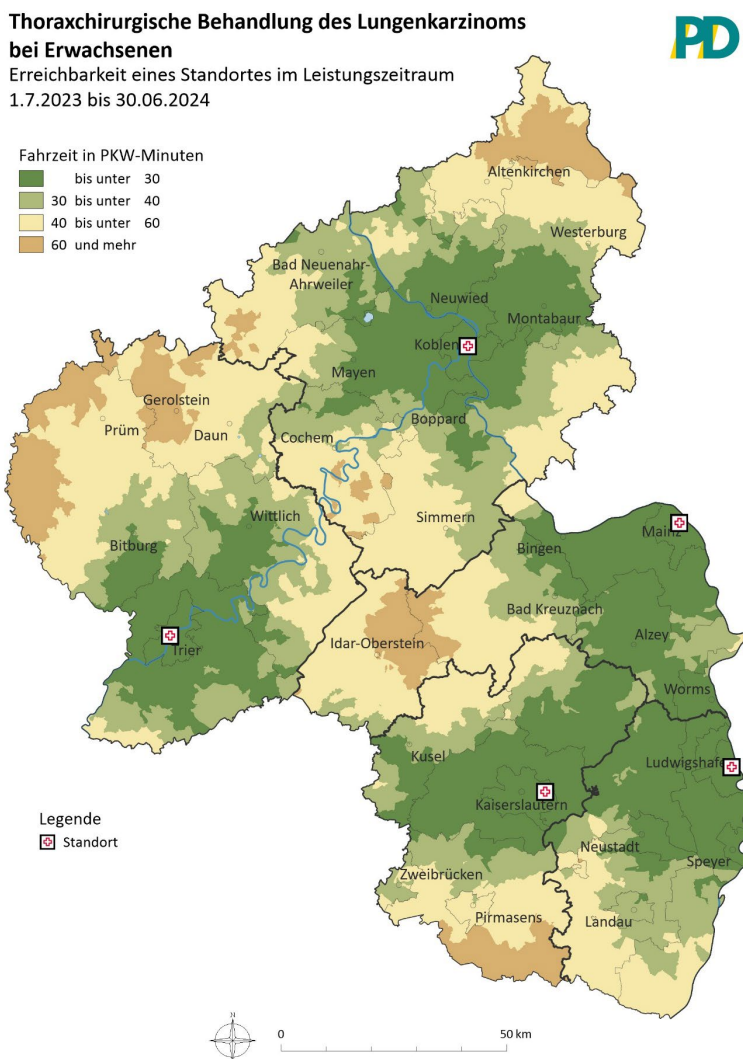


Abbildung 158: Erreichbarkeit eines Standortes in RLP und angrenzender Bundesländer für thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Leistungszeitraum 2⁴⁸¹

⁴⁸⁰ Schmitt J. et al (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung, <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>, zuletzt abgerufen am 27.01.2025.

⁴⁸¹ Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

Bezogen auf die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bestehen im Rahmen der G-BA-Richtlinie Mindestmengen. Ab dem 01.01.2025 liegt diese bei 75 Eingriffen je Standort. Die folgende Abbildung stellt die Erreichbarkeitsanalyse unter Einbezug aller Standorte, an denen im genannten Leistungszeitraum mindestens 75 Eingriffe durchgeführt wurden. Gegenüber der allgemeinen Erreichbarkeit (Abbildung 158) zeigt sich eine Veränderung der Erreichbarkeit. In drei der fünf Versorgungsgebiete wäre weiterhin ein Standort vorhanden, der das genannte Kriterium der Mindestmenge erfüllt. Diese Versorgungsgebiete wären Mittelrhein-Westerwald, Rheinhessen-Nahe sowie Rheinpfalz. In den Versorgungsgebieten Trier und Westpfalz wäre jedoch kein Standort mehr vertreten. Bezogen auf ganz Rheinland-Pfalz zeigt sich in diesem Erreichbarkeits-Szenario, dass rund 55 % der Bevölkerung einen Standort in bis zu 30 Minuten erreichen würden. Innerhalb von 60 Minuten wäre dies für rund 80 % der Bevölkerung möglich.

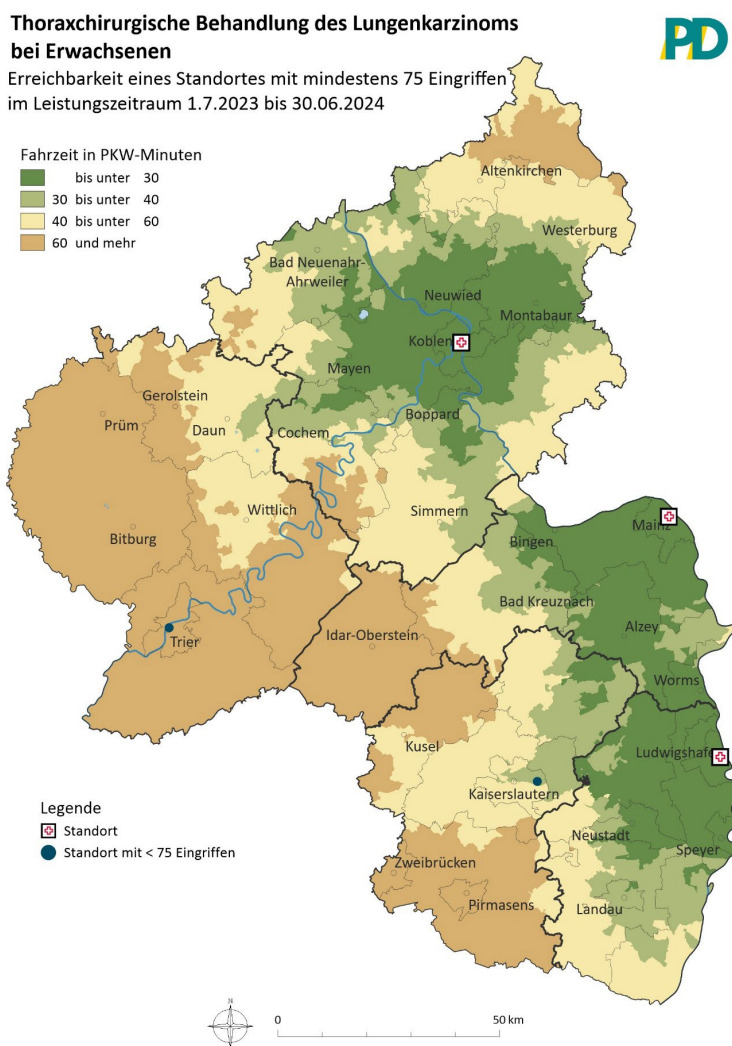


Abbildung 159: Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz und angrenzender Bundesländer für thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Leistungszeitraum 2, der die ab dem 01.01.2025 geltende Mindestmenge von 75 Eingriffen bereits 2023 erreichte⁴⁸²

⁴⁸² Eigene Darstellung auf Basis AOK (2024): Mindestmengen-Transparenzliste 2025, Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen, <https://www.aok.de/pp/hintergrund/mindestmengen/mindestmengen-transparenzkarte-2025/>, zuletzt abgerufen am 04.12.2024.

6.9.6 Zusammenfassung und Empfehlungen

Alle Leistungen, die mit einer Mindestmenge gemäß der Richtlinie des G-BA belegt sind, wurden 2023 und 2024 in Rheinland-Pfalz erbracht.

An besonders vielen Krankenhausstandorten wurden sowohl Knie-TEP als auch chirurgische Behandlungen von Brustkrebs (Mamma-Ca-Chirurgie) durchgeführt.

Die Versorgungsanalyse im Bereich der Knie-TEP zeigte, dass alle bis auf drei Standorte (darunter ein Standort, an dem die Leistungserbringung Knie-TEP erstmalig beziehungsweise erneut erbracht wurde) im Leistungszeitraum 01.07.2023 bis 30.06.2024 (Leistungszeitraum 2) die erforderliche Mindestmenge von 50 Eingriffen erreichten. Allerdings zeigte die Versorgungsanalyse, dass eine signifikante Anzahl von Standorten die Mindestmenge nur knapp erreicht beziehungsweise kaum deutlich überschritten hat. Sollte es in den nächsten Jahren zu einer Erhöhung der Mindestmenge kommen und gleichzeitig die Gesamtfallzahl konstant bleiben, ist ein deutlicher Konzentrationsprozess zu erwarten.

Im Leistungszeitraum 2 wurden in Rheinland-Pfalz 3.818 chirurgische Behandlungen des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) an 20 Standorten durchgeführt. Von diesen 20 Standorten erreichten vier die ab dem 01.01.2025 geltende Mindestmenge von 100 Eingriffen je Standort nicht. Rund 88 % der Bevölkerung konnten einen der 20 Standorte oder einen Standort in einem angrenzenden Bundesland innerhalb von 30 Minuten erreichen. Unter Berücksichtigung der für 2025 festgelegten Mindestmenge von 100 Eingriffen pro Jahr könnte ein Standort, der diese Menge bereits im Betrachtungszeitraum erreicht hat, von 83 % der Bevölkerung innerhalb von maximal 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden. Das bedeutet, dass bei einer künftig weiter zu erwartenden Konzentration von Leistungserbringern die flächendeckende Versorgung weiterhin sichergestellt bleibt.

Die Versorgungsanalyse der komplexen Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene zeigte, dass an fünf Standorten im Leistungszeitraum 2 Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Die geltende Mindestmengenvorgabe von 26 Eingriffen pro Jahr am Standort haben in dem genannten Leistungszeitraum nur zwei der fünf Standorte erreicht. Auch wenn zwei der Standorte mit 25 Eingriffen nur knapp unter der geforderten Mindestmenge lagen. Nur einer der Leistungserbringer lag mit mehr als 100 Fällen pro Jahr deutlich darüber. Für diese Eingriffe ist in Zukunft eine stärkere Konzentration auf weniger Standorte zu erwarten.

Im Leistungszeitraum 2 wurden in Rheinland-Pfalz 422 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas an 15 Standorten durchgeführt. Rund 76 % der Bevölkerung konnten einen dieser 15 Standorte beziehungsweise einen Standort in einem angrenzenden Bundesland innerhalb von 30 Minuten erreichen. Von diesen Standorten erreichten drei die seit dem 01.01.2025 geltende Mindestmenge von 20 Eingriffen je Standort nicht. Sofern diese drei Standorte, bei der Fahrzeitermittlung ausgeschlossen werden, bleibt die Erreichbarkeit dennoch nahezu unverändert. So konnten selbst bei Ausschluss dieser Standorte aus der Versorgung rund 75 % der Bevölkerung einen Standort innerhalb von maximal 30 Minuten erreichen. Dennoch sollte geprüft werden, ob in Koblenz, Mainz und Ludwigshafen langfristig zwei Versorger in unmittelbarer Nähe notwendig sind. Gegebenenfalls könnte in diesen Städten aus Qualitätsgründen eine weitere Konzentration erfolgen.

Die Versorgungsanalyse der thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen zeigte, dass an fünf Standorten im Leistungszeitraum 2 Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Die geltende Mindestmengenvorgabe von 75 Eingriffen pro Jahr am Standort hätten in dem genannten Leistungszeitraum jedoch nur drei der fünf Standorte erreicht.

Die Analyse der Versorgungssituation in Bezug auf ausgewählte Mindestmengen hat gezeigt, dass Potenzial für eine weitere Konzentration bestimmter Eingriffe auf weniger Standorte besteht. Bei den in diesem Abschnitt beschriebenen Leistungen aus den Versorgungsanalysen handelt es sich überwiegend um planbare (elektive) Eingriffe, die im Allgemeinen nicht als Notfallbehandlungen einzustufen sind. Da für die Festlegung von G-BA Mindestmengen eine klare Evidenz vorliegen muss, kann davon ausgegangen werden, dass steigende Fallzahlen je Standort zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse führen. Aus Sicht der Gutachtenden sollte daher ein stärkeres Gewicht auf die Konzentration von Fällen an spezialisierten Einrichtungen gelegt werden, statt auf eine flächendeckende, wohnortnahe Verfügbarkeit von Standorten mit geringen Fallzahlen. Die vorliegenden Analysen und Simulationen haben gezeigt, dass bei gezielter Auswahl von Leistungserbringern, die Erreichbarkeit eines entsprechenden Leistungserbringers für die Bevölkerung kaum bis wenig negativ beeinflusst wird. Die Planungsbehörde sollte ihre verfügbaren Steuerungsmöglichkeiten einsetzen, um den zu erwartenden Konzentrationsprozess gezielt zu lenken und somit die derzeit gute und in vielen Fällen sehr gute Erreichbarkeit weitgehend zu erhalten.

6.10 Psychiatrische und psychosomatische Versorgung

In Deutschland erfolgt die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Fachkliniken, in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken jeweils in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Krankenhausbehandlung kann dabei sowohl vollstationär als auch teilstationär stattfinden. Die teilstationäre Versorgung erfolgt dabei primär in Tageskliniken. Welche Behandlungsform in Frage kommt, ist abhängig vom jeweiligen Zustand der Patientin beziehungsweise des Patienten. Die tagesklinische Behandlung kann aber auch im Sinne einer Übergangsbehandlung an eine stationäre Behandlung anschließen oder eine ambulante Behandlung intensivieren.^{483/484}

Eine weitere Form der Krankenhausbehandlung stellt die stationsäquivalente Behandlung nach § 115d SGB V dar. Diese Form der Versorgung wurde erst im Jahr 2018 eingeführt und ermöglicht es Patientinnen und Patienten, diese im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Teams durchzuführen. Die Behandlung entspricht dabei inhaltlich und gemessen an ihrer Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung und stellt eine vielversprechende Ergänzung zu bestehenden Versorgungsangeboten dar. In der Praxis findet diese Behandlungsform jedoch bislang nur wenig Anwendung, da sie zum einen sehr personalintensiv ist sowie hohe organisatorische Anforderungen voraussetzt und zum anderen nur für eine begrenzte Patientengruppe in Frage kommt.^{485/486}

⁴⁸³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Neue Lösungen für wachsenden Hilfebedarf, <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung.html>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁸⁴ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Springer, Berlin.

⁴⁸⁵ Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Absatz 2 SGB V, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁸⁶ GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2021): Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Psych_StaeB_Bericht_23.12.2021.pdf, zuletzt abgerufen am 10.01.2025.

Zudem besteht die Möglichkeit der sektorenunabhängigen Versorgung mittels Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Diverse Behandlungskonzepte wurden dabei in den vergangenen Jahren erprobt und überwiegend positiv evaluiert.^{487/488}

Die Vergütung im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erfolgt anhand des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik. Es handelt sich dabei um ein seit dem Jahr 2018 verpflichtendes, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf Basis tagesbezogener Entgelte.⁴⁸⁹

Die nachfolgenden Analysen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Rheinland-Pfalz erfolgen nicht auf Basis der nordrhein-westfälischen Leistungsgruppen, sondern anhand der PEPP-Strukturkategorien. Dies hat zweierlei Gründe: Zum einen lassen die nordrhein-westfälischen Leistungsgruppen keine Unterscheidung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Fällen zu und zum anderen werden diese Fälle auch im Rahmen des KHVVG nicht in Leistungsgruppen betrachtet. Die PEPP-Strukturkategorien ermöglichen es hingegen, die in psychiatrischen⁴⁹⁰ und psychosomatischen Einrichtungen behandelten Fälle anhand von zehn Strukturkategorien in die drei Behandlungsbereiche Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu unterteilen, was eine detailliertere Betrachtung der Versorgungsformen (Tabelle 29) erlaubt und auch der aktuellen Planungssystematik des MWG entspricht.

Innerhalb dieser Behandlungsbereiche kann auf Basis der vorliegenden Daten zwischen vollstationärer, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung unterschieden werden⁴⁹¹. Fehler-PEPP⁴⁹² und sonstige PEPP bilden eine eigene Kategorie und werden in diesem Gutachten, abhängig vom Aufnahmegrund und der entlassenden Fachabteilung, den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Abschließend ist hervorzuheben, dass im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik auch nach einer Differenzierung der Fälle anhand der PEPP-Strukturkategorien weiterhin Unschärfen bei der Zuordnung bestehen.

Das liegt vor allem daran, dass sich die Behandlungsansätze und Diagnosen von psychosomatischen und psychiatrischen Patientinnen und Patienten überschneiden. Die Analyse der zehn häufigsten vollstationären Hauptdiagnosen für das Jahr 2023 unterteilt nach Psychiatrie und Psychosomatik zeigt, dass sich jeweils die Hälfte dieser zehn Hauptdiagnosen überschneiden. Während beispielsweise die Hauptdiagnose F33 „Rezidivierende depressive Störung“ im Bereich der Psychiatrie mit 18 % die zweithäufigste Hauptdiagnose darstellt, bildet diese sogar mit 56 % die häufigste kodierte Hauptdiagnose im Bereich der Psychosomatik. Ähnliche Überschneidungen zeigen sich für die F32 „Depressive Störung“, F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ oder die F60 „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“. Die detaillierte Gegenüberstellung kann der folgenden Tabelle 28 entnommen werden.

⁴⁸⁷ Baum, F. et al. (2020): Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients With Mental Disorders—Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies From Germany, *Front Psychiatry* 11:131, DOI: 10.3389/fpsy.2020.00131.

⁴⁸⁸ Neumann, A. et al. (2021): Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V), *Psychiatrische Praxis* 48:03, 127-134.

⁴⁸⁹ Vgl. § 17d KHG.

⁴⁹⁰ Wenn in diesem Gutachten von Psychiatrie die Rede ist, umfasst dies stets auch die Psychotherapie.

⁴⁹¹ Patientinnen und Patienten die im Rahmen eines Modellvorhabens versorgt werden fallen in den §21 KHEntG-Daten in eine dieser Kategorien, unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsform.

⁴⁹² Fehler-PEPP entstehen, wenn zum Zeitpunkt der Erstellung des §21-KHEntG-Datensatzes die Kodierung eines Falles noch nicht abgeschlossen wurde und wesentliche Informationen, wie zum Beispiel die Hauptdiagnose, noch nicht erfasst wurden.

Tabelle 28: Gegenüberstellung der zehn häufigsten Hauptdiagnosen für das Jahr 2023 unterteilt nach den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik.⁴⁹³

Lfd. Nr.	Strukturkategorie Psychiatrie	Fallzahl	%-Anteil an Gesamt	Lfd. Nr.	Strukturkategorie Psychosomatik	Fallzahl	%-Anteil an Gesamt
1	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7.162	20 %	1	F33 Rezidivierende depressive Störung	2.776	56 %
2	F33 Rezidivierende depressive Störung	6.545	18 %	2	F32 Depressive Episode	888	18 %
3	F20 Schizophrenie	3.838	11 %	3	F45 Somatoforme Störungen	326	7 %
4	F32 Depressive Episode	3.017	8 %	4	F41 Andere Angststörungen	292	6 %
5	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2.126	6 %	5	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	292	6 %
6	F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	1.300	4 %	6	F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	97	2 %
7	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.216	3 %	7	F40 Phobische Störungen	81	2 %
8	F25 Schizoaffektive Störungen	1.174	3 %	8	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	71	1 %
9	F31 Bipolare affektive Störung	995	3 %	9	F50 Essstörungen	37	1 %
10	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	995	3 %	10	F31 Bipolare affektive Störung	28	1 %
11	Weitere/Rest	7.641	21 %	11	Weitere/Rest	92	2 %
Gesamt		36.009	100 %	Gesamt		4.980	100 %

Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu den jeweiligen Strukturkategorien hängt in diesem Gutachten jedoch maßgeblich von den Bettenkontingenten ab, die den Fachbereichen von der Planungsbehörde zugewiesen werden. Sofern keine spezifischen Betten für die Psychosomatik ausgewiesen oder zugewiesen wurden, erfolgt eine adäquate Versorgung im Bereich der Psychiatrie oder auch in somatischen Einrichtungen mit entsprechendem Schwerpunkt im Bereich der Psychosomatik. Allerdings können in diesem Zusammenhang keine Aussagen über psychosomatisch versorgte Fälle in somatischen Kliniken mit einem psychosomatischen Schwerpunkt getroffen werden, wenn diese Kliniken keine expliziten Betten für die Psychosomatik zugewiesen bekommen haben. In Rheinland-Pfalz existierten zuletzt acht Standorte mit einer Psychiatrie, die einen ausgewiesenen Schwerpunkt in der Psychosomatik vorhielten. Zudem wiesen sechs Kliniken mit einer Inneren Medizin einen Schwerpunkt in der Psychosomatik auf. Von diesen sechs Kliniken hatten vier keine ausgewiesenen Betten, die übrigen beiden Kliniken hatten jedoch ausgewiesene Betten der Psychosomatik. Die Patientinnen und Patienten, die an Standorten ohne ausgewiesene Betten behandelt wurden, sind nicht Teil der nachfolgenden Fallzahlanalysen. Eine Berücksichtigung konnte daher an geeigneter Stelle nur nachrichtlich erfolgen.

Tabelle 29: PEPP-Strukturkategorien⁴⁹⁴

PEPP-Strukturkategorie	Strukturkategorie	Behandlungsbereich	Behandlungsform
TA	Psychiatrie, teilstationär	Psychiatrie	Teilstationär
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, teilstationär	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
TP	Psychosomatik, teilstationär	Psychosomatik	
PO	Prä-Strukturkategorie	Individuell ⁴⁹⁵	Stationär
PA	Psychiatrie, vollstationär	Psychiatrie	

⁴⁹³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁴⁹⁴ Eigene Darstellung auf Basis InEK (2024): Definitionshandbuch PEPP-Version 2024 Kompaktversion, <https://www.g-drg.de/media/files/pepp-entgeltssystem-2024/definitionshandbuch-pepp-version-2024-kompaktversion>, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

⁴⁹⁵ Die Zuordnung zur 1. Hierarchieebene im PEPP-Bereich ist abhängig von der entlassenden Fachabteilung.

PEPP-Strukturkategorie		Behandlungsbereich	Behandlungsform
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, vollstationär	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
PP	Psychosomatik, vollstationär	Psychosomatik	
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	Individuell ⁴⁹⁶	Individuell ⁴⁹⁷
QA	Psychiatrie, vollstationär	Psychiatrie	
QK	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, vollstationär	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stationsäquivalente Behandlung

Die nachfolgenden Analysen lassen sich dabei zum einen in die Behandlungsbereiche Psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und zum anderen entlang der Versorgungsformen vollstationär und teilstationär unterteilen. Die stationsäquivalente Versorgung erfolgte, basierend auf den zur Verfügung gestellten § 21-KHEntgG-Datensätzen, in Rheinland-Pfalz im Betrachtungszeitraum nur im Jahr 2019 bei rund 80 Patientinnen und Patienten, die nicht Teil der nachfolgenden Auswertungen sind. Ob diese Behandlungsform in einer anderen Abrechnungsform, die nicht über die zur Verfügung gestellten Daten identifiziert werden kann, erbracht wird, kann nicht abschließend geklärt werden. Am Pfalzlinikum findet eine sektorenübergreifende Versorgung derzeit im Rahmen eines Modellvorhaben nach § 64b SGB V statt.⁴⁹⁸

Für die nachfolgenden Analysen sind – anders als in den vorherigen Abschnitten – nicht die für die Somatik geltenden Versorgungsgebiete maßgeblich, sondern Versorgungsregionen, die sich an den ausgewiesenen Pflichtversorgungsregionen orientieren.⁴⁹⁹ Durch das MWG wurden im Krankenhausplan 19 Pflichtversorgungsregionen für die Erwachsenenpsychiatrie und 10 Pflichtversorgungsregionen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie definiert.⁵⁰⁰ Zukünftig soll die Pflichtversorgung der Erwachsenenpsychiatrie im Stadtkreis Trier und Landkreis Trier-Saarburg auf zwei Standorte aufgeteilt werden, sodass 20 Pflichtversorgungsregionen entstehen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird zukünftig die Pflichtversorgungsregion Rheinhessen auf zwei Standorte aufgeteilt. Standorten, welche die Pflichtversorgung nach § 14 Absatz 1 Satz 3 PsychKHG übertragen wurde, sind zur Aufnahme von akut behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten ihrer Pflichtversorgungsregion verpflichtet, einschließlich der Durchführung der Unterbringung nach dem PsychKHG Rheinland-Pfalz.⁵⁰¹

⁴⁹⁶ Die Zuordnung zur 1. Hierarchieebene im PEPP-Bereich ist abhängig von der entlassenden Fachabteilung.

⁴⁹⁷ Die Zuordnung zur 2. Hierarchieebene im PEPP-Bereich ist abhängig vom Aufnahmegrund.

⁴⁹⁸ Pfalzlinikum: Modellvorhaben im Pfalzlinikum, <https://www.pfalzlinikum.de/modellvorhaben>, zuletzt abgerufen am 10.01.2025.

⁴⁹⁹ § 14 Absatz 1 Satz 3 Landesgesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen (PsychKHG).

⁵⁰⁰ Die Geografie der Pflichtversorgungsregionen kann im Abschnitt 4.2 nachvollzogen werden.

⁵⁰¹ Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz (2019, Nummer 22): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025.

Nicht alle psychiatrisch und psychosomatisch versorgenden Kliniken haben jedoch einen Pflichtversorgungsauftrag - insbesondere bei den psychosomatischen Kliniken gibt es diesen Auftrag nicht. Im vorliegenden Gutachten wurde der Begriff des Pflichtversorgungsauftrags im Kontext der dazugehörigen Pflichtversorgungsregion ausschließlich zur geografischen Abgrenzung genutzt. Bei der verwendeten geografischen Abgrenzung der Versorgungsregionen kommt es aus technischen sowie aus Datenschutzgründen zudem zu leichten Abweichungen der Gebiete gegenüber der Veröffentlichung im Staatsanzeiger. Nachfolgend werden die zur geographischen Abgrenzung genutzten entsprechenden Pflichtversorgungsregionen als Versorgungsregionen bezeichnet.

Dies liegt insbesondere daran, dass die Wohnorte der einzelnen Patientinnen und Patienten nicht auf Ortsebene vorliegen, sondern maximal auf PLZ-5-Ebene. Die damit verbundenen Unschärfen werden jedoch als nicht wesentlich eingeschätzt. Im Bereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es die Besonderheit, dass die Versorgungsverpflichtung für die Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn durch einen Standort in Eltville übernommen wird, der im Bundesland Hessen liegt. Aufgrund dieser Besonderheit lagen zur Gutachtenerstellung zu dieser Region keine ausreichenden Daten vor.

Übergreifend stehen in den Versorgungsregionen die in der Abbildung 160 aufgeführten vollstationären Betten und teilstationären Behandlungsplätze zur Verfügung. Im teilstationären Bereich ist sowohl bei den Erwachsenen als auch den Kindern und Jugendlichen eine relativ hohe Auslastung von rund 90 % beziehungsweise 97 % der Plätze festzustellen. Im Bereich der vollstationären Versorgung liegt die Auslastung mit rund 86 % beziehungsweise 78 % unter der Auslastung des teilstationären Bereiches und auch dem vom Land angestrebten Sollnutzungsgrad von 95 %. Eine entscheidende Rolle spielt dabei insbesondere der allgegenwärtige Personalmangel, der auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik deutlich ausgeprägt ist.⁵⁰²

Bei den Auslastungszahlen ist jedoch darauf hinzuweisen, dass im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik – unabhängig, ob bei Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen – die rechnerische Auslastung der Kapazitäten mit Unschärfen behaftet ist, da zum Beispiel im Rahmen der Belastungserprobung die Betten in der Datenanalyse als nicht belegt gelten, die Kliniken diese jedoch freihalten müssen. Die hier ausgewiesene Auslastung ist damit in der praktischen Bewertung tendenziell eher zu niedrig ausgewiesen.

⁵⁰² Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2024): PPP-RL: Quartalsberichte zur Strukturabfrage zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ppp-rl-quartalsberichte/>, zuletzt abgerufen am 14.01.2024.

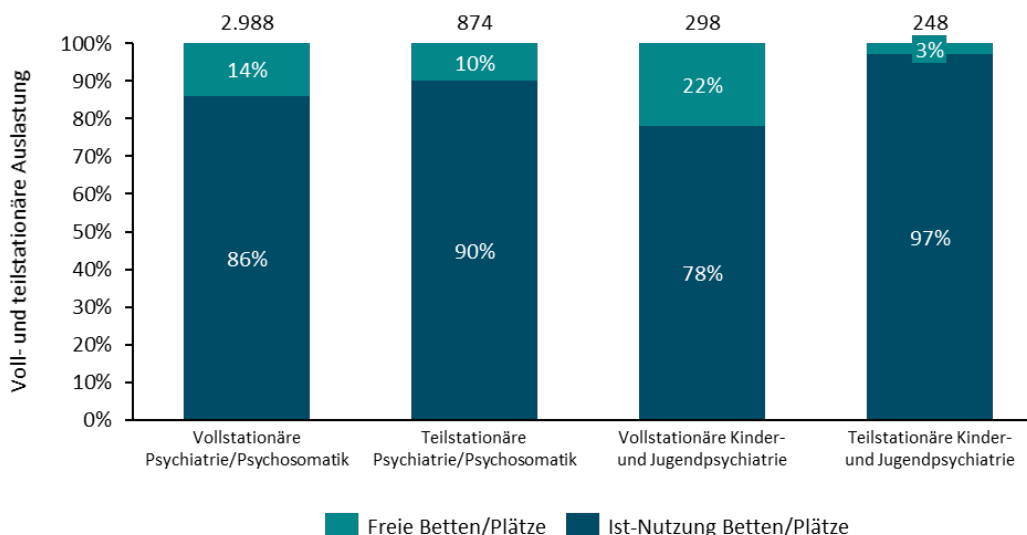


Abbildung 160: Auslastung der aufgestellten Betten und Plätze im Bereich der voll- beziehungsweise teilstationären Versorgung, unterteilt nach Psychiatrie/Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁰³

6.10.1 Fallzahlentwicklung

Insgesamt wurden im Jahr 2023 rund 52.000 PEPP-Fälle⁵⁰⁴ in Rheinland-Pfalz versorgt, davon 43.747 vollstationär und 8.465 teilstationär⁵⁰⁵ (Abbildung 161). Während die vollstationären Fälle im Vergleich zum Referenzjahr 2018 um rund 7 % gesunken sind, sind die teilstationären Fälle im gleichen Zeitraum um 7 % gestiegen. Bei der Bewertung der Entwicklung des teilstationären Bereichs muss an dieser Stelle einschränkend erwähnt werden, dass zwei Standorte im Jahr 2019 keine Fallzahlen an das InEK übermittelt haben und die für das Jahr 2019 ausgewiesene Fallzahl daher um rund 180 Fälle zu niedrig ist.

Die Anzahl der vollstationären Fälle hat sich von 2019 bis 2020 um rund 11 % reduziert. In den darauffolgenden Jahren stieg das Fallzahlniveau nur langsam an. Erst im Jahr 2023 konnte eine deutlichere Fallzahlsteigerung verzeichnet werden (rund 4 %). Dennoch lag die Fallzahl auch im Jahr 2023 deutlich unterhalb der Fallzahl von vor der COVID-19-Pandemie. Die Gründe hierfür können nicht abschließend identifiziert werden, jedoch lässt sich feststellen, dass der Großteil des Rückgangs die Altersgruppen 45 und älter betraf (Abbildung 162). Auch im Bereich der teilstationären Fälle gab es einen Fallzahleinbruch von 2019 bis 2020 (rund 24 %). Das Fallzahlniveau stieg hier jedoch schneller an, sodass zuletzt ein Zuwachs von 16 % verzeichnet werden konnte. Insgesamt übertrifft das aktuelle Fallzahlniveau die Werte von 2019.

⁵⁰³ Eigene Darstellung auf Basis der Daten aus dem § 21-KHEntgG-Datensatz 2023 sowie den Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz. Für die Klinik Viktoriastift lag keine Meldung der aufgestellten Betten und teilstationären Plätze für das Jahr 2023 vor. Zudem sind keine Plätze und Belegungsdaten der Tagesklinik für KJP in Katzenelnbogen enthalten. Zur Ermittlung der Ist-Nutzung wurden im teilstationären Bereich 251 Tage und im vollstationären Bereich 365 Tage als Divisor für die Summe der Belegungstage verwendet.

⁵⁰⁴ Nachfolgend werden in diesem Abschnitt PEPP-Fälle auch als Fälle bezeichnet.

⁵⁰⁵ In den Abschnitten 6.10.3.4 und 6.10.4.4 wird eine abweichende Fallzahlmenge referenziert, die auf der Selbstauskunft eines teilstationären Versorgers der KJP in der Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn beruht.

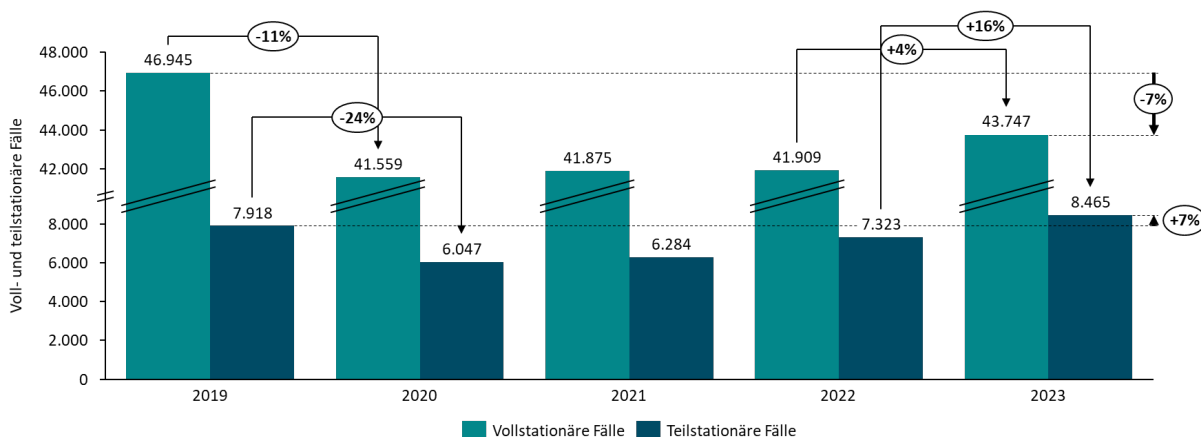


Abbildung 161: Voll- und teilstationäre PEPP-Fälle in den Jahren 2019 bis 2023⁵⁰⁶

Die Entwicklung der vollstationären PEPP-Fälle in den Jahren 2019 und 2023 gestaltete sich in den verschiedenen Altersklassen unterschiedlich (Abbildung 162). Während die Anzahl der 45 - 49 und 50 - 54-jährigen Patientinnen und Patienten sich deutlich reduzierte (rund 19 % beziehungsweise 28 %) stieg die Anzahl der 40 - 44-jährigen Patientinnen und Patienten um rund 11 % oder der Anteil der 70 – 74-jährigen um rund 17 %.

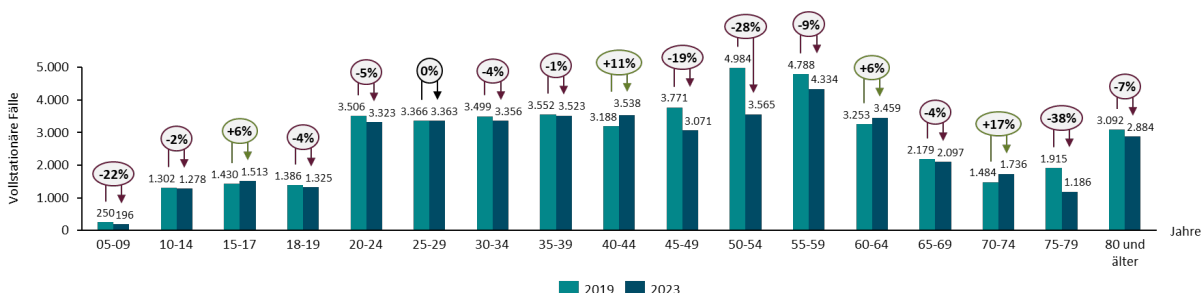


Abbildung 162: Verteilung der vollstationären PEPP-Fälle nach Altersklassen für die Jahre 2019 und 2023⁵⁰⁷

Die Abbildung 163 unterteilt die verzeichneten vollstationären PEPP-Fälle im Betrachtungszeitraum in die drei Behandlungsbereiche. Den größten Anteil am Fallzahlaufkommen hatte der Behandlungsbereich Psychiatrie, gefolgt von der Psychosomatik und der KJP. Rund 36.000 vollstationäre Fälle wurden im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz psychiatrisch versorgt. Das sind rund 7 % weniger Fälle als noch im Jahr 2019. Die Entwicklung im Betrachtungszeitraum ist kongruent zu der allgemeinen Entwicklung der vollstationären Fälle.

Vollstationär psychosomatisch wurden nur rund 5.000 Fälle im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz versorgt. Der Rückgang im Betrachtungszeitraum war hier mit 9 % etwas deutlicher ausgeprägt als im psychiatrischen Behandlungsbereich. Insgesamt stieg die Fallzahlmenge nach 2020 zwar deutlich an, fiel jedoch zuletzt von 2022 bis 2023 erneut ab.

⁵⁰⁶ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Im Bereich der teilstationären PEPP-Fälle haben im Jahr 2019 zwei Standorte keine Fallzahlen an das InEK übermittelt, sodass die ausgewiesene Fallzahl um rund 180 Fälle zu niedrig ist.

⁵⁰⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

Im Bereich der vollstationären KJP wurden rund 3.000 Fälle im Jahr 2023 versorgt. Damit wurden nominell 13 Fälle mehr als noch im Jahr 2019 versorgt.

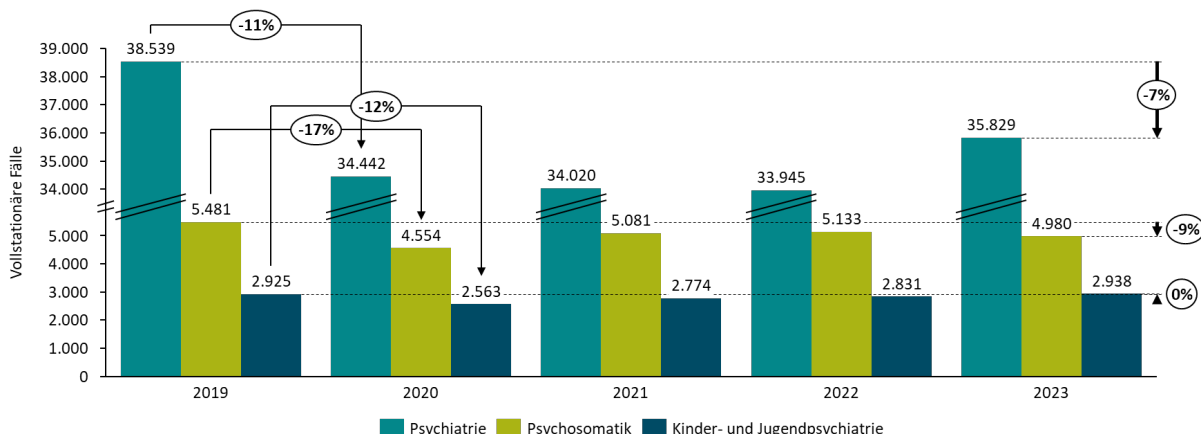


Abbildung 163: Vollstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023⁵⁰⁸

Abbildung 164 zeigt in Ergänzung zu Abbildung 163 den Anteil der vollstationären Fälle mit dem Aufnahmeanlass Notfall. Im Bereich der Psychosomatik zeigte sich ein gleichbleibend niedriges Niveau (zwischen 1 und 2 %). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag der Anteil mit zwischen 56 bis 59 % im Betrachtungszeitraum am höchsten. In der Psychiatrie konnte ausgehend vom Jahr 2019 bis zum Jahr 2023 ein Anstieg um 5 Prozentpunkte verzeichnet werden. Der rein nominelle Anteil der Notfälle im Bereich der Psychiatrie ist jedoch stabil geblieben, da parallel die Gesamtfallzahlen in diesem Bereich rückläufig waren.

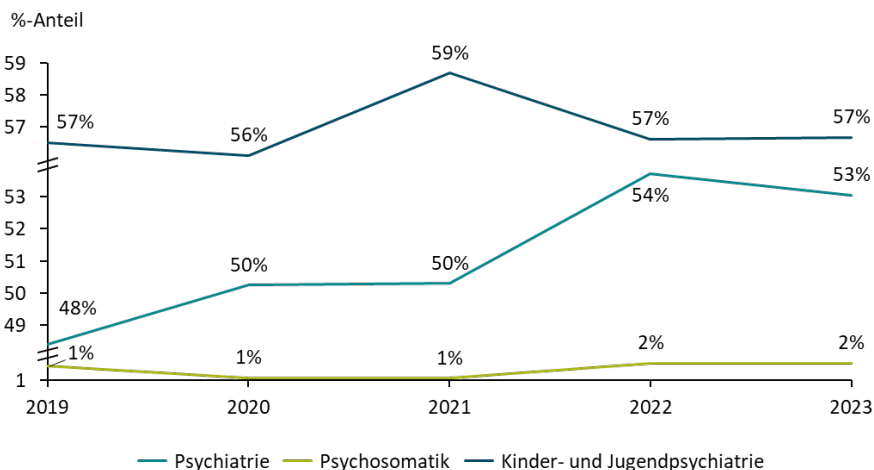


Abbildung 164: Anteil der vollstationären PEPP-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall nach Behandlungsbereich in den Jahren 2019 bis 2023⁵⁰⁹

Auch im teilstationären Bereich machten die psychiatrischen Fälle den größten Anteil der gesamten Fallzahlmenge aus (Abbildung 165). Im Jahr 2023 wurden 6.815 teilstationäre psychiatrische Fälle in Rheinland-Pfalz behandelt, was im Vergleich zum Jahr 2019 einer Steigerung um rund 9 % entspricht. Auch hier konnte

⁵⁰⁸ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

⁵⁰⁹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

der typische COVID-19-Fallzahlrückgang nachgewiesen werden – im Vergleich zu den vollstationären Fällen jedoch mit einer stärkeren Rückkehr des Fallzahlaufkommens.

In der Psychosomatik hingegen sind die Fälle bei insgesamt geringem Fallzahlaufkommen um rund 8 % im Betrachtungszeitraum zurückgegangen. Im Jahr 2023 wurden nur 291 Fälle teilstationär psychosomatisch in Rheinland-Pfalz versorgt.

Im Jahr 2023 wurden rund 1.500 teilstationäre Fälle der KJP in Rheinland-Pfalz behandelt, was im Vergleich zum Jahr 2019 einem Zuwachs um rund 2 % entsprach. Unter Berücksichtigung der Abbildung 163 zeigt sich zudem, dass im Bereich der KJP vergleichsweise viele Fälle teilstationär versorgt wurden.⁵¹⁰

Auf die Darstellung des Notfallanteils teilstationärer Fälle wurde aufgrund der geringen Relevanz an dieser Stelle verzichtet.

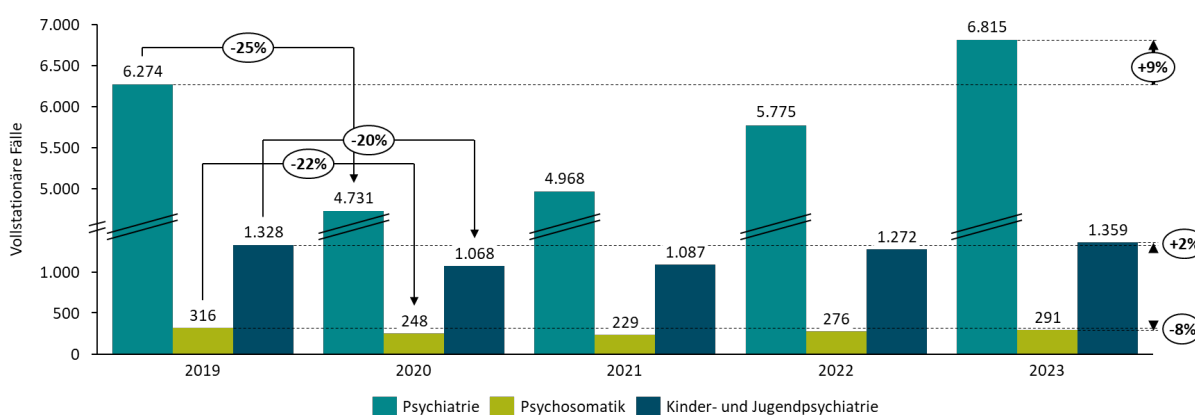


Abbildung 165: Teilstationäre PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023⁵¹¹

6.10.2 Verweildauer

Nachfolgend wird die durchschnittliche Verweildauer der PEPP-Fälle in Rheinland-Pfalz im Betrachtungszeitraum beleuchtet. Die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer im vollstationären Bereich der betrachteten PEPP-Fälle ist in Abbildung 166 und die des teilstationären Bereiches in der Abbildung 167 dargestellt. Im Bereich der vollstationären Psychiatrie lag die durchschnittliche Verweildauer zwischen 2019 und 2023 relativ konstant bei rund 22 Tagen. Im zugehörigen teilstationären Bereich nahm die Verweildauer von etwa 29,9 Tagen um rund 7 % auf 27,7 Tage ab.

Im Bereich der vollstationären Psychosomatik ist die Verweildauer in den letzten Jahren von etwa 28,4 Tagen um rund 7 % auf rund 30,4 Tage angestiegen. Einen deutlicheren Anstieg, nämlich um rund 21 % von etwa 26 Tagen auf etwa 31,5 Tage, lässt sich im teilstationären psychosomatischen Bereich feststellen.

Für den Bereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Reduzierung der Verweildauer von etwa 33,7 auf 30,4 Tage, also um rund 11 %, im Zeitraum zwischen 2019 und 2023 zu beobachten. Im

⁵¹⁰ In den Abschnitten 6.10.3.4 und 6.10.4.4 wird eine abweichende Fallzahlmenge referenziert, die auf der Selbstauskunft eines teilstationären Versorgers der KJP in der Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn beruht.

⁵¹¹ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntg-Datensätze der jeweiligen Jahre.

gleichen Zeitraum sank die Verweildauer in der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie leicht um etwa 3 %, von etwa 44,2 auf rund 43 Tage.⁵¹²

Es lässt sich im Rahmen dieses Gutachtens keine Aussage darüber treffen, welche Gründe für die jeweiligen Veränderungen der Verweildauer, sei es ein Anstieg oder eine Reduzierung, ausschlaggebend waren. Inwiefern die bis 2018 schrittweise Umstellung auf das PEPP-System einen Einfluss auf die teilweise negative Entwicklung der Verweildauer hatte, ähnlich wie bei der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 im Bereich der Somatik, kann hier abschließend nicht quantifiziert werden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die durchschnittliche Verweildauer im teilstationären Bereich nicht mit der im vollstationären Bereich vergleichbar ist, da insbesondere behandlungsfreie Zeiten, beispielsweise an Wochenenden oder Feiertagen, nicht berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass insbesondere in Behandlungsbereichen mit niedrigem Fallzahlauftreten bereits wenig Fälle mit stark abweichenden Verweildauern zu einer Verschiebung der durchschnittlichen Verweildauer führen können.

Grundsätzlich lässt sich jedoch im Zusammenspiel aus der Verweildaueranalyse und der Analyse zur allgemeinen Fallzahlentwicklung über die drei betrachteten vollstationären Bereiche eine Reduzierung der Belegungstage im Jahr 2023 im Vergleich zu 2019 feststellen. Hingegen hat die Anzahl der Belegungstage im teilstationären Bereich in der Psychosomatik und der Psychiatrie leicht zugenommen, während im Bereich der KJP eine leichte Abnahme zu verzeichnen war.

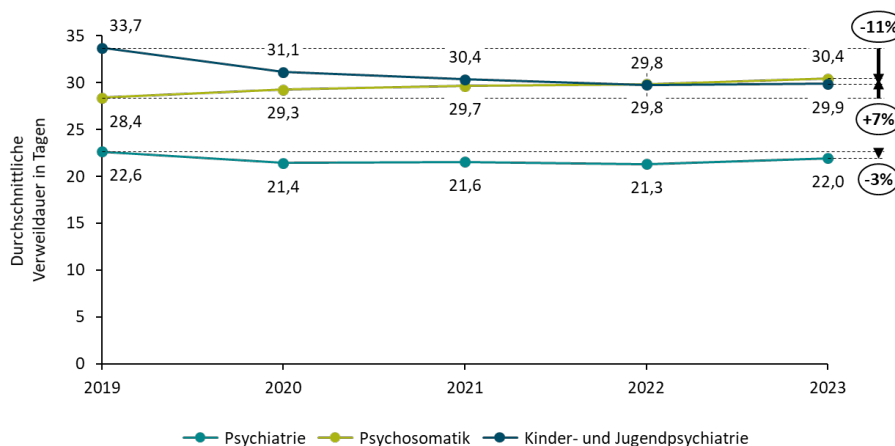


Abbildung 166: Durchschnittliche Verweildauer der vollstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023⁵¹³

⁵¹² Nicht berücksichtigt wurde hier die Selbstauskunft eines teilstationären Versorgers der KJP in der Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn.

⁵¹³ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

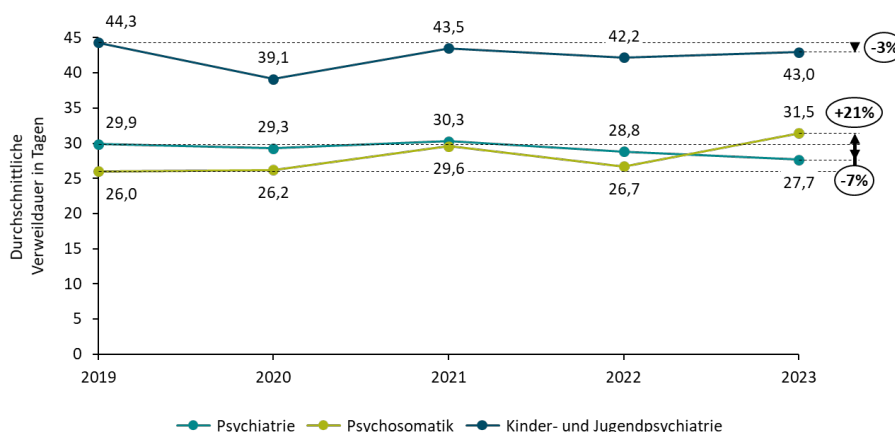


Abbildung 167: Durchschnittliche Verweildauer der teilstationären PEPP-Fälle nach Behandlungsbereichen in den Jahren 2019 bis 2023⁵¹⁴

6.10.3 Versorgungssituation in den Versorgungsregionen

Nachdem im Abschnitt 6.10.1 die Gesamtheit der voll- und teilstationären Fälle der drei Behandlungsbereiche im Jahresverlauf aufgezeigt wurde, fokussiert der Abschnitt 6.10.3 auf die Verteilung der Fälle im letztverfügbaren Datenjahr 2023 in den jeweiligen Versorgungsregionen. In Rheinland-Pfalz können Krankenhäuser, die an der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen teilnehmen, einen regionalen Pflichtversorgungsauftrag erhalten. Das impliziert, dass diese Häuser im Not- oder Akutfall zur Versorgung von erkrankten Patientinnen und Patienten in ihrer Pflichtversorgungsregion verpflichtet sind.⁵¹⁵ Wie bereits zuvor beschrieben, impliziert die Zuordnung zu einer Versorgungsregion im vorliegenden Gutachten nur eine geografische Einordnung der entsprechenden Standorte sowie der Patientinnen und Patienten.

Das Ziel dieses Abschnittes ist es demnach zu analysieren, welche Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Versorgungsregionen versorgt wurden sowie aufzuzeigen, wo die erkrankten Einwohnerinnen und Einwohner in Rheinland-Pfalz behandelt wurden. Es sei an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass aufgrund geografischer Gegebenheiten sowie aus datenschutzrechtlichen Gründen gewisse Unschärfen im Zuschnitt der jeweiligen Versorgungsregionen möglich sind. Zudem können grundsätzlich keine Aussagen über Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz, die in anderen Bundesländern behandelt wurden, getroffen werden.

Basierend auf den Daten aus der Krankenhausstatistik für das Jahr 2023 des Statistischen Bundesamtes⁵¹⁶ kann, basierend auf dem relevanten ICD-Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) im Bereich der vollstationären Versorgung, davon ausgegangen werden, dass rund 13 % der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen außerhalb von Rheinland-Pfalz behandelt wurden. Über den teilstationären Bereich kann, basierend auf den zur Verfügung stehenden Daten, keine

⁵¹⁴ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre.

⁵¹⁵ § 14 PsychKHG.

⁵¹⁶ Statistisches Bundesamt (2024): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, www.gbe-bund.de, zuletzt abgerufen am 16.12.2024.

belastbare Aussage getroffen werden. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass wenn in den folgenden Abschnitten von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz gesprochen wird, auch Patientinnen und Patienten mit einem unbekanntem Wohnort inkludiert sind.

6.10.3.1 Vollstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Psychiatrische Versorgung

Die Abbildung 168 zeigt den Anteil der vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich Psychiatrie innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion. Rund 80 % der versorgten Patientinnen und Patienten aus den jeweiligen Versorgungsregionen wurden an den für sie zuständigen Standorten innerhalb der Versorgungsregion versorgt. Dementsprechend lag der Anteil der Patienten und Patientinnen, die nicht in der Versorgungsregion, in dem sie behandelt wurden, gewohnt haben, bei rund 20 %. In diesen 20 % sind Patienten und Patientinnen aus anderen Versorgungsregionen in Rheinland-Pfalz sowie Personen aus anderen Bundesländern, mit unbekanntem Wohnort oder Wohnort im Ausland enthalten.

Besonders hoch war dieser Anteil in den Versorgungsregionen Ahrweiler und Rhein-Lahn-Kreis. Hier kamen etwas mehr beziehungsweise knapp die Hälfte der versorgten Patientinnen und Patienten aus einer anderen Region. Konkret wurden in der Versorgungsregion Ahrweiler viele Patienten und Patientinnen aus Nordrhein-Westfalen und in der Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis aus Hessen versorgt. An den Standorten der Versorgungsregionen Rheinhessen, Kaiserslautern, Südwestpfalz und Ludwigshafen hingegen stammten mindestens 94 % der Patientinnen und Patienten aus der entsprechenden Versorgungsregion.

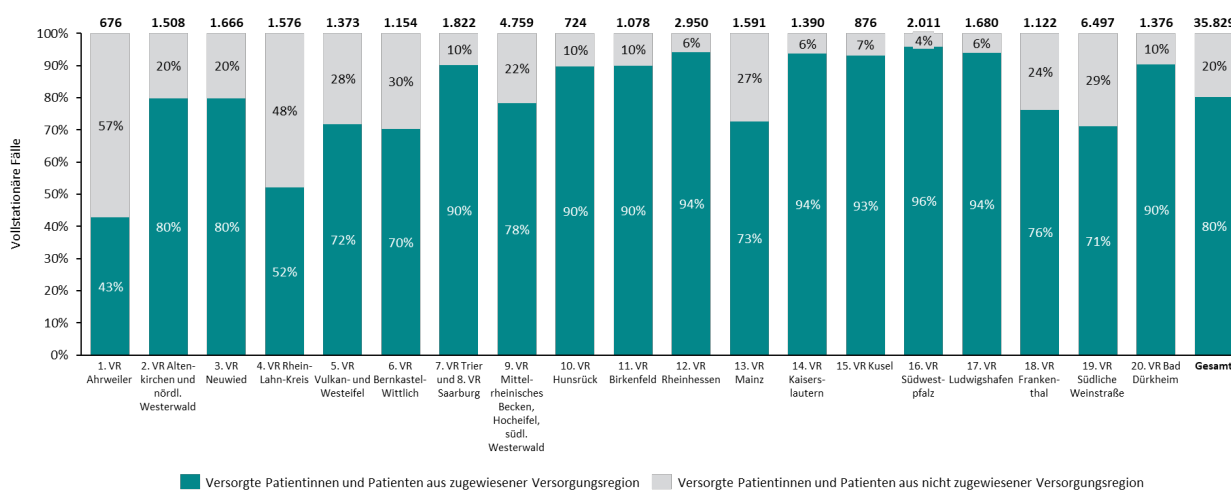


Abbildung 168: Vollstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵¹⁷

Die Tabelle 30 weist die Zahl der Patientinnen und Patienten der vollstationären Psychiatrie nach ihrem Herkunftsbundesland aus. Besonders relevant sind dabei die angrenzenden Bundesländer. Rund 8 % dieser

⁵¹⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

versorgten Patientinnen und Patienten hatten ihren Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz. Aus Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg und dem Saarland kamen im Jahr 2023 rund 2.200 Patientinnen und Patienten zur Behandlung nach Rheinland-Pfalz.

Die meisten Patientinnen und Patienten aus Baden-Württemberg (405 Fälle) wurden in der Versorgungsregion Südliche Weinstraße versorgt, die auch insgesamt den größten nominalen Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion aufwies (596 Fälle). Prozentual stehen besonders die Versorgungsregionen Ahrweiler und Rhein-Lahn-Kreis hervor, in denen 40 % beziehungsweise 24 % der versorgten Patientinnen und Patienten aus einem anderen Bundesland kamen.

Tabelle 30: Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsreich der vollstationären Psychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023⁵¹⁸

Versorgungsregion	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	nicht angrenzend / unbekannt	Gesamtergebnis	Prozentualer Anteil außerhalb RLP	Nominaler Anteil außerhalb RLP
19. VR Südliche Weinstraße	405	45	20	5.901	72	54	6.497	9 %	596
4. VR Rhein-Lahn-Kreis	10	318	36	1.193		19	1.576	24 %	383
9. VR Mittelrheinisches Becken, Hocheifel, südl. Westerwald	17	78	119	4.473	15	57	4.759	6 %	286
1. VR Ahrweiler	4	11	244	408	1	8	676	40 %	268
13. VR Mainz	15	118	18	1.346	3	91	1.591	15 %	245
2. VR Altenkirchen und nördl. Westerwald	3	8	125	1.356	1	15	1.508	10 %	152
5. VR Vulkan- und Westeifel	2	8	79	1.252	19	13	1.373	9 %	121
7. VR Trier und 8. VR Saarburg	3	4	14	1.717	43	41	1.822	6 %	105
12. VR Rheinhessen	17	30	13	2.851	2	37	2.950	3 %	99
20. VR Bad Dürkheim	11	9	14	1.291	1	50	1.376	6 %	85
3. VR Neuwied	1	7	42	1.591	1	24	1.666	5 %	75
16. VR Südwestpfalz	11	3	7	1.958	13	19	2.011	3 %	53
17. VR Ludwigshafen	28	4	6	1.629	1	12	1.680	3 %	51
6. VR Bernkastel-Wittlich	1	3	21	1.109	5	15	1.154	4 %	45
18. VR Frankenthal	16	11	5	1.079	2	9	1.122	4 %	43
14. VR Kaiserslautern	7	4	7	1.348	8	16	1.390	3 %	42
11. VR Birkenfeld	6	3	4	1.041	10	14	1.078	3 %	37
10. VR Hunsrück	3	4	3	709		5	724	2 %	15
15. VR Kusel	2	2		866	2	4	876	1 %	10
Gesamt	562	670	777	33.118	199	503	35.829	8 %	2.711

Die Karten in der Abbildung 169 greifen die Erkenntnisse der Abbildung 168 und der Tabelle 30 noch einmal grafisch auf. Die eingezeichneten Linien entsprechen den Grenzen der entsprechenden Versorgungsregionen der Erwachsenenpsychiatrie. Eine dunkle Färbung bedeutet in beiden Szenarien einen hohen Anteil an Patientinnen und Patienten von außerhalb der jeweiligen Versorgungsregion. Dabei stehen insbesondere die Versorgungsregionen Ahrweiler (1) und Rhein-Lahn-Kreis (4) hervor, die in jedem Szenario einen hohen prozentualen Anteil eben dieser Patientinnen und Patienten aufwiesen.

⁵¹⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion in der sie versorgt wurden
 Psychiatrie (vollstationär)



Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz in den Versorgungsregionen
 Psychiatrie (vollstationär)

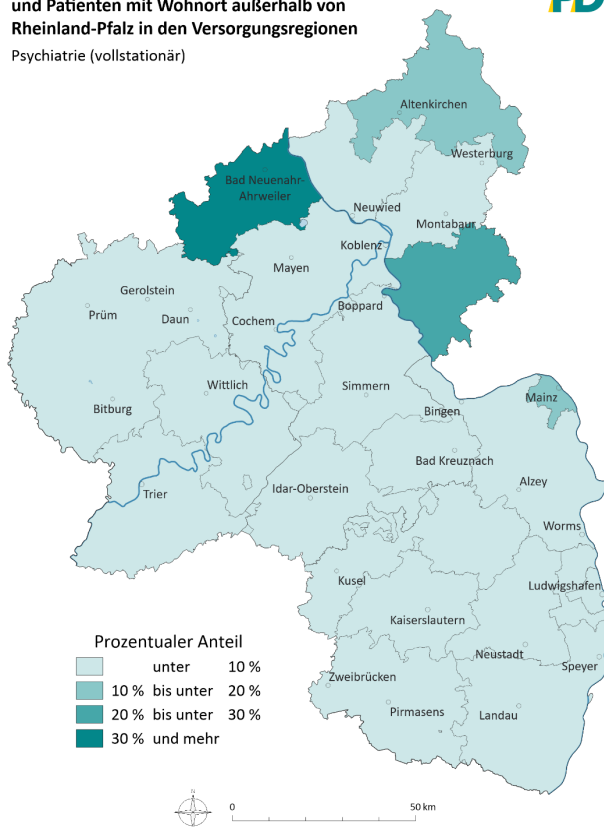
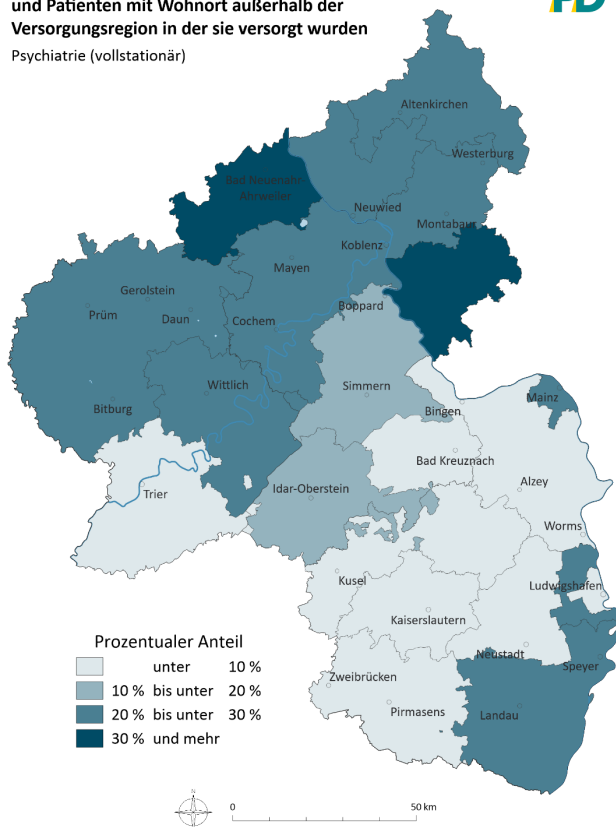


Abbildung 169: Prozentualer Anteil der vollstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵¹⁹

Abschließend wurde zudem geprüft, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten ist, die innerhalb der jeweils zuständigen Versorgungsregion versorgt wurden (Abbildung 170). Im Behandlungsbereich der vollstationären Psychiatrie wurden rund 80 % der Patientinnen und Patienten innerhalb der Versorgungsregion versorgt, in der sie im Jahr 2023 wohnten. Besonders hoch war dieser Anteil in der Versorgungsregion Südliche Weinstraße, wo rund 98 % der Patientinnen und Patienten innerhalb der eigenen Versorgungsregion versorgt wurden. In der Versorgungsregion Ahrweiler hingegen wurden nur rund 34 % der Patientinnen und Patienten in ihrer zuständigen Versorgungsregion versorgt.

Dies sind insbesondere noch Auswirkungen der Flutkatastrophe im Ahrtal im Jahr 2021, die auch massive Beschädigungen der dortigen Klinikstandorte mit sich brachten, sodass diese ihrem Versorgungsauftrag nach § 14 PsychKHG bis zuletzt nicht vollumfänglich nachkommen konnten. Folglich wurde eine Übergangsregelung getroffen, die die umliegenden Kliniken zur Versorgung von Patientinnen und Patienten der betroffenen Gebiete verpflichtete. Diese Regelung war teilweise auch noch im Jahr 2023 in Kraft und sollte bei der Interpretation berücksichtigt werden.

⁵¹⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Hinweis: Aus datenschutzrechtlichen Gründen kommt es zu geringfügigen, aber nicht wesentlichen Abweichungen bei der Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu den Versorgungsregionen gegenüber der Veröffentlichung im Staatsanzeiger. In vereinzelt Sonderkonstellationen treten Anomalien in der Darstellung auf, die durch Postleitzahlgebiete entstehen, die sich über nicht zusammenhängende geografische Bereiche erstrecken.

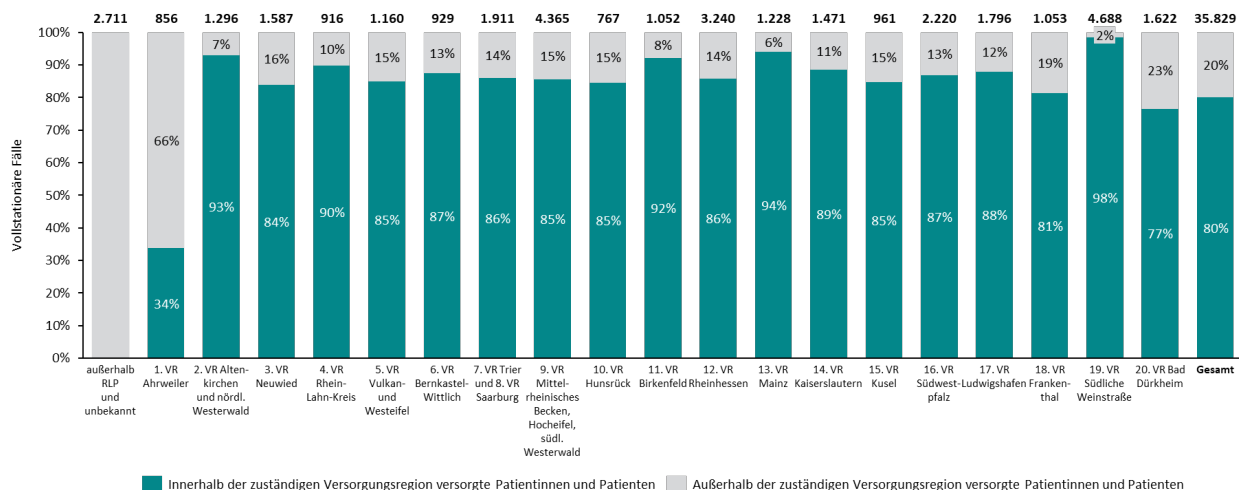


Abbildung 170: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychiatrie im Jahr 2023⁵²⁰

Psychosomatische Versorgung

Wie bereits eingangs aufgezeigt, wurden im Behandlungsbereich der Psychosomatik sowohl voll- als auch teilstationär nur ein begrenztes Fallzahlvolumen versorgt (Abbildung 163 und Abbildung 165). Das spiegelte sich auch in der Zahl der Versorger wider, die im Abschnitt 6.10.4 näher beleuchtet wird. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die zu Beginn des Kapitels beschriebenen Unschärfen bei der Differenzierung zwischen dem psychiatrischen und psychosomatischen Bereich hingewiesen.

Betrachtet man die Psychosomatik jedoch stringent nach den PEPP-Bereichen, ergibt dies eine überschaubare Versorgungslandschaft, die im Bereich der vollstationären psychosomatischen Versorgung innerhalb von 10 der 19 Versorgungsregionen stattfindet (Abbildung 171). Dies hat jedoch auch zur Folge, dass die originär auf den psychiatrischen Behandlungsbereich abgestimmten Versorgungsregionen nicht unbedingt passkonform für die psychosomatische Versorgung sind, auch wenn im vorliegenden Gutachten die Versorgungsregionen nur als Grundlage zur geografischen Einordnung genutzt wurden.

Zudem gibt es bei der Differenzierung zwischen den Bereichen der Psychiatrie und der Psychosomatik auch nach Differenzierung der Fälle mittels PEPP-Strukturkategorien Unschärfen bei der Zuordnung zu einem der Behandlungsbereiche. Psychosomatische Fälle können allerdings sowohl im Bereich der Psychiatrie als auch der Psychosomatik auftauchen. In Ergänzung zu den ausgewiesenen psychosomatischen Betten gibt es in Rheinland-Pfalz acht Standorte mit einer Psychiatrie, die einen ausgewiesenen Schwerpunkt in der Psychosomatik vorhielten sowie sechs Kliniken mit einer Inneren Medizin (vier ohne ausgewiesene Betten und zwei mit ausgewiesenen Betten), die einen Schwerpunkt in der Psychosomatik aufwiesen. Diese Standorte tragen zur Versorgung bei, erscheinen jedoch aufgrund der unklaren Zuordnung in der Analyse nicht als ausgewiesene psychosomatische Versorger.

Insgesamt ergibt sich so, dass nur rund 24 % der behandelten Patientinnen und Patienten in einer für ihre Region zuständigen Fachabteilung oder Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandelt wurden. Besonders auffällig ist jedoch das Ergebnis in der Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis. Insgesamt wurden mit 2.180 Fällen im Jahr 2023 in dieser Versorgungsregion die meisten Patientinnen und Patienten versorgt. Von diesen 2.180 versorgten Patientinnen und Patienten kamen rund 97 % aus einer

⁵²⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

anderen Versorgungsregion, einem anderen Bundesland oder hatten eine unbekannte Herkunft. Nominal sind das 2.106 Fälle – bei einer gesamten Fallzahlmenge von 4.980 in Rheinland-Pfalz macht dies einen beträchtlichen Teil der Versorgung aus.

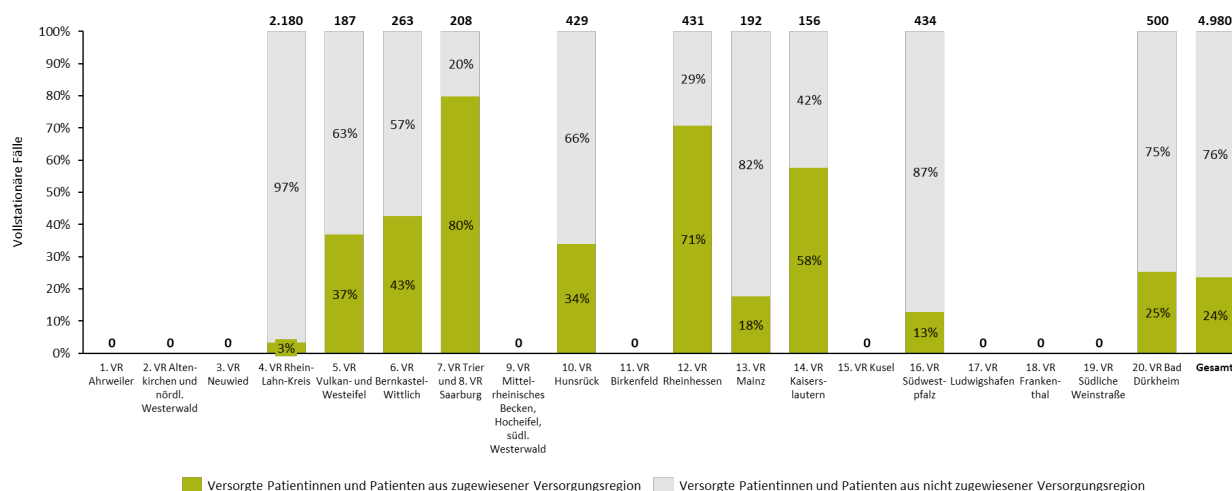


Abbildung 171: Vollstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychosomatik mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵²¹

Insgesamt war der prozentuale Anteil der nicht rheinland-pfälzischen Patientinnen und Patienten mit rund 41 % hoch (Tabelle 31). In keinem anderen Behandlungsbereich in Rheinland-Pfalz war der prozentuale Anteil nicht rheinland-pfälzischer Patientinnen und Patienten so hoch. Die mit Abstand größte Anzahl der nicht rheinland-pfälzischen Patientinnen und Patienten kam dabei jedoch aus der Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis.

Von den 2.180 Fällen, die in der Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis versorgt wurden, kamen rund 1.433 Fälle nicht aus Rheinland-Pfalz, was prozentual gesehen einem Anteil von rund 66 % entspricht. Die Patientinnen und Patienten kamen dabei nicht ausschließlich aus dem benachbarten Hessen, sondern verteilten sich in ihrer Herkunft über die Bundesrepublik. Auch in den übrigen Versorgungsregionen lag der prozentuale Anteil versorgter Patientinnen und Patienten, die nicht aus Rheinland-Pfalz kamen oftmals in einem hohen Bereich.

Tabelle 31: Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychosomatik nach Bundesland im Jahr 2023⁵²²

Versorgungsregion	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	nicht angrenzend / unbekannt	Gesamtergebnis	Prozentualer Anteil außerhalb RLP	Nominaler Anteil außerhalb RLP
4. VR Rhein-Lahn-Kreis	182	191	776	747	24	260	2.180	66 %	1.433
16. VR Südwestpfalz	46	41	50	216	42	39	434	50 %	218
20. VR Bad Dürkheim	100	21	2	376		1	500	25 %	124
13. VR Mainz	16	47	16	85	2	26	192	56 %	107
5. VR Vulkan- und Westeifel			52	132	2	1	187	29 %	55
10. VR Hunsrück	1	14	23	389		2	429	9 %	40
12. VR Rheinhessen	1	20	1	408		1	431	5 %	23
7. VR Trier und 8. VR Saarburg	1		191		16		208	8 %	17
14. VR Kaiserslautern	2		1	145	5	3	156	7 %	11
6. VR Bernkastel-Wittlich				261	1	1	263	1 %	2
Gesamt	349	334	921	2.950	92	334	4.980	41 %	2.030

⁵²¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵²² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Ausgehend vom Wohnort der Patientinnen und Patienten erfolgte die Behandlung oftmals nicht innerhalb der zuständigen Versorgungsregion (76 %; Abbildung 173). Beeinflusst wird dieser Wert von dem hohen Anteil der versorgten Personen, die nicht in Rheinland-Pfalz wohnten, und denjenigen, die aus den vielen Versorgungsregionen ohne entsprechenden Versorger kamen.

In den Versorgungsregionen, in denen ein vollstationärer psychosomatischer Versorger vorhanden war, wurden zwischen 34 % (Versorgungsregion Mainz) und 83 % (Versorgungsregion Bad Dürkheim) in der eigenen Versorgungsregion versorgt. Auffällig ist auch die vergleichsweise hohe Anzahl psychosomatisch versorgter Patientinnen und Patienten der Versorgungsregion Mittelrheinisches Becken, Hocheifel, Südliche Weinstraße. Mit 498 Fällen ist dies die fallzahlstärkste Versorgungsregion, die jedoch keinen zuständigen Versorger in der Versorgungsregion selbst hat.

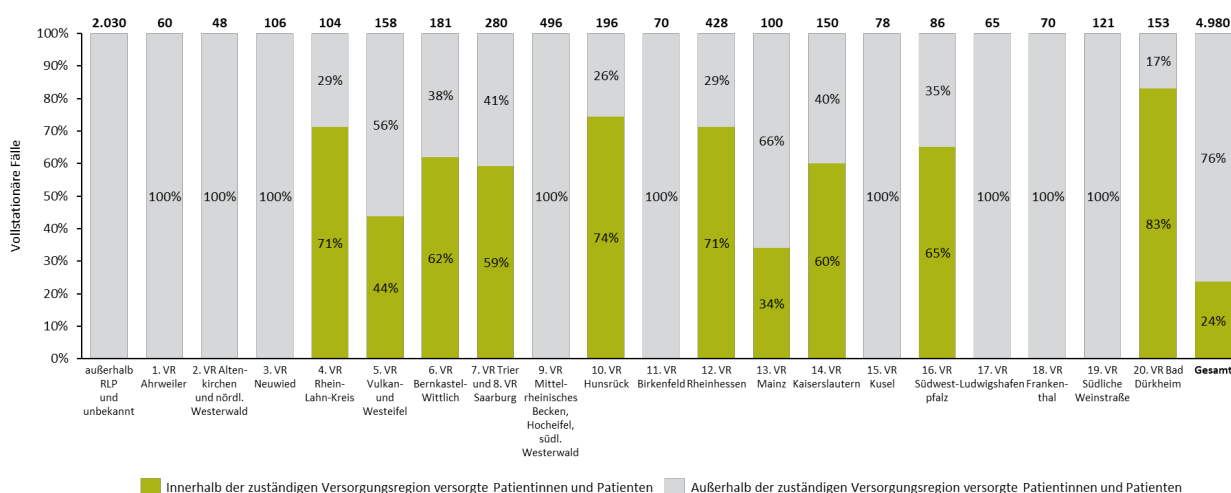


Abbildung 173: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Psychosomatik im Jahr 2023⁵²⁴

6.10.3.2 Teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Psychiatrische Versorgung

Im Behandlungsbereich der teilstationären Psychiatrie lag der prozentuale Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten, die innerhalb der ihnen zugewiesenen Versorgungsregionen behandelt wurden, mit rund 84 % etwas höher als im Behandlungsbereich der vollstationären Psychiatrie (Abbildung 174).

Besonders in den Versorgungsregionen Rhein-Lahn-Kreis (rund 56 %), Mainz (rund 66 %) und Frankenthal (rund 70 %) gab es vergleichsweise wenige Patientinnen und Patienten, die in der Versorgungsregion behandelt wurden, in der sie auch wohnten. Im Gegensatz dazu wurden in der Versorgungsregion Südwestpfalz fast ausschließlich Patientinnen und Patienten versorgt, die auch in dieser Versorgungsregion wohnten (rund 99 %). Einen positiven Einfluss hat dabei vermutlich insbesondere das Modellprojekt nach § 64b SGB V am Pfalzkrankenhaus.⁵²⁵

⁵²⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵²⁵ Pfalzkrankenhaus: Modellvorhaben im Pfalzkrankenhaus, <https://www.pfalzkrankenhaus.de/modellvorhaben>, zuletzt abgerufen am 10.01.2025.



Abbildung 174: Teilstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵²⁶

Im Bereich der teilstationären Psychiatrie kamen rund 5 % der behandelten Patientinnen und Patienten nicht aus Rheinland-Pfalz (Tabelle 32). Die meisten Patientinnen und Patienten kamen dabei aus Hessen (147 Fälle) und wurden primär in den Versorgungsregionen Rhein-Lahn-Kreis und Mainz behandelt.

In diesen Versorgungsregionen machte der Anteil der nicht aus Rheinland-Pfalz stammenden Personen rund 19 % beziehungsweise 12 % der behandelten Patientinnen und Patienten aus. Saarländische Patientinnen und Patienten wurden überwiegend in der angrenzenden Versorgungsregion Trier beziehungsweise Saarburg versorgt (64 Fälle). Im Gegenzug gab es jedoch auch viele Versorgungsregionen, in denen keine oder nur vereinzelt Patientinnen und Patienten anderer Bundesländer versorgt wurden.

Tabelle 32: Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023⁵²⁷

Versorgungsregion	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	nicht angrenzend / unbekannt	Gesamtergebnis	Prozentualer Anteil außerhalb RLP	Nominaler Anteil außerhalb RLP
4. VR Rhein-Lahn-Kreis	1	76		346		5	428	19%	82
13. VR Mainz		57	2	586		18	663	12%	77
7. VR Trier und 8. VR Saarburg	1	1		575	64		641	10%	66
2. VR Altenkirchen und nördl. Westerwald		1	32	275		1	309	11%	34
19. VR Südliche Weinstraße	22	1	1	898		8	930	3%	32
1. VR Ahrweiler			24	287			311	8%	24
9. VR Mittelrheinisches Becken, Hocheifel, südl. Westerwald	1	4	2	975		2	984	1%	9
5. VR Vulkan- und Westeifel			7	240			247	3%	7
12. VR Rheinhesen		5		506		1	512	1%	6
3. VR Neuwied		1	1	209			211	1%	2
11. VR Birkenfeld			1	148		1	150	1%	2
15. VR Kusel				331	2		333	1%	2
18. VR Frankenthal	1	1		141			143	1%	2
10. VR Hunsrück				122		1	123	1%	1
14. VR Kaiserslautern				222	1		223	0%	1
16. VR Südwestpfalz				182		1	183	1%	1
17. VR Ludwigshafen				128		1	129	1%	1
20. VR Bad Dürkheim	1			167			168	1%	1
6. VR Bernkastel-Wittlich				127			127	0%	0
Gesamt	27	147	70	6.465	67	39	6.815	5%	350

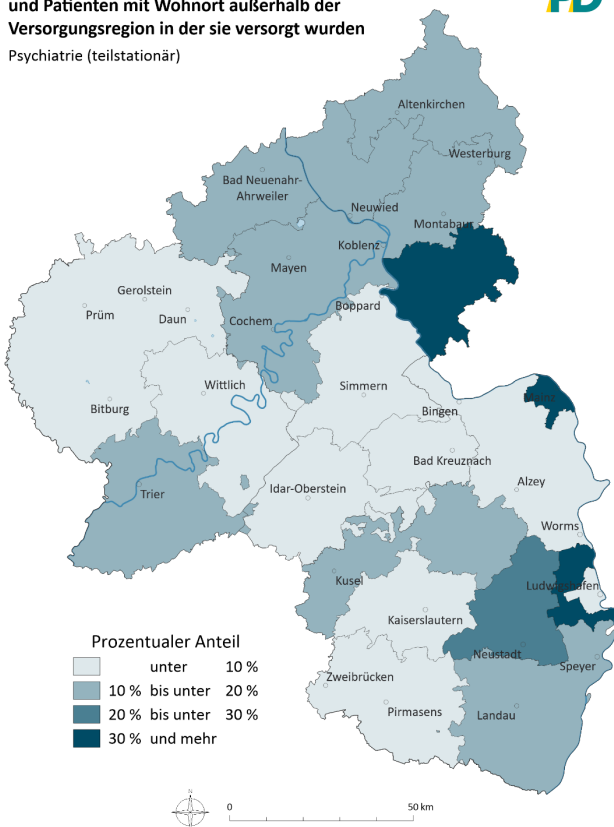
Die kartografischen Darstellungen der Abbildung 175 veranschaulichen die Ergebnisse der Abbildung 174 und der Tabelle 32. Patientinnen und Patienten aus angrenzenden Bundesländern wurden überwiegend in den Versorgungsregionen versorgt, die geografisch in unmittelbarer Nähe zu diesen Bundesländern liegen

⁵²⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵²⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

(siehe rechte Karte). Deutlich wird auch der insgesamt hohe prozentuale Anteil der Patientinnen und Patienten, die in einer Versorgungsregion behandelt wurden, jedoch nicht aus dieser Region kamen. Insbesondere im südlichen und nördlichen Teil von Rheinland-Pfalz gab es einige Versorgungsregionen, die Rheinland-Pfälzerinnen und Rheinland-Pfälzer versorgten, die nicht aus der Versorgungsregion des behandelnden Standortes stammten.

Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion in der sie versorgt wurden
 Psychiatrie (teilstationär)



Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz in den Versorgungsregionen
 Psychiatrie (teilstationär)

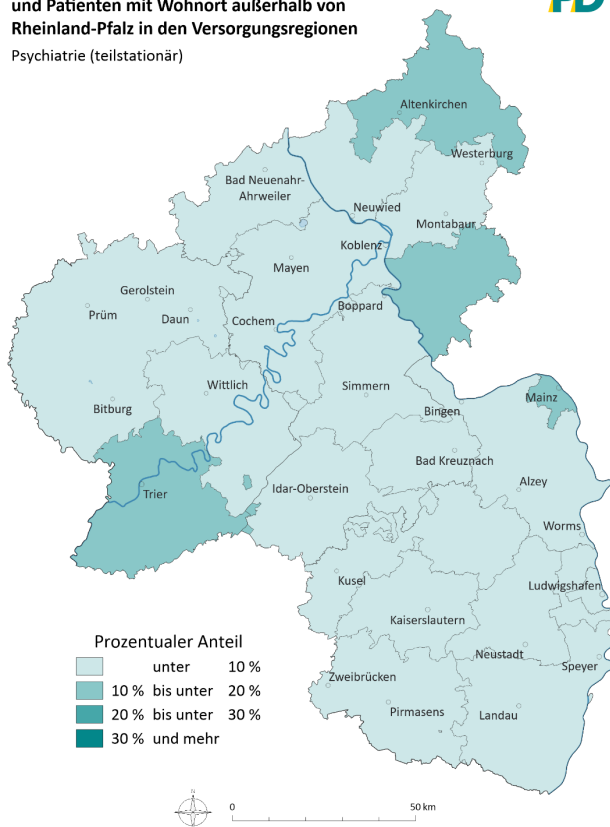


Abbildung 175: Prozentualer Anteil der teilstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵²⁸

Die Abbildung 176 stellt die Versorgungssituation in den Versorgungsregionen im Bereich der teilstationären psychiatrischen Versorgung noch einmal ausgehend vom Wohnort der Patientinnen und Patienten dar. Hier hoben sich die Versorgungsregionen Bad Dürkheim (rund 69 %) und Rheinhessen (rund 73 %) ab, in denen vergleichsweise wenige Patientinnen und Patienten in der für sie zuständigen Versorgungsregion versorgt wurden.

In den Versorgungsregionen Südliche Weinstraße (rund 99 %), Mainz (rund 98 %) und Trier (rund 97 %) beziehungsweise Saarburg hingegen wurden nahezu alle Patientinnen und Patienten innerhalb der ihnen zugewiesenen Versorgungsregion versorgt. Unter Berücksichtigung der zuvor gezeigten Abbildungen und Tabellen zeigt das auch, dass auch wenn die Versorgungsregionen Trier beziehungsweise Saarburg und

⁵²⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Mainz einen vergleichsweise hohen Anteil von Patientinnen und Patienten außerhalb ihrer Versorgungsregion versorgten, die der Region originär zugewiesenen Patientinnen und Patienten auch in der entsprechenden Region versorgt werden konnten.

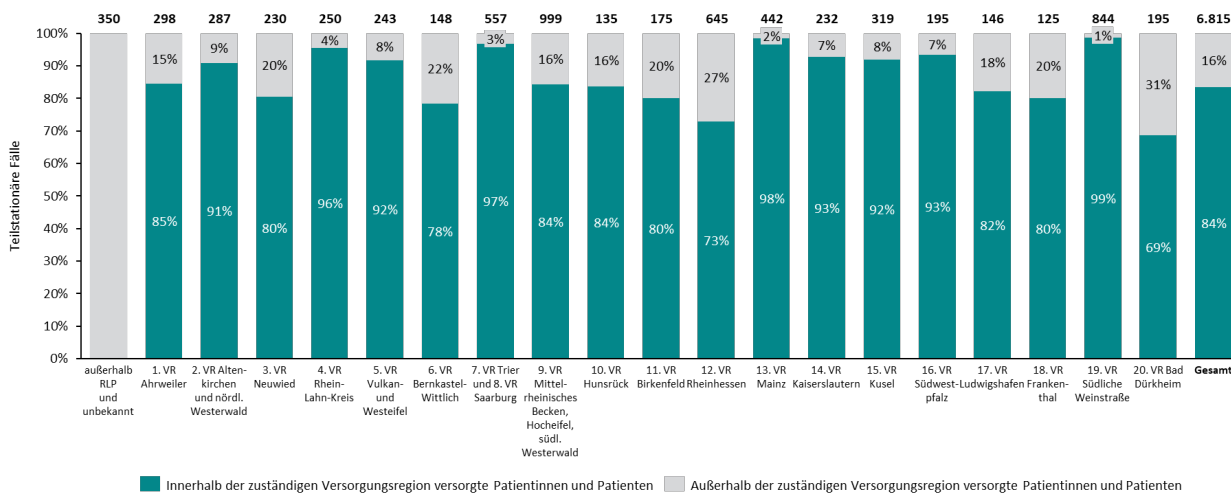


Abbildung 176: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychiatrie im Jahr 2023⁵²⁹

Psychosomatische Versorgung

Das teilstationäre Versorgungsangebot der Psychosomatik beschränkt sich in Rheinland-Pfalz auf zwei Versorgungsregionen, weshalb die Ergebnisse in diesem Abschnitt unter Berücksichtigung dieser Einschränkung zu interpretieren sind. Insgesamt wurden im Jahr 2023 im Bereich der teilstationären Psychosomatik 291 Fälle in Rheinland-Pfalz versorgt (Abbildung 177).

Rund 61 % der Patientinnen und Patienten wurden in der Versorgungsregion behandelt, die für sie zuständig war. In der Versorgungsregion Kaiserslautern lag der Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern bei rund 86 % und in der Versorgungsregion Mainz lag der entsprechende Anteil der behandelten Patientinnen und Patienten bei rund 50 %.

⁵²⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

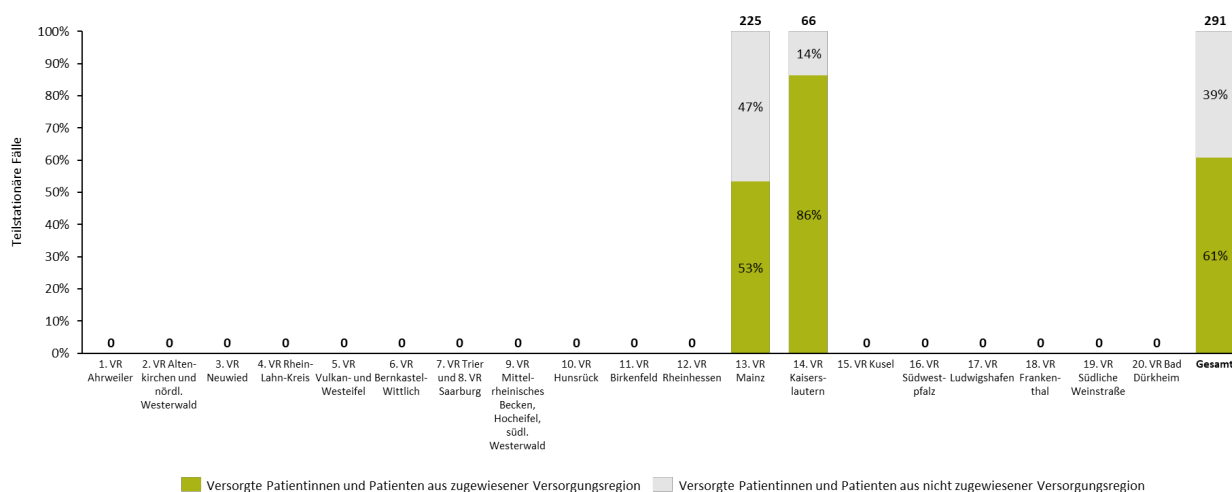


Abbildung 177: Teilstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Psychosomatik mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵³⁰

In der Versorgungsregion Kaiserslautern wurden fast ausschließlich Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz versorgt (Tabelle 33). In der Versorgungsregion Mainz wurden rund 23 % mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz versorgt. Die meisten dieser Patientinnen und Patienten kamen aus Hessen. Nachfolgend wurde auf die kartografische Darstellung dieser Erkenntnisse aufgrund der geringen Aussagekraft verzichtet.

Tabelle 33: Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychosomatik nach Bundesland im Jahr 2023⁵³¹

Versorgungsregion	Baden-Württemberg	Hessen	Rheinland-Pfalz	nicht angrenzend / unbekannt	Gesamtergebnis	Prozentualer Anteil außerhalb RLP	Nominaler Anteil außerhalb RLP
13. VR Mainz	2	45	174	4	225	23 %	51
14. VR Kaiserslautern			65	1	66	2 %	1
Gesamt	2	45	239	5	291	18 %	52

Teilstationär psychosomatisch versorgte Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz versorgt wurden, kamen zum größten Teil aus den Versorgungsregionen Mainz, Kaiserslautern und Rheinhessen sowie von außerhalb (Abbildung 178). Entsprechend der Lokalisierung des Versorgungsangebotes war diese Erkenntnis erwartbar. Die behandelten Patientinnen und Patienten suchten in jedem Fall den Versorger in der ihnen zugewiesenen Versorgungsregion auf, insofern einer vorhanden war.

⁵³⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵³¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

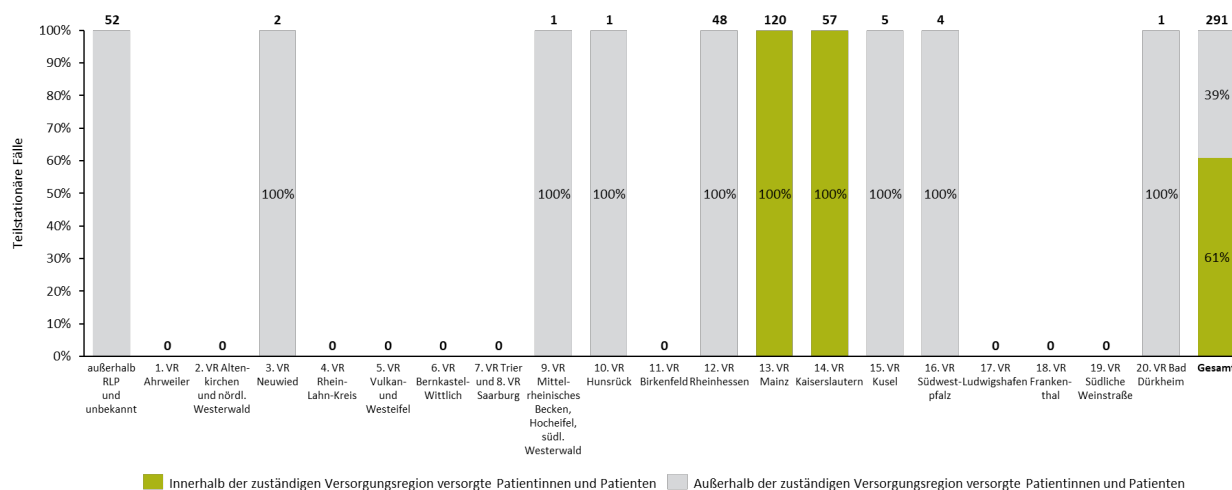


Abbildung 178: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Psychosomatik im Jahr 2023⁵³²

6.10.3.3 Vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Im Behandlungsbereich der KJP wurden im Gegensatz zu den Versorgungsregionen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung von Erwachsenen zehn eigene Versorgungsregionen definiert. Insgesamt 2.938 Fälle wurden im Jahr 2023 vollstationär in der KJP in Rheinland-Pfalz versorgt (Abbildung 179). Durchschnittlich 82 % der Patientinnen und Patienten wurden innerhalb der für sie zuständigen Versorgungsregionen behandelt. In der Versorgungsregion (Süd)Pfalz wurden insgesamt die meisten Patientinnen und Patienten versorgt (774 Fälle), wobei der Anteil der aus dieser Versorgungsregion stammenden und dort behandelten Patientinnen und Patienten mit 92 % hier am höchsten war. Eine gegenläufige Situation stellte sich in der Versorgungsregion Birkenfeld dar – hier kamen nur 49 % der Patientinnen und Patienten tatsächlich aus der Versorgungsregion, in der sie behandelt wurden. Für die Versorgungsregion Rhein-Lahn konnten wie eingangs beschrieben keine Fallzahlen abgebildet werden, da der für dieses Gebiet zuständige Standort außerhalb von Rheinland-Pfalz liegt und entsprechend die § 21-KHEntgG-Daten dem MWG nicht vorliegen.

⁵³² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

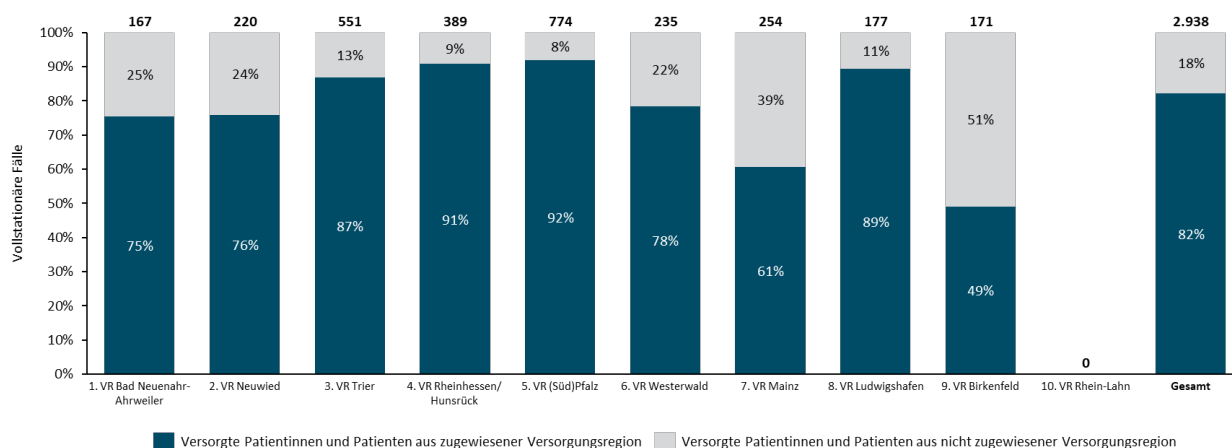


Abbildung 179: Vollstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵³³

Insgesamt 165 vollstationäre Fälle wurden in der KJP in Rheinland-Pfalz versorgt, hatten jedoch ihren Wohnort außerhalb des Bundeslandes (Tabelle 34). Der nominal größte Anteil stammte dabei aus der Versorgungsregion (Süd)Pfalz (41 Fälle). Prozentual waren es insbesondere die Versorgungsregionen Birkenfeld, Mainz und Neuenahr-Ahrweiler, in denen über 10 % der Patientinnen und Patienten nicht aus Rheinland-Pfalz kamen. Oftmals kamen diese Patientinnen und Patienten aus den benachbarten Bundesländern.

Tabelle 34: Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023⁵³⁴

Versorgungsregion	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	nicht angrenzend / unbekannt	Gesamtergebnis	Prozentualer Anteil außerhalb RLP	Nominaler Anteil außerhalb RLP
5. VR (Süd)Pfalz	21	10	4	733	1	5	774	5 %	41
7. VR Mainz	2	25		225		2	254	11 %	29
9. VR Birkenfeld	7	2		151	8	3	171	12 %	20
3. VR Trier	1	1	7	532	10		551	3 %	19
1. VR Bad Neuenahr-Ahrweiler			17	150			167	10 %	17
4. VR Rheinhessen/Hunsrück	5	6	3	374		1	389	4 %	15
6. VR Westerwald		2	11	221		1	235	6 %	14
2. VR Neuwied		3	4	212		1	220	4 %	8
8. VR Ludwigshafen	2			175			177	1 %	2
Gesamt	38	49	46	2.773	19	13	2.938	6 %	165

Die Abbildung 180 bildet die Erkenntnisse der Abbildung 179 und der Tabelle 34 auf zwei Karten ab. Ersichtlich werden so auch die Grenzen der Versorgungsregionen der KJP. Dadurch werden auch die unterschiedlichen Größen der einzelnen Versorgungsregionen deutlich, was bei der Interpretation der Auswertungen berücksichtigt werden sollte. Während die Versorgungsregion Mainz eine sehr kleine Fläche aufweist, umfasst beispielsweise die Versorgungsregion (Süd)Pfalz eine deutlich größere Fläche.

Der insgesamt übergreifend ausgeprägte Anteil der Patientinnen und Patienten, die in einer Versorgungsregion versorgt wurden, obwohl sie nicht aus dieser kamen, spiegelt sich in beiden Karten der Abbildung 180 wider. Im direkten Vergleich ist der prozentuale Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten, die

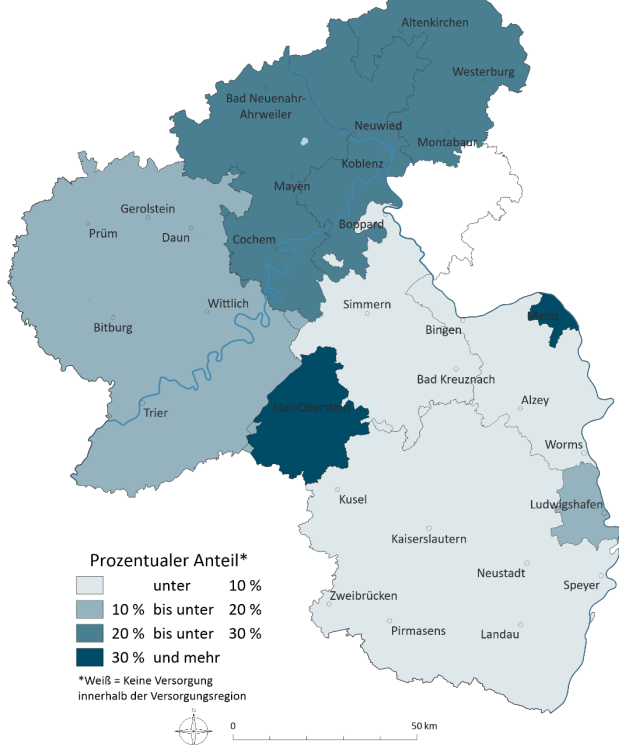
⁵³³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵³⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

nicht aus der entsprechenden Versorgungsregion kamen, in den kleineren Versorgungsregionen größer als in den Versorgungsregionen mit großer Fläche (linke Karte).

Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion in der sie versorgt wurden

Kinder- und Jugendpsychiatrie (vollstationär)



Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz in den Versorgungsregionen

Kinder- und Jugendpsychiatrie (vollstationär)

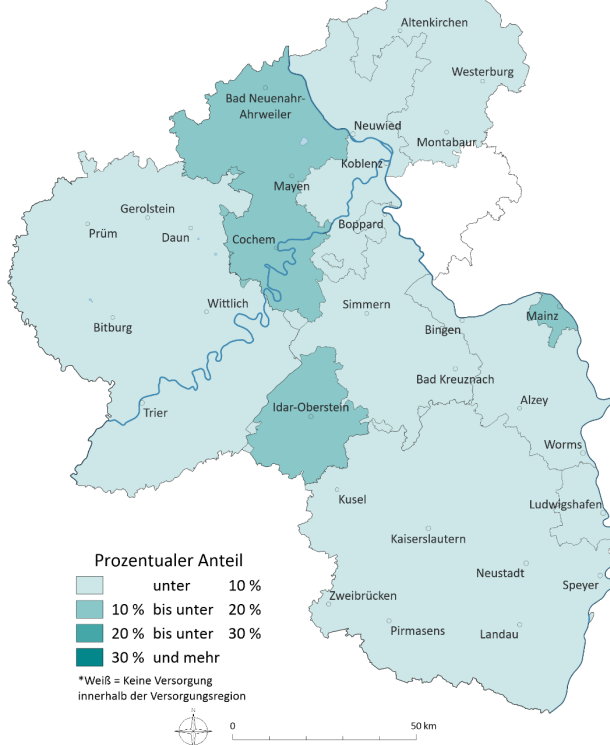


Abbildung 180: Prozentualer Anteil der vollstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵³⁵

Ausgehend vom Wohnort der Patientinnen und Patienten wurden insbesondere in den Versorgungsregionen Birkenfeld, Mainz, Westerwald und (Süd)Pfalz mindestens 95 % innerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgt (Abbildung 181). Anders gestaltete sich die Situation der Versorgungsregion Bad Neuenahr-Ahrweiler. Hier wurden nur rund 58 % der Patientinnen und Patienten in der zuständigen Versorgungsregion versorgt. Auch dies ist eine Folge der Umverteilung des Versorgungsauftrags im Rahmen der Folgen der Flutwasserkatastrophe (2021) im Ahrtal.

⁵³⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

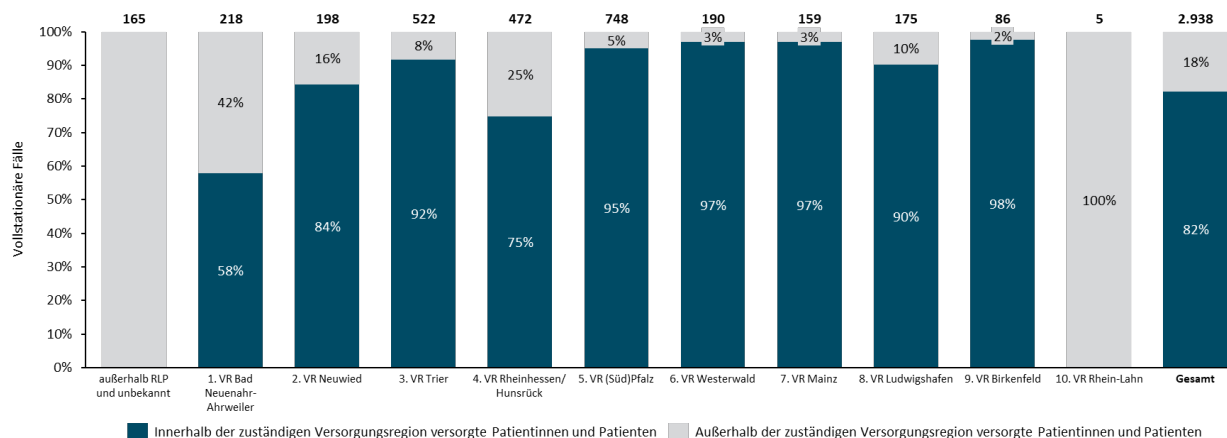


Abbildung 181: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵³⁶

6.10.3.4 Teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Teilstationär wurden im Behandlungsbereich der KJP im Jahr 2023 1.359 Fälle in Rheinland-Pfalz versorgt (Abbildung 182). 84 % der behandelten Patientinnen und Patienten wurden in der Versorgungsregion versorgt, in der sie wohnten. Mit 379 Fällen wurden in der Versorgungsregion (Süd)Pfalz die meisten Patientinnen und Patienten versorgt. Rund 97 % der Patientinnen und Patienten kamen dabei aus der entsprechenden Versorgungsregion selbst.

Konträr gestaltete sich die Situation in den Versorgungsregionen Birkenfeld und Mainz. Hier kamen nur rund 57 % beziehungsweise 58 % der Patientinnen und Patienten aus der entsprechenden Versorgungsregion selbst. Die Daten der in der Versorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Die in dieser Einrichtung versorgten Fälle werden daher nur nach Selbstauskunft der Klinik ausgewiesen.

⁵³⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

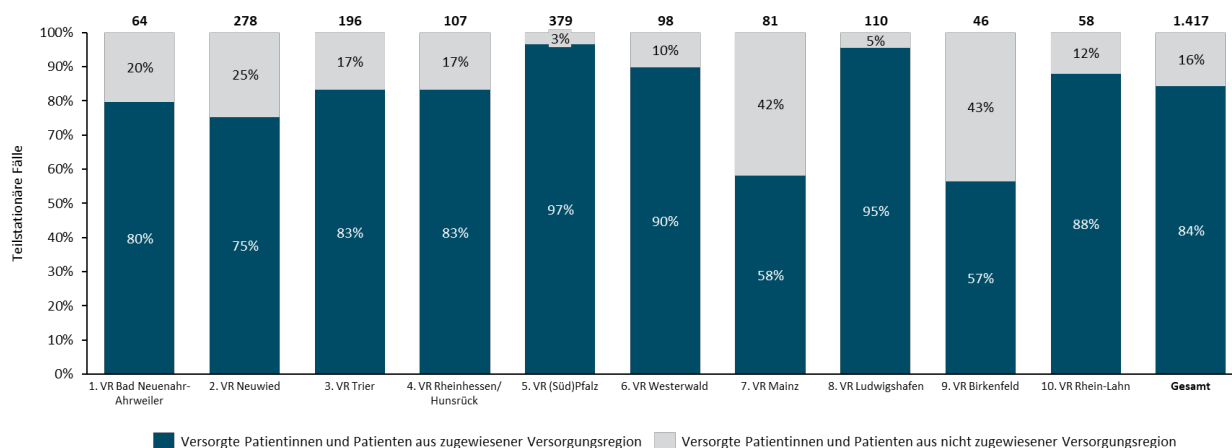


Abbildung 182: Teilstationäre PEPP-Fälle je Versorgungsregion im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵³⁷

Nachfolgend wurde zudem der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die zwar in Rheinland-Pfalz teilstationär in der KJP versorgt wurden, jedoch in einem anderen Bundesland wohnten (Tabelle 35). Insgesamt kamen nur rund 2 % der versorgten Patientinnen und Patienten nicht aus Rheinland-Pfalz. Hervorstechen tun die Versorgungsregionen Bad Neuenahr-Ahrweiler und Mainz, in denen rund 19 % beziehungsweise 11 % der versorgten Patientinnen aus anderen Bundesländern kamen.

In der Versorgungsregion Bad Neuenahr-Ahrweiler wurden dabei 12 Patientinnen und Patienten aus dem angrenzenden Nordrhein-Westfalen versorgt und in der Versorgungsregion Mainz 9 Patientinnen und Patienten aus dem angrenzenden Hessen. Auch in der Versorgungsregion Rhein-Lahn wurden nach eigenen Angaben 5 Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz versorgt. In den übrigen Versorgungsregionen lag der prozentuale Anteil zwischen 0 % und 1 %.

Tabelle 35: Herkunft der in den Versorgungsregionen behandelten Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Bundesland im Jahr 2023⁵³⁸

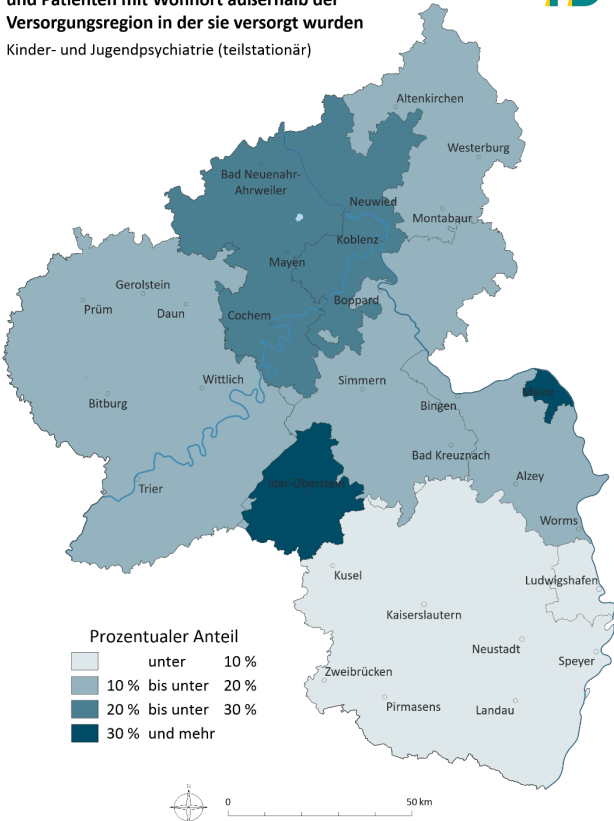
Versorgungsregion	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	nicht angrenzend / unbekannt	Gesamtergebnis	Prozentualer Anteil außerhalb RLP	Nominaler Anteil außerhalb RLP
1. VR Bad Neuenahr-Ahrweiler			12	52			64	19 %	12
7. VR Mainz		9		72			81	11 %	9
10. VR Rhein-Lahn				53		5	58	9 %	5
5. VR (Süd)Pfalz	3			375		1	379	1 %	4
3. VR Trier				194	2		196	1 %	2
6. VR Westerwald			2	96			98	2 %	2
2. VR Neuwied				277		1	278	0 %	1
4. VR Rheinhessen/Hunsrück	1			106			107	1 %	1
8. VR Ludwigshafen				110			110	0 %	0
9. VR Birkenfeld				46			46	0 %	0
Gesamt	4	9	14	1.381	2	7	1.417	3 %	36

⁵³⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵³⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Die Daten der in der Versorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Die in dieser Einrichtung versorgten Fälle werden daher nur nach Selbstauskunft der Klinik ausgewiesen. Es lagen keine Informationen zur Herkunft der nicht rheinland-pfälzischen Patientinnen und Patienten vor, weshalb diese in der Abbildung der Kategorie „nicht angrenzend / unbekannt“ zugeordnet wurden.

Die beiden entsprechenden Karten in der Abbildung 183 veranschaulichen die zuvor aufgeführten Erkenntnisse. Auf der linken Karte wird der prozentuale Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten aufgezeigt, die von außerhalb der versorgenden Versorgungsregion kamen. Ersichtlich wird dabei, dass diese Thematik die meisten Versorgungsregionen betraf und nur die beiden Versorgungsregionen im südlichen Rheinland-Pfalz einen geringen Anteil eben dieser Patientinnen und Patienten aufwiesen. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern konzentrierte sich hingegen auf die beiden bereits thematisierten Versorgungsregionen Bad Neuenahr-Ahrweiler und Mainz.

Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion in der sie versorgt wurden
 Kinder- und Jugendpsychiatrie (teilstationär)



Prozentualer Anteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Wohnort außerhalb von Rheinland-Pfalz in den Versorgungsregionen
 Kinder- und Jugendpsychiatrie (teilstationär)

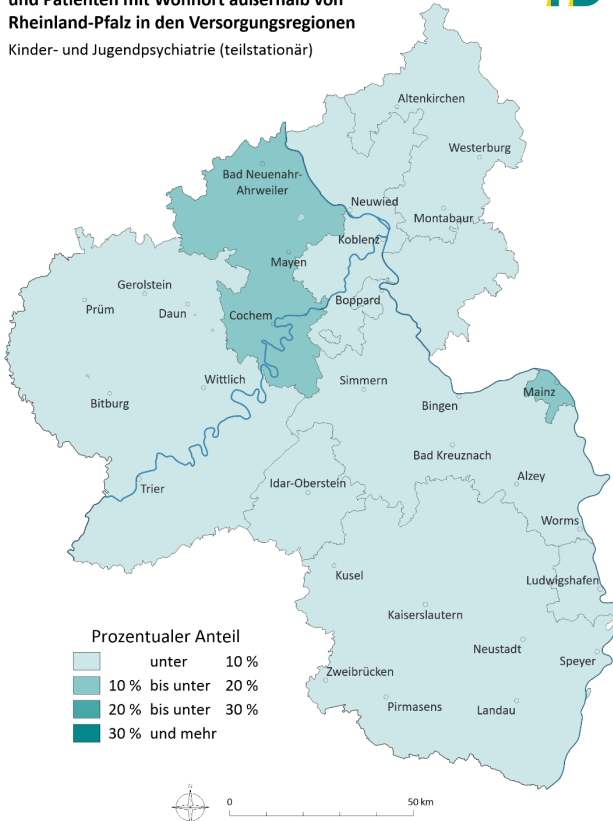


Abbildung 183: Prozentualer Anteil der teilstationären PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Wohnort außerhalb der Behandlungs-Versorgungsregion beziehungsweise außerhalb von Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵³⁹

Abschließend wurde auch im teilstationären Behandlungsbereich der KJP geprüft, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten ist, die innerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgt wurden (Abbildung 184). Auffällig ist auch in diesem Szenario die Versorgungsregion Bad Neuenahr-Ahrweiler. Offensichtlich wurden nur rund 43 % der in dieser Versorgungsregion wohnhaften Patientinnen und Patienten auch in dieser Versorgungsregion versorgt. Auch unter Berücksichtigung der Folgen der Flutwasserkatastrophe wirft diese Darstellung in Kombination mit den zuvor gezeigten Abbildungen und Tabellen Fragen hinsichtlich der Versorgung in der Versorgungsregion auf.

⁵³⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Die Daten der in der Versorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Die in dieser Einrichtung versorgten Fälle werden daher nur nach Selbstauskunft der Klinik ausgewiesen.

Bei einem zugleich vergleichsweise hohen prozentualen Anteil an versorgten Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen wurde hier ein vergleichsweise geringer Anteil an Patientinnen und Patienten der eigenen Versorgungsregion versorgt. Der Ursache dieser Umstände sollte näher auf den Grund gegangen werden, um die Versorgung in dieser Region besser zu steuern.

In vielen weiteren Versorgungsregionen wie zum Beispiel Birkenfeld, (Süd)Pfalz oder Trier wurden nahezu alle Patientinnen und Patienten in der jeweils zuständigen Versorgungsregion versorgt. Die Analyse in der Versorgungsregion Rhein-Lahn wurde zunächst aufgrund der beschriebenen Besonderheiten ausgeklammert.

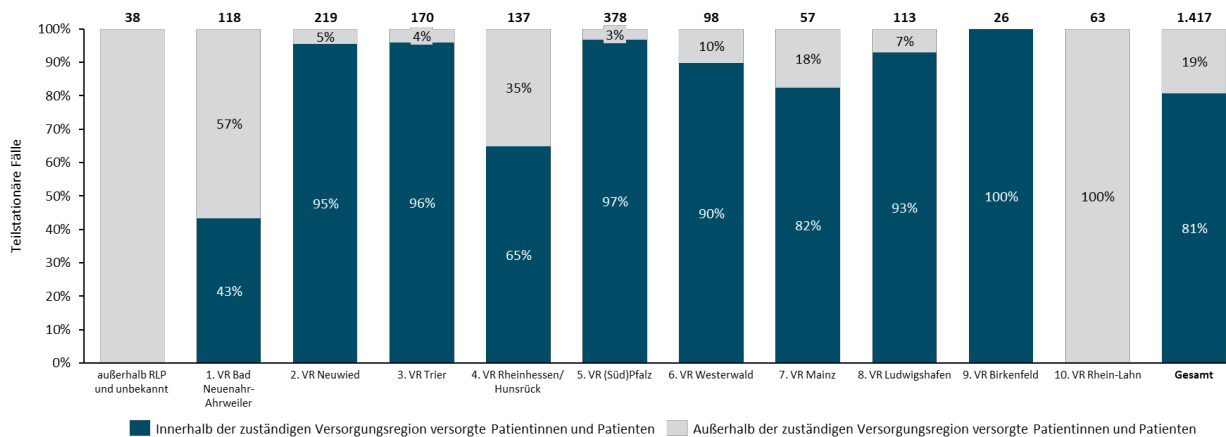


Abbildung 184: Innerhalb beziehungsweise außerhalb der zuständigen Versorgungsregion versorgte Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁴⁰

6.10.4 Standort- und Erreichbarkeitsanalysen

Nach der Analyse der Fälle auf der Ebene der Versorgungsregionen wird in den nachfolgenden Abschnitten der Fokus auf den einzelnen Standorten liegen. Dazu wurde zunächst analysiert, wie viele Standorte tatsächlich an der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz beteiligt waren. Die Abbildung 185 zeigt die insgesamt 37 Standorte auf, die an der vollstationären Versorgung in den drei Behandlungsbereichen beteiligt waren. Der größte Versorger behandelte 6.151 Fälle, während der kleinste nur 10 Fälle behandelte. Insgesamt zeigte sich, dass die Fallzahlmenge recht unterschiedlich ausgeprägt war. Insbesondere die psychosomatischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Versorger gehörten dabei zu den Standorten mit eher geringen Fallzahlmengen. Sieben der Standorte versorgten in mehr als einem Behandlungsbereich, die übrigen Standorte fokussierten auf einen der drei Bereiche. Nur zwei Standorte (Nummern 4 und 7) deckten alle drei Behandlungsbereiche ab.⁵⁴¹

⁵⁴⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Die Daten der in der Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Die in dieser Einrichtung versorgten Fälle werden daher nur nach Selbstauskunft der Klinik ausgewiesen.

⁵⁴¹ Nicht berücksichtigt wurden die Standorte, die einen psychosomatischen Schwerpunkt aufwiesen, aber keine zugewiesenen Betten hatten.

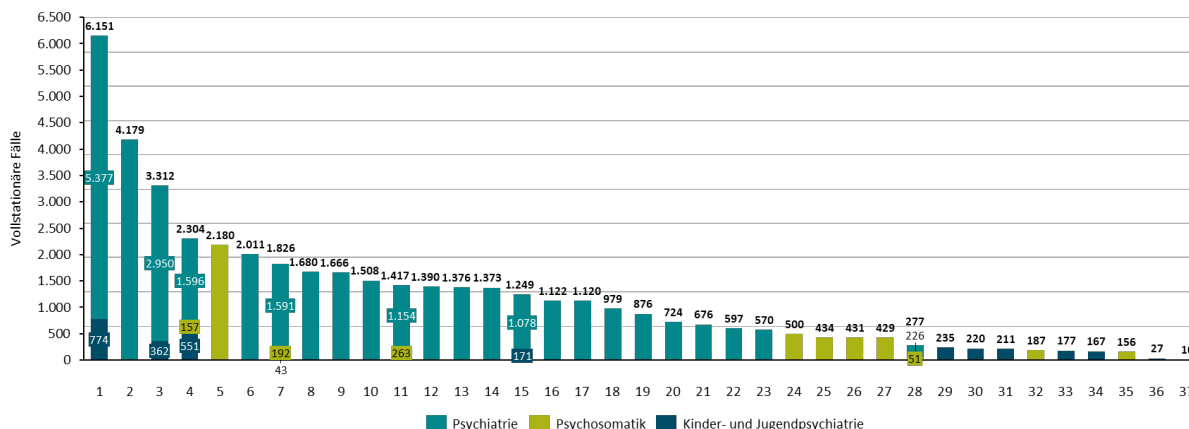


Abbildung 185: Standorte mit vollstationären PEPP-Fällen nach Behandlungsbereichen im Jahr 2023⁵⁴²

Im Bereich der teilstationären Versorger waren insgesamt 52 Standorte im Jahr 2023 an der Versorgung beteiligt (Abbildung 186). Anders als im vollstationären Spektrum variierte die Fallzahlmenge zwischen 584 und 28 Fällen in einem kleineren Rahmen, jedoch verteilt auf mehr Standorte. Der Standort 1 hob sich insofern ab, als er deutlich mehr Fälle als die übrigen Standorte versorgte. Keiner der insgesamt 52 Standorte behandelte Fälle aller drei Behandlungsbereiche. Sieben versorgten hingegen Patientinnen und Patienten aus zwei unterschiedlichen Bereichen, zumeist der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nur ein Standort versorgte ausschließlich teilstationäre psychosomatische Fälle (Nummer 48).⁵⁴³

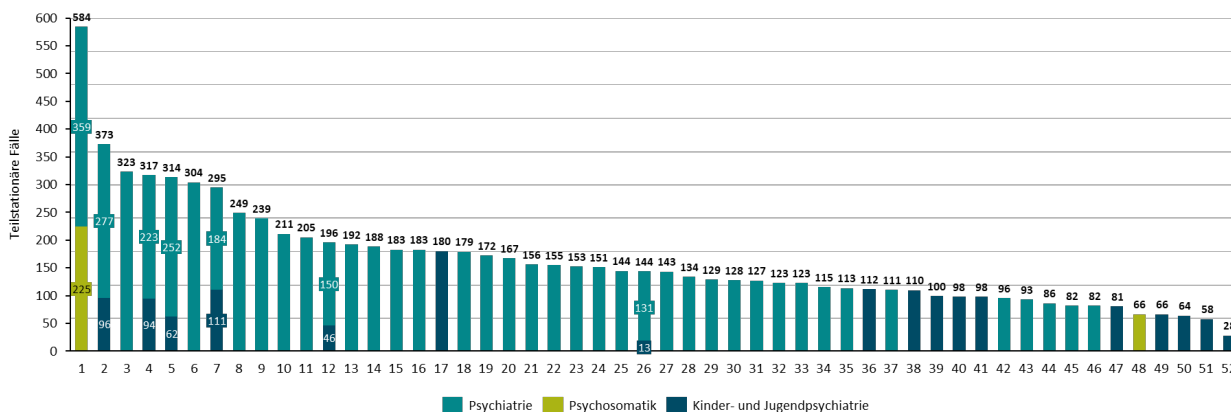


Abbildung 186: Standorte mit teilstationären PEPP-Fällen nach Behandlungsbereichen im Jahr 2023⁵⁴⁴

6.10.4.1 Vollstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung

In den Abschnitten 6.10.4.1 bis 6.10.4.4 wurden die Standorte differenziert nach Behandlungsbereich und voll- oder teilstationärer Versorgung analysiert. Die Erreichbarkeit psychiatrischer und psychosomatischer

⁵⁴² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵⁴³ Nicht berücksichtigt wurden die Standorte, die einen psychosomatischen Schwerpunkt aufwiesen, aber keine zugewiesenen Betten hatten.

⁵⁴⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Die Daten der in der Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Die in dieser Einrichtung versorgten Fälle werden daher nur nach Selbstauskunft der Klinik ausgewiesen.

Versorger wurden auf Wunsch des MWG jedoch gemeinsam betrachtet, was in der erläuterten starken Überschneidung und der gemeinsamen Planung der beiden Behandlungsbereiche begründet liegt.

Standorte

An der vollstationären psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz waren im Jahr 2023 24 Standorte beteiligt, die zwischen 5.377 und 10 Fällen versorgten (Abbildung 187). Allein 6 Standorte behandelten dabei rund die Hälfte aller aufgetretenen Fälle. Dabei hoben sich die drei größten Standorte ab; sie versorgten weitaus mehr Patientinnen und Patienten als die übrigen Standorte. Auch die beiden kleinsten Versorger fielen auf, da sie deutlich weniger Patientinnen und Patienten als die übrigen Versorger behandelten.

Die folgende Abbildung zeigt zudem den Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten innerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion. Die an den Standorten 15 und 21 versorgten Patientinnen und Patienten stammten nur in 22 % der Fälle aus eben dieser Versorgungsregion. Die gegensätzliche Situation zeigte sich an den Standorten 4, 3 oder 10; hier kamen nahezu alle versorgten Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion des jeweiligen Standortes.

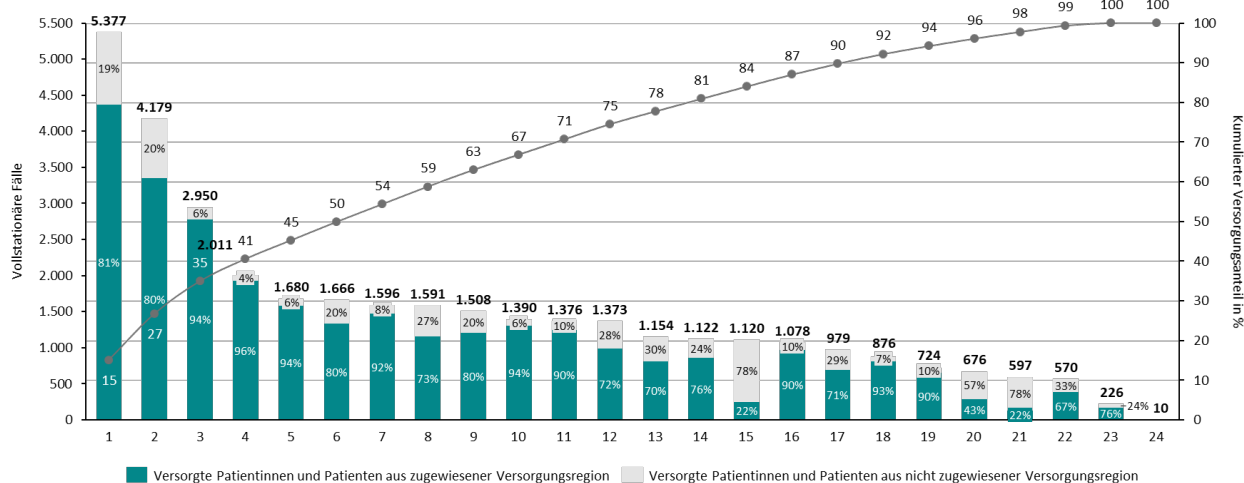


Abbildung 187: Vollstationäre PEPP-Fälle je Standort im Behandlungsbereich Psychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵⁴⁵

Im Behandlungsbereich der vollstationären Psychosomatik waren nur insgesamt 11 Versorger an der Versorgung beteiligt (Abbildung 188). Hier war der Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten, die tatsächlich aus der Versorgungsregion des Standortes kamen, durchweg geringer. Maximal 88 % der Patientinnen und Patienten kamen an einem Standort (Nummer 9) tatsächlich aus der entsprechenden Versorgungsregion. Der größte Versorger behandelte 2.180 Fälle, von denen nur 3 % aus der dazugehörigen Versorgungsregion kamen. Damit behandelte dieser Versorger nicht nur die mit Abstand größte Fallzahlmenge, sondern wies gleichzeitig den geringsten Anteil an innerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion versorgten Patientinnen und Patienten auf. Die übrigen Standorte versorgten deutlich weniger Patientinnen und Patienten insgesamt.

⁵⁴⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

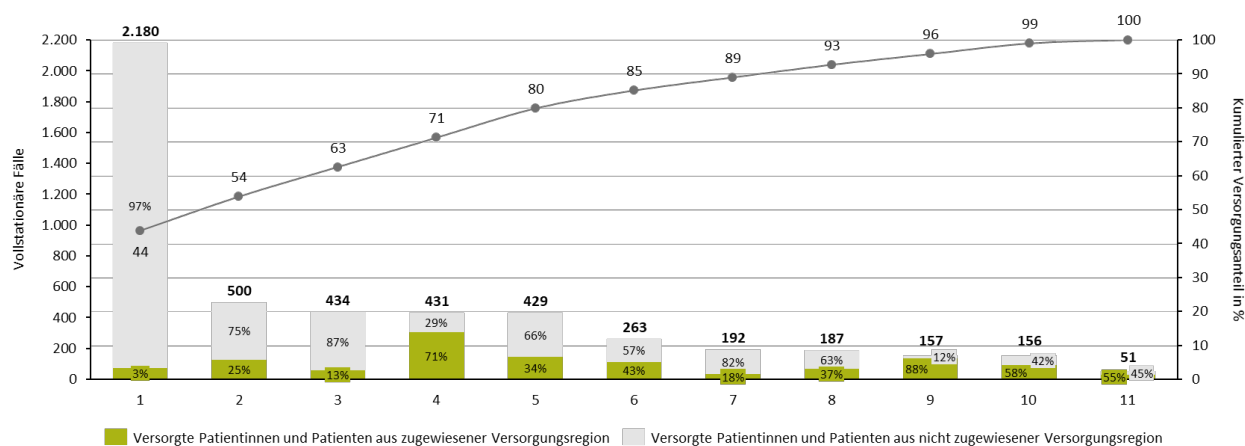


Abbildung 188: Vollstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychosomatik inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵⁴⁶

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Die Abbildung 189 zeigt die theoretische Erreichbarkeit eines vollstationären psychiatrischen und oder psychosomatischen Versorgers im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz. Anders als im Bereich der somatischen Analysen wurden hier keine angrenzenden Versorger berücksichtigt, da der Fokus auf der Versorgung im eigenen Bundesland lag. Als blauer Punkt sind die 4 Standorte dargestellt, die zwar einen Schwerpunkt im Bereich Psychosomatik in der Inneren Medizin vorgehalten, aber keine ausgewiesenen Betten hatten. Diese Standorte wurden nicht in die Erreichbarkeitsberechnung und Fallzahlanalyse einbezogen. Die übrigen 31 Standorte wurden gleichwertig berücksichtigt und unterschieden sich nur in der Ausgestaltung ihres Behandlungsschwerpunktes, der in der Standortlegende nachvollzogen werden kann. Insgesamt sind die psychiatrischen Versorger über das komplette Bundesland verteilt, so dass eine alleinige Betrachtung der Psychiatrie ein vergleichbares Versorgungsbild liefert.

Prinzipiell konnte, ausgehend von nahezu jeder Region in Rheinland-Pfalz, ein psychiatrischer oder psychosomatischer Versorger der Erwachsenenmedizin in unter 40 Minuten erreicht werden. Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere in der Eifel zwischen Bitburg und Prüm, wo Einwohnerinnen und Einwohner mehr als 60 Minuten zum nächstgelegenen Versorger zurücklegen mussten. Auch nahe Westerbürg, Cochem, Kusel und Neustadt waren Einwohnerinnen und Einwohner von längeren Fahrzeiten betroffen, die zwischen 40 und 60 Minuten lagen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Erreichbarkeit im Bereich der vollstationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine andere Rolle spielt, als im Bereich der Somatik. Insbesondere in der Psychosomatik ist eine kurze Fahrzeit zum nächstgelegenen Versorger nicht unmittelbar lebensentscheidend, anders als in manchen anderen somatischen Versorgungsbereichen.

Zudem zeigte sich, wie auch in den Erreichbarkeitsanalysen im Bereich der Somatik, eine stärkere Konzentration an Versorgern im Großraum Koblenz. In dieser Region waren auf engstem Raum drei psychiatrische Versorger und zwei Vertragskrankenhäuser an der Versorgung beteiligt. Überdies befanden sich auch zwei der insgesamt vier ergänzend aufgeführten Kliniken mit einem Schwerpunkt in der Psychosomatik in dieser

⁵⁴⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Region. Weiterhin ist auch die Konzentration psychiatrischer Versorger im Großraum Ludwigshafen auffällig; insgesamt vier Versorger befanden sich im Jahr 2023 rund um Ludwigshafen.

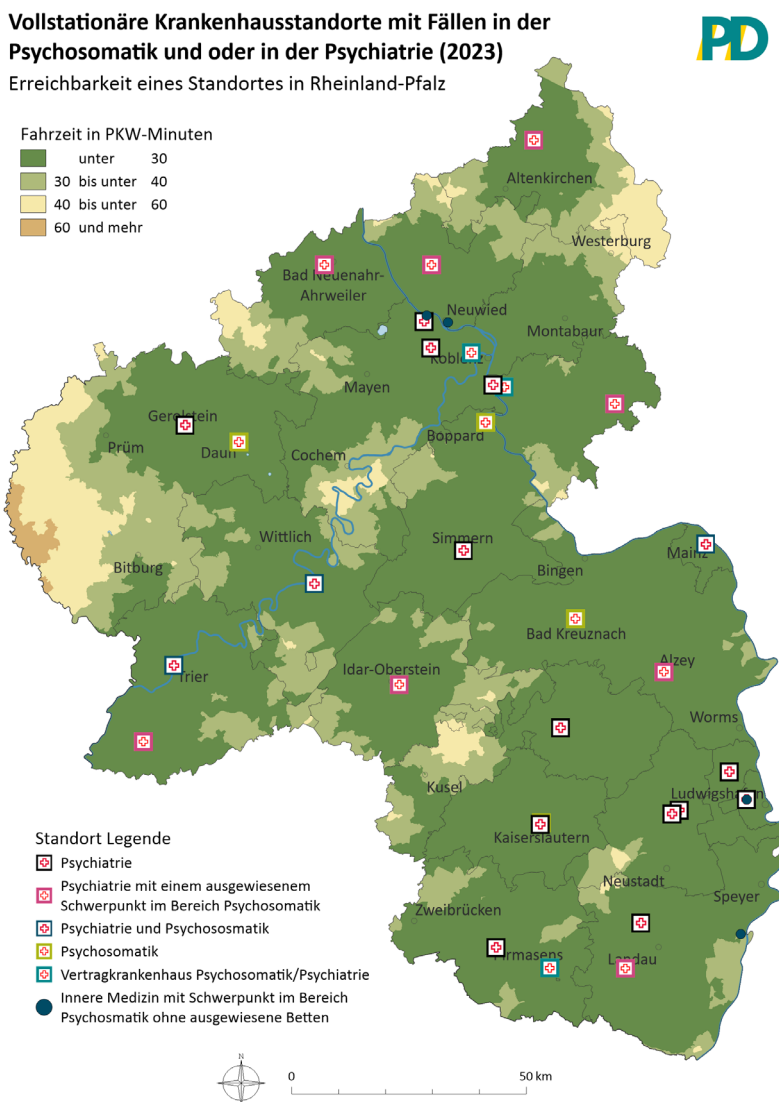


Abbildung 189: Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023⁵⁴⁷

Einen alternativen Versorger, auch zweitnächster Versorger genannt, erreichte weiterhin ein Großteil der Bevölkerung in weniger als 40 Minuten (Abbildung 190). Insbesondere im äußersten nördlichen und westlichen Teil des Bundeslandes mussten die Einwohnerinnen und Einwohner jedoch mehr als 60 Minuten zurücklegen, um einen alternativen Versorger zu erreichen. Insgesamt waren der nördliche und westliche Teil des Bundeslandes eher von längeren Fahrzeiten betroffen, mit Ausnahme der Region rund um Koblenz.

⁵⁴⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

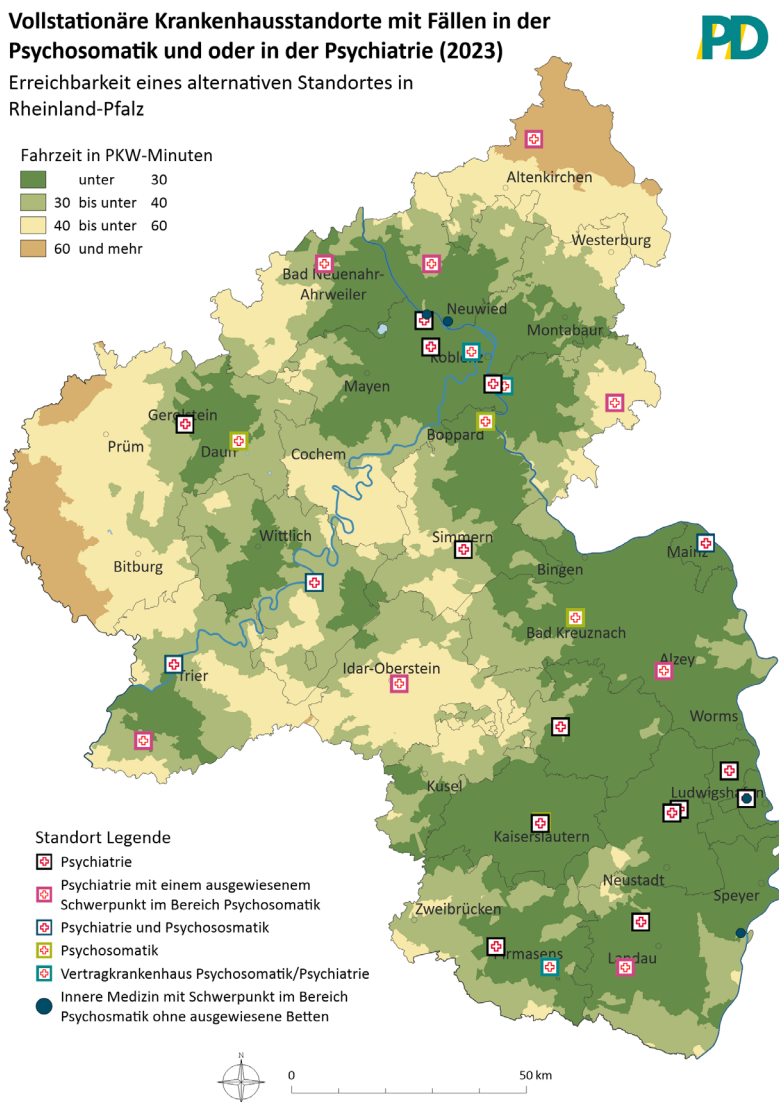


Abbildung 190: Alternative Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023⁵⁴⁸

Die Abbildung 191 greift die Erkenntnisse der kartografischen Darstellungen der theoretischen Fahrzeit auf und verdeutlicht die gute Erreichbarkeit des nächst- beziehungsweise zweitnächstgelegenen Versorgers. Rund 98 % der Einwohnerinnen und Einwohner Rheinland-Pfalz konnten im Jahr 2023 einen vollstationären Versorger der Psychiatrie und oder Psychosomatik in weniger als 40 Minuten erreichen. Auch den zweitnächsten Versorger erreichten rund 87 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 40 Minuten.

⁵⁴⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

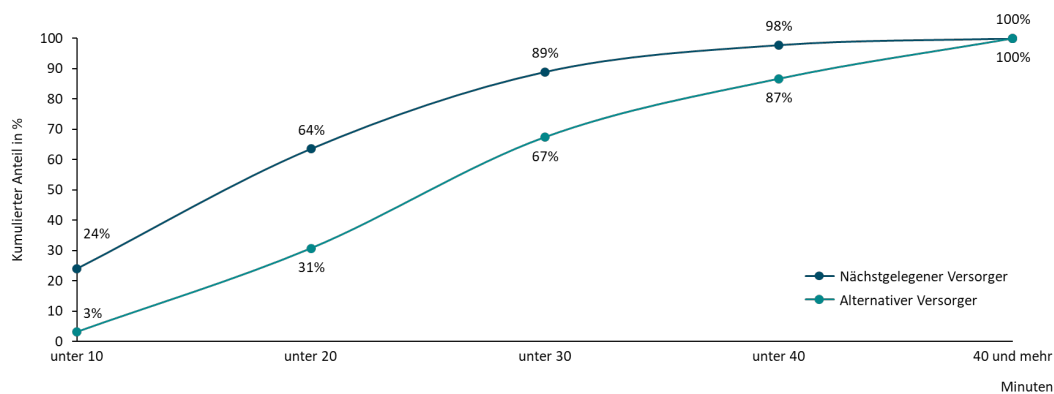


Abbildung 191: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger der vollstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵⁴⁹

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Abschließend wurde zudem untersucht, welche durchschnittliche Fahrzeit die Patientinnen und Patienten der Psychiatrie und Psychosomatik tatsächlich zurücklegten (Tabelle 36). Rund 82 % der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 suchten einen tatsächlich weniger als 40 Minuten erreichbaren Behandlungsort auf. Die Abweichungen zur theoretischen Fahrzeit lassen sich dabei wahrscheinlich unter anderem durch die Einschränkung in der Versorgungsregion Ahrweiler, unterschiedlichen Betrachtungsgruppen (Einwohnerinnen und Einwohner vs. Patientinnen und Patienten) sowie Präferenzen der Patientinnen und Patienten begründen.

Insgesamt zeigt die Tabelle noch einmal die regionalen Unterschiede auf. Während nur rund 47 % der Patientinnen und Patienten der Versorgungsregion Vulkan- und Westeifel oder rund 60 % der Versorgungsregion Kusel ihren Behandlungsort in unter 40 Minuten erreichten, war dies rund 94 % der Patientinnen und Patienten in den Versorgungsregionen Mainz und Ludwigshafen möglich.

⁵⁴⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Tabelle 36: Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der vollstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023⁵⁵⁰

Versorgungsregion	unter 10 Minuten	unter 20 Minuten	unter 30 Minuten	unter 40 Minuten	unter 60 Minuten	60 und mehr Minuten
1. VR Ahrweiler	12 %	17 %	47 %	74 %	93 %	100 %
2. VR Altkirchen und nördl. Westerwald	11 %	22 %	51 %	72 %	94 %	100 %
3. VR Neuwied	3 %	20 %	68 %	89 %	97 %	100 %
4. VR Rhein-Lahn-Kreis	3 %	34 %	51 %	71 %	97 %	100 %
5. VR Vulkan- und Westeifel	12 %	19 %	36 %	47 %	87 %	100 %
6. VR Bernkastel-Wittlich	14 %	20 %	65 %	85 %	91 %	100 %
7. VR Trier und 8. VR Saarburg	17 %	60 %	74 %	84 %	92 %	100 %
9. VR Mittelrheinisches Becken, Hocheifel, südl. Westerwald	9 %	34 %	60 %	81 %	96 %	100 %
10. VR Hunsrück	15 %	41 %	62 %	88 %	96 %	100 %
11. VR Birkenfeld	43 %	54 %	77 %	86 %	93 %	100 %
12. VR Rheinessen	12 %	53 %	80 %	88 %	95 %	100 %
13. VR Mainz	74 %	90 %	92 %	94 %	96 %	100 %
14. VR Kaiserslautern	43 %	79 %	84 %	88 %	94 %	100 %
15. VR Kusel	14 %	29 %	40 %	60 %	89 %	100 %
16. VR Südwestpfalz	14 %	52 %	82 %	90 %	98 %	100 %
17. VR Ludwigshafen	48 %	90 %	91 %	94 %	98 %	100 %
18. VR Frankenthal	48 %	79 %	83 %	89 %	98 %	100 %
19. VR Südliche Weinstraße	2 %	36 %	50 %	71 %	99 %	100 %
20. VR Bad Dürkheim	1 %	31 %	73 %	92 %	98 %	100 %
Gesamt	17 %	45 %	67 %	82 %	96 %	100 %

6.10.4.2 Teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung

Standorte

An der teilstationären psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz waren im Jahr 2023 40 Standorte beteiligt, die zwischen 359 und 82 Fälle versorgten (Abbildung 192). 14 dieser Standorte behandelten etwa die Hälfte der Fälle, was – verglichen mit der Verteilung der vollstationären psychiatrischen Fälle – einer ausgewogeneren Verteilung entspricht. Der Anteil der versorgten Patientinnen und Patienten aus der jeweils zugehörigen Versorgungsregion erwies sich – insbesondere beim Standort 16 – mit rund 45 % als niedrig. Jedoch kamen auch an den Standorten 1, 3, 6, 31 und 40 weniger als 70 % der versorgten Patientinnen und Patienten aus der zugehörigen Versorgungsregion des behandelnden Standortes.

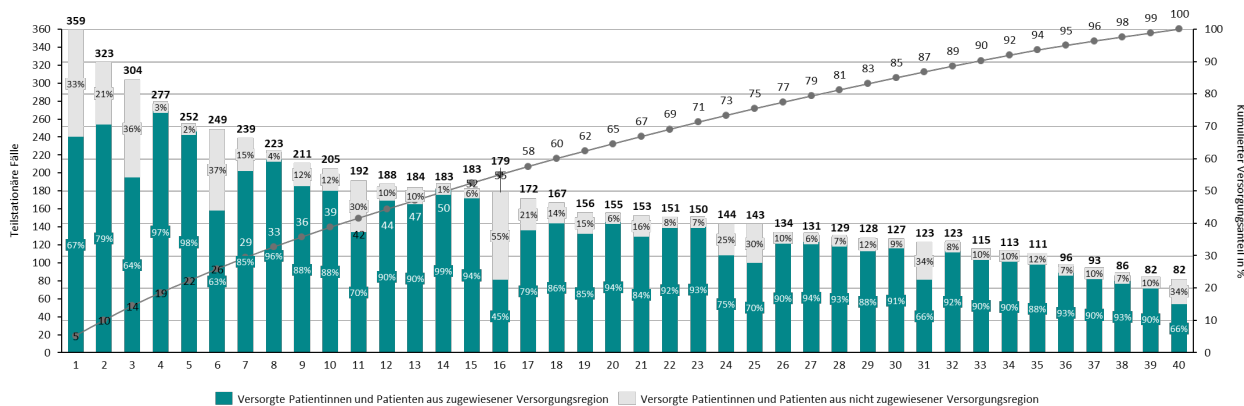


Abbildung 192: Teilstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵⁵¹

⁵⁵⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

⁵⁵¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Die teilstationäre psychosomatische Versorgung in Rheinland-Pfalz erfolgte im Jahr 2023 an nur zwei Standorten (Abbildung 193). Beide Standorte waren auch an der vollstationären psychosomatischen Versorgung beteiligt. Der fallzahlstärkere Versorger behandelte rund 77 % des gesamten Fallzahlaufkommens, wobei nur rund 53 % der versorgten Patientinnen und Patienten aus der zugewiesenen Versorgungsregion des Standortes kamen.

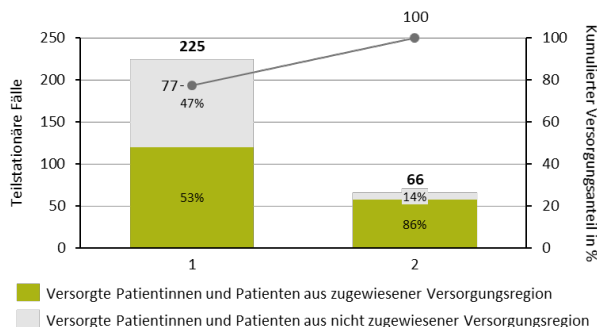


Abbildung 193: Teilstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Psychosomatik inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵⁵²

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Einen teilstationären Versorger der Psychiatrie und oder Psychosomatik erreichten die meisten Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten Fahrzeit (Abbildung 194). Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere östlich von Westerburg und an der westlichen Landesgrenze in der Eifel. Einwohnerinnen und Einwohner mussten hier unter Umständen zwischen 40 und 60 Minuten bis zum nächstgelegenen Versorger zurücklegen.

Insgesamt gibt es viele teilstationäre Versorger der Psychiatrie und Psychosomatik in Rheinland-Pfalz. Besonders viele Versorger konzentrierten sich jedoch rund um Koblenz sowie zwischen Landau und Ludwigshafen. Auch in den Städten Mainz und Kaiserslautern waren jeweils zwei Versorger verortet. Es ist davon auszugehen, dass psychiatrisch ausgewiesene teilstationäre Versorger, die gleichzeitig auch ein vollstationäres psychosomatisches Angebot vorwiesen, auch teilstationär psychosomatisch behandeln, ohne dass dies aus den Daten hervorgeht.

⁵⁵² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Teilstationäre Krankenhausstandorte mit Fällen in der Psychosomatik und oder in der Psychiatrie (2023)



Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz

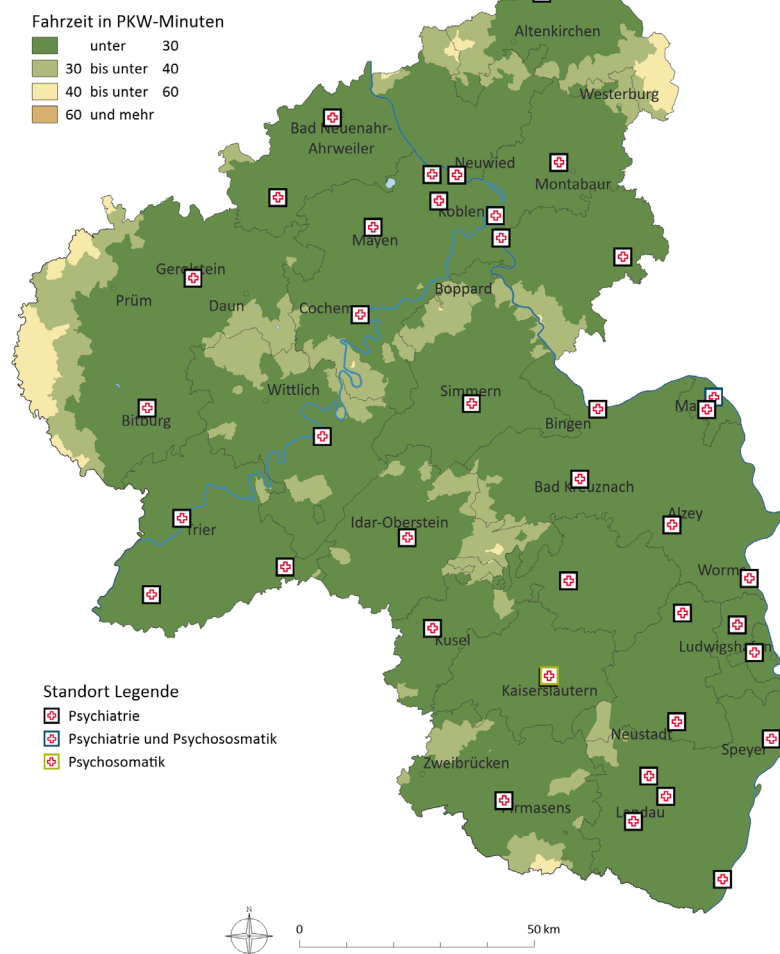


Abbildung 194: Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023⁵⁵³

Einen alternativen Versorger erreichten die meisten Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 40 Minuten Fahrzeit (Abbildung 195). Fahrzeiten über 60 Minuten würden in dieser Simulation Einwohnerinnen und Einwohner an der westlichen Landesgrenze sowie vereinzelt nahe Pirmasens betreffen. Fahrzeiten zwischen 40 und 60 Minuten würden bundeslandübergreifend auftreten. Ausgenommen davon wären die Regionen rund um Koblenz und zwischen Mainz und Landau. Durch die hohe Versorgerdichte wäre es auch in diesem Szenario nahezu allen Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Region möglich, einen alternativen Versorger in weniger als 30 Minuten zu erreichen.

⁵⁵³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

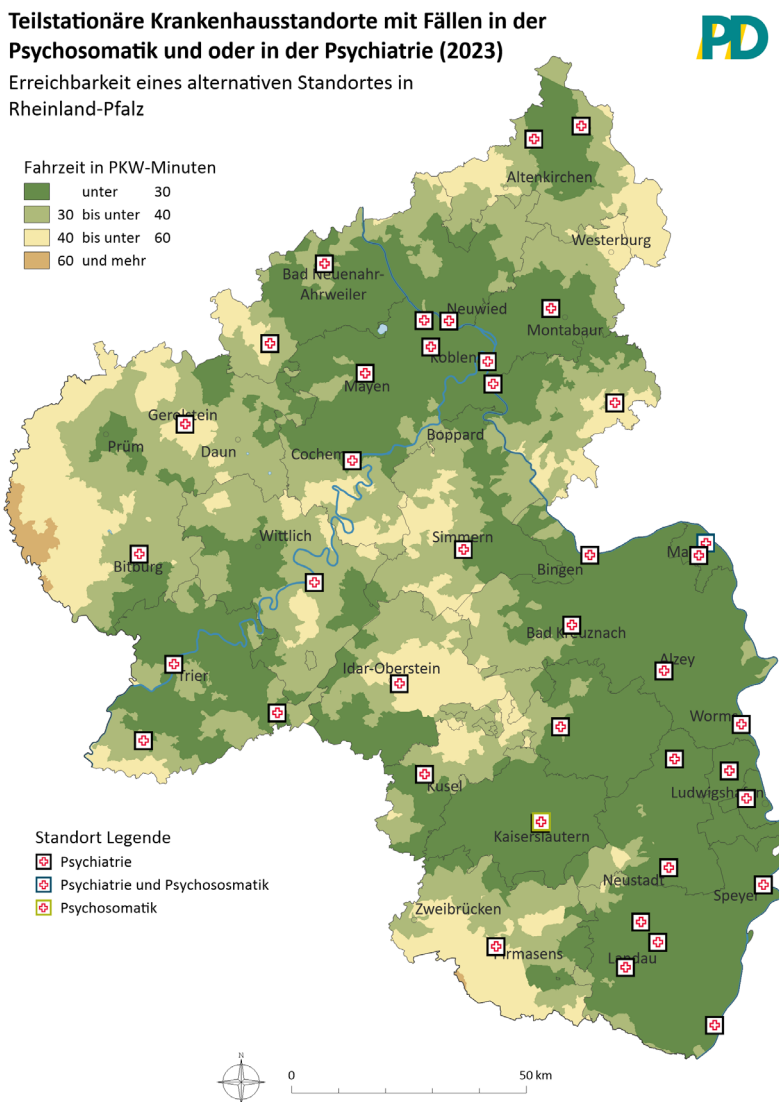


Abbildung 195: Alternative Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023⁵⁵⁴

Übersetzt in konkrete Zahlen lässt sich festhalten, dass es rund 95 % der Einwohnerinnen und Einwohner theoretisch möglich war, einen teilstationär behandelnden psychiatrischen und oder psychosomatischen Versorger in weniger als 30 Minuten zu erreichen (Abbildung 196). Innerhalb von 40 Minuten war dies sogar nahezu allen Einwohnerinnen und Einwohnern möglich. Den zweitnächsten Versorger erreichten rund 75 % der Einwohnerinnen und Einwohner theoretisch in weniger als 30 Minuten. Weniger als 40 Minuten benötigten hingegen 93 % der Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2023.

⁵⁵⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

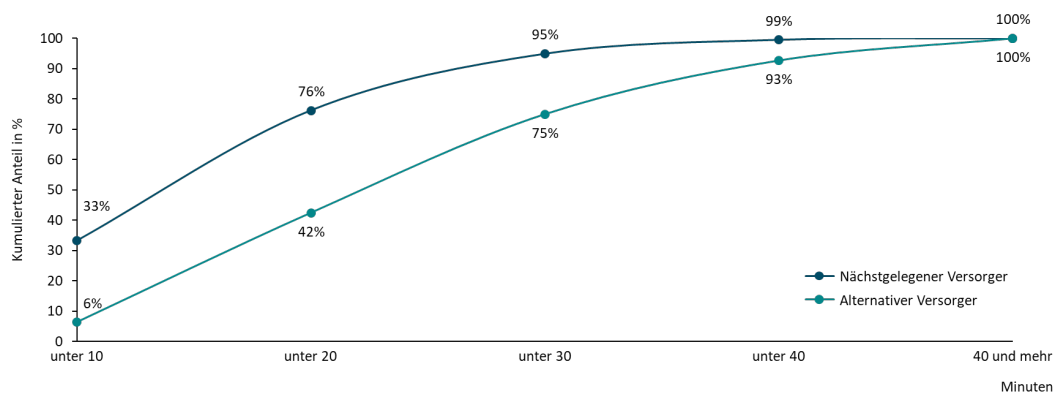


Abbildung 196: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger der teilstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵⁵⁵

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Tatsächlich benötigten durchschnittlich rund 87 % der Patientinnen und Patienten weniger als 30 Minuten zu ihrem ausgewählten Behandlungsort (Tabelle 37). In den Versorgungsregionen Mainz und Ludwigshafen konnten sogar alle Patientinnen und Patienten einen entsprechenden Versorger in unter 30 Minuten erreichen. Anders gestaltete sich die Situation in den beiden Versorgungsregionen Hunsrück sowie Altenkirchen und nördlicher Westerwald; nur rund 71 % beziehungsweise 74 % der Patientinnen und Patienten konnten hier ihren Behandlungsort in weniger als 30 Minuten erreichen. In weniger als 40 Minuten durchschnittlicher Fahrzeit gelang dies sogar rund 96 % der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz.

⁵⁵⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Tabelle 37: Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der teilstationären Psychiatrie sowie Psychosomatik im Jahr 2023⁵⁵⁶

Versorgungsregion	unter 10 Minuten	unter 20 Minuten	unter 30 Minuten	unter 40 Minuten	unter 60 Minuten	60 und mehr Minuten
1. VR Ahrweiler	33 %	48 %	86 %	91 %	100 %	100 %
2. VR Altenkirchen und nördl. Westerwald	14 %	41 %	74 %	92 %	100 %	100 %
3. VR Neuwied	15 %	57 %	76 %	93 %	98 %	100 %
4. VR Rhein-Lahn-Kreis	16 %	46 %	82 %	90 %	100 %	100 %
5. VR Vulkan- und Westeifel	31 %	44 %	77 %	92 %	98 %	100 %
6. VR Bernkastel-Wittlich	11 %	36 %	80 %	97 %	99 %	100 %
7. VR Trier und 8. VR Saarburg	25 %	68 %	87 %	98 %	100 %	100 %
9. VR Mittelrheinisches Becken, Hocheifel, südl. Westerwald	25 %	64 %	85 %	95 %	100 %	100 %
10. VR Hunsrück	28 %	54 %	71 %	96 %	99 %	100 %
11. VR Birkenfeld	35 %	44 %	81 %	96 %	98 %	100 %
12. VR Rheinhessen	29 %	74 %	92 %	97 %	100 %	100 %
13. VR Mainz	73 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %
14. VR Kaiserslautern	40 %	81 %	94 %	100 %	100 %	100 %
15. VR Kusel	23 %	59 %	79 %	98 %	100 %	100 %
16. VR Südwestpfalz	19 %	60 %	86 %	96 %	100 %	100 %
17. VR Ludwigshafen	40 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %
18. VR Frankenthal	51 %	96 %	99 %	99 %	100 %	100 %
19. VR Südliche Weinstraße	20 %	73 %	89 %	97 %	100 %	100 %
20. VR Bad Dürkheim	45 %	66 %	85 %	95 %	99 %	100 %
Gesamt	30 %	67 %	87 %	96 %	100 %	100 %

6.10.4.3 Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

Standorte

Insgesamt 11 Standorte versorgten vollstationäre Fälle der KJP in Rheinland-Pfalz (Abbildung 197). Hinzu kommt die Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Eltville am Rhein (Hessen), die den Versorgungsauftrag für die vollstationäre KJP in der Versorgungsregion Rhein-Lahn innehat. Detaillierte Fallzahlaufschlüsselungen lagen zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung nicht vor. Der Standort wurde dennoch bei den nachfolgenden Erreichbarkeitsanalysen berücksichtigt.

Die beiden Standorte 10 und 11 versorgten mit 43 und 27 Fällen eine deutlich geringere Fallzahlmenge als die übrigen versorgenden Standorte. Der fallzahlstärkste Standort alleine versorgte mit 774 Fällen rund ein Viertel des Fallzahlvolumens aus dem Jahr 2023. Zudem zeigte sich gerade bei den fallzahlschwächeren Standorten oftmals ein geringerer Teil an versorgten Patientinnen und Patienten, die tatsächlich aus der zugehörigen Versorgungsregion des behandelnden Standortes kamen. An den Standorten 8 und 10 kamen weniger als die Hälfte der Patientinnen und Patienten tatsächlich aus der Versorgungsregion des behandelnden Standortes.

⁵⁵⁶ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

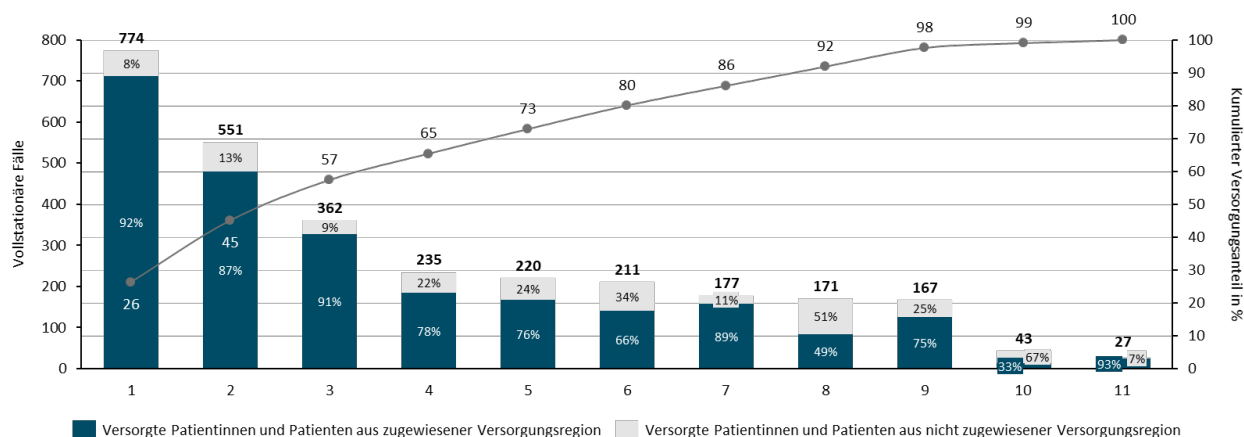


Abbildung 197: Vollstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵⁵⁷

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Die Abbildung 198 zeigt die theoretische Erreichbarkeit der 11 vollstationären Versorger der KJP in Rheinland-Pfalz. Zudem wurde der in Hessen befindliche Pflichtversorger der Versorgungsregion Rhein-Lahn in die Fahrzeitberechnung einbezogen und auf der Karte abgebildet. Insgesamt zeigte sich, dass viele Einwohnerinnen und Einwohner einen vollstationären Versorger der KJP theoretisch in weniger als 40 Minuten erreichen konnten, jedoch auch ein nicht unerheblicher Teil der Einwohnerinnen und Einwohner mehr als 40 Minuten zurücklegen mussten.

Insbesondere im westlichen Teil des Bundeslandes waren große Flächen von Fahrzeiten über 60 Minuten betroffen, aufgrund der geringen Anzahl an Versorgern in diesem Landesteil. Auch im Südwesten zwischen Kusel und Primasens sowie an der nordöstlichen Landesgrenze entstanden Fahrzeiten über 40 Minuten. Die Versorgungsregion Mainz stellt zudem die einzige Region mit zwei Versorgern dar.

⁵⁵⁷ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Vollstationäre Krankenhausstandorte mit Fällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (2023)



Erreichbarkeit eines Standortes in Rheinland-Pfalz

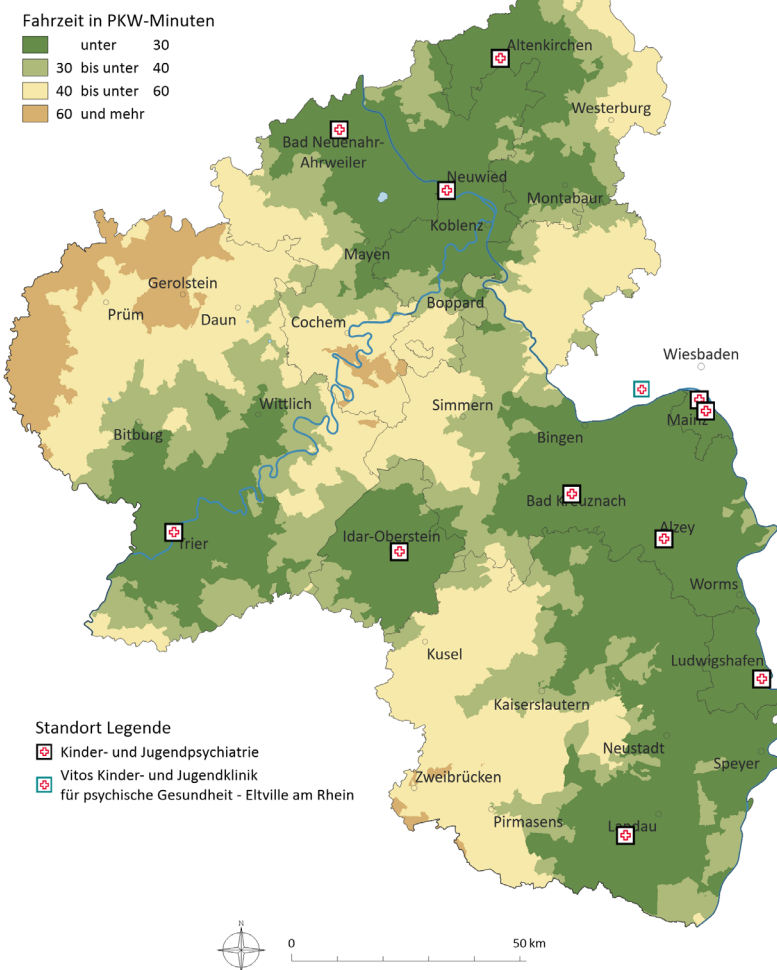


Abbildung 198: Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁵⁸

Einen alternativen vollstationären Versorger der KJP erreichten viele Einwohnerinnen und Einwohner oftmals nur in über 40 beziehungsweise 60 Minuten Fahrzeit (Abbildung 199). Ausgenommen davon war die Region zwischen Mainz, Bad Kreuznach und Ludwigshafen, wo aufgrund der höheren Versorgerdichte auch weiterhin ein Versorger in weniger als 30 Minuten erreicht werden konnte. Auch zwischen Bad Neunahr-Ahrweiler und Neuwied konnte ein alternativer Versorger in einer vergleichsweise kurzen Zeit erreicht werden. Da diese Region auch von den Folgen der Flutwasserkatastrophe betroffen war, zeigt diese Darstellung ein erfreuliches Bild. Selbst unter (temporärem) Wegfall eines Standortes konnten die Einwohnerinnen und Einwohner weiterhin einen Versorger in einem vergleichsweise geringem Zeitrahmen erreichen.

⁵⁵⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

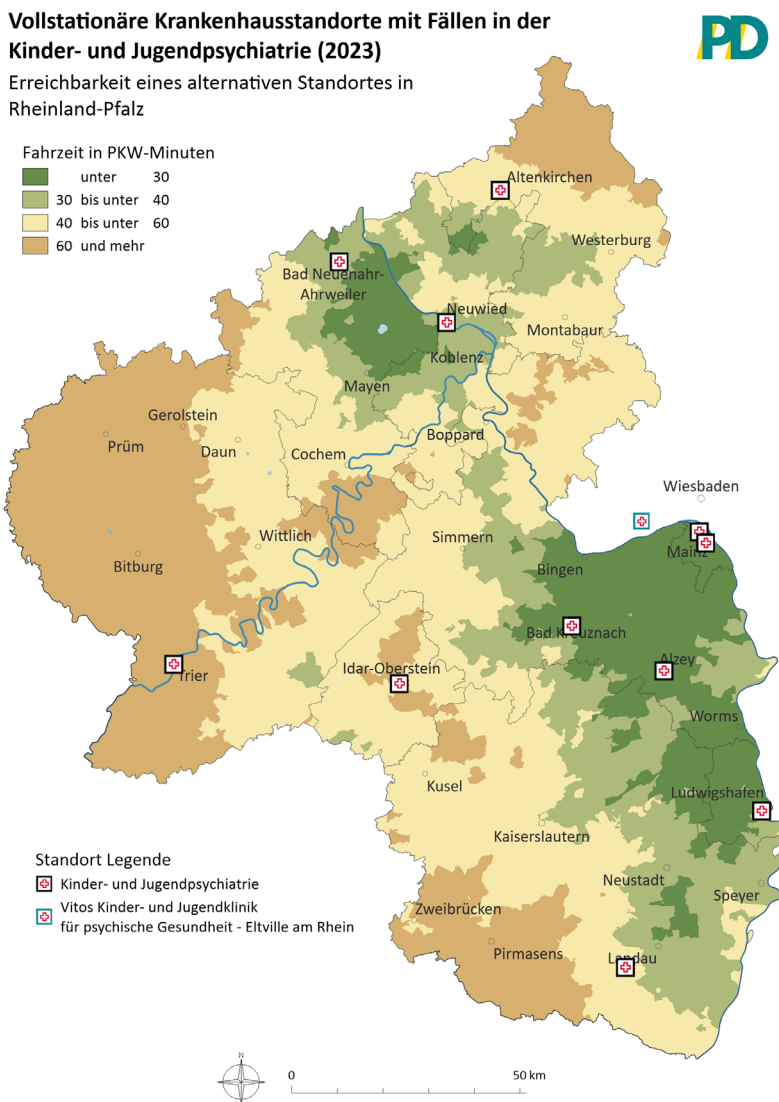


Abbildung 199: Alternative Erreichbarkeit eines vollstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁵⁹

Rund 69 % der Einwohnerinnen und Einwohner konnten einen vollstationären Versorger der KJP in weniger als 30 Minuten erreichen (Abbildung 200). 84 % war dies in weniger als 40 Minuten möglich. Einen alternativen Versorger erreichten nur rund 30 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 30 Minuten. Knapp die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner benötigten mehr als 40 Minuten, um einen alternativen Versorger zu erreichen.

⁵⁵⁹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

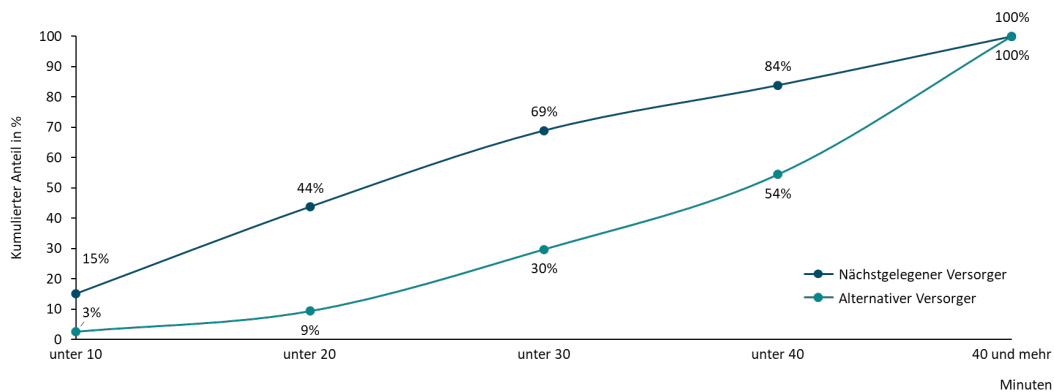


Abbildung 200: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweit-nächsten Versorger der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵⁶⁰

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Auch die Analyse der tatsächlichen Erreichbarkeit zeigte sogar, dass nur rund 67 % der Patientinnen und Patienten weniger als 40 Minuten zu ihrem Behandlungsort benötigten (Tabelle 38). In der Planungsregion (Süd)Pfalz war das sogar nur rund 34 % möglich, was jedoch auch an der Größe der Versorgungsregion liegen kann. In den Versorgungsregionen Mainz und Birkenfeld hingegen erreichte fast alle Patientinnen und Patienten ihren Behandlungsort in weniger als 40 Minuten. Der Versorger der Versorgungsregion Rhein-Lahn befindet sich, wie bereits erwähnt, in Hessen, weshalb keine Daten zu der tatsächlichen Fahrzeit der Patientinnen und Patienten vorlagen. Die abgebildete tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion Rhein-Lahn bezieht sich folglich nur auf Patientinnen und Patienten, die sich in Rheinland-Pfalz – und damit außerhalb ihres zugewiesenen Versorgers – behandeln ließen.

⁵⁶⁰ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

Tabelle 38: Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁶¹

Versorgungsregion	unter 10 Minuten	unter 20 Minuten	unter 30 Minuten	unter 40 Minuten	unter 60 Minuten	60 und mehr Minuten
1. VR Bad Neuenahr-Ahrweiler	9 %	36 %	52 %	63 %	80 %	100 %
2. VR Neuwied	9 %	42 %	60 %	84 %	98 %	100 %
3. VR Trier	4 %	32 %	51 %	74 %	89 %	100 %
4. VR Rheinhessen/Hunsrück	8 %	49 %	70 %	81 %	95 %	100 %
5. VR (Süd)Pfalz	2 %	13 %	21 %	34 %	80 %	100 %
6. VR Westerwald	4 %	14 %	40 %	62 %	99 %	100 %
7. VR Mainz	57 %	97 %	99 %	99 %	99 %	100 %
8. VR Ludwigshafen	34 %	84 %	91 %	93 %	98 %	100 %
9. VR Birkenfeld	37 %	52 %	74 %	98 %	99 %	100 %
10. VR Rhein-Lahn	0 %	0 %	20 %	20 %	40 %	100 %
Gesamt	11 %	37 %	52 %	67 %	90 %	100 %

6.10.4.4 Teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Standorte

Teilstationär erfolgte die Versorgung der KJP an 17 Standorten in Rheinland-Pfalz (Abbildung 201). Die versorgte Fallzahlmenge variierte zwischen 180 und 13 Fällen im Jahr 2023. Mit 180 Fällen hob sich der fallzahlstärkste Versorger vom Versorgungsgeschehen ab. Von diesen 180 Fällen kamen jedoch nur 80 % der versorgten Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion des behandelnden Standortes. Noch geringer zeigte sich dieser Anteil an den Standorten 5, 7, 10, 15 und 17. An den Standorten 2, 8, 9 und 13 kamen nahezu alle Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion des Standortes, an dem sie versorgt wurden.

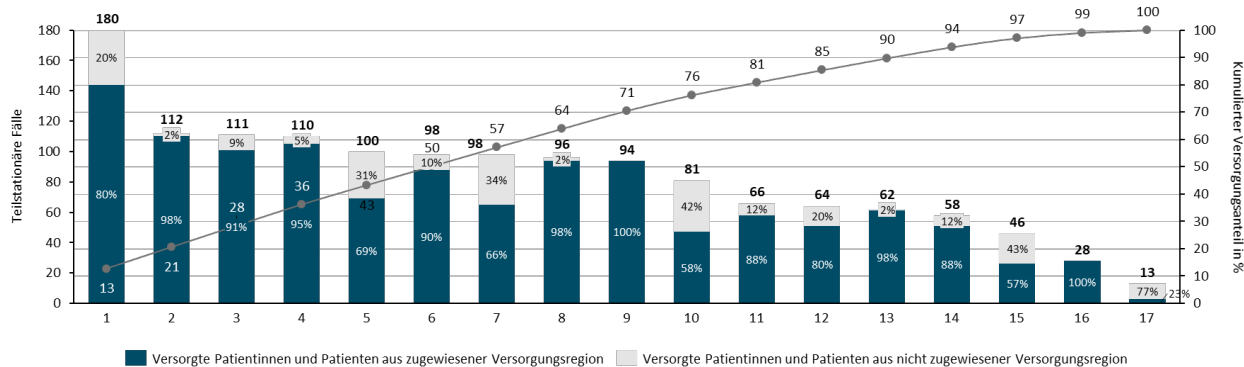


Abbildung 201: Teilstationäre PEPP-Fälle im Behandlungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive kumuliertem Versorgungsanteil und Anteil der Versorgung innerhalb und außerhalb der zugewiesenen Versorgungsregion der Patientinnen und Patienten im Jahr 2023⁵⁶²

⁵⁶¹ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Hinweis: Die Darstellung berücksichtigt nur Patientinnen und Patienten, die in Rheinland-Pfalz wohnten und sich dort auch behandeln ließen. Der zuständige Pflichtversorger der Pflichtversorgungsregion Rhein-Lahn lag jedoch in Hessen, weshalb die Darstellung eine gewisse Unschärfe birgt.

⁵⁶² Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023. Die Daten der in der Versorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Die in dieser Einrichtung versorgten Fälle werden daher nur nach Selbstauskunft der Klinik ausgewiesen.

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Versorgers

Der Großteil der Einwohnerinnen und Einwohner konnte einen Standort der teilstationären Versorgung der KJP im Jahr 2023 in weniger als 30 Minuten erreichen (Abbildung 202). Längere Fahrzeiten ab 40 Minuten entstanden insbesondere im Landesinneren, im Norden nahe Westerburg und an der westlichen Landesgrenze. Insgesamt ist das vorhandene Versorgungsangebot über das Bundesland verteilt aufzufinden. Die meisten Versorger befanden sich in der Versorgungsregion (Süd)Pfalz.

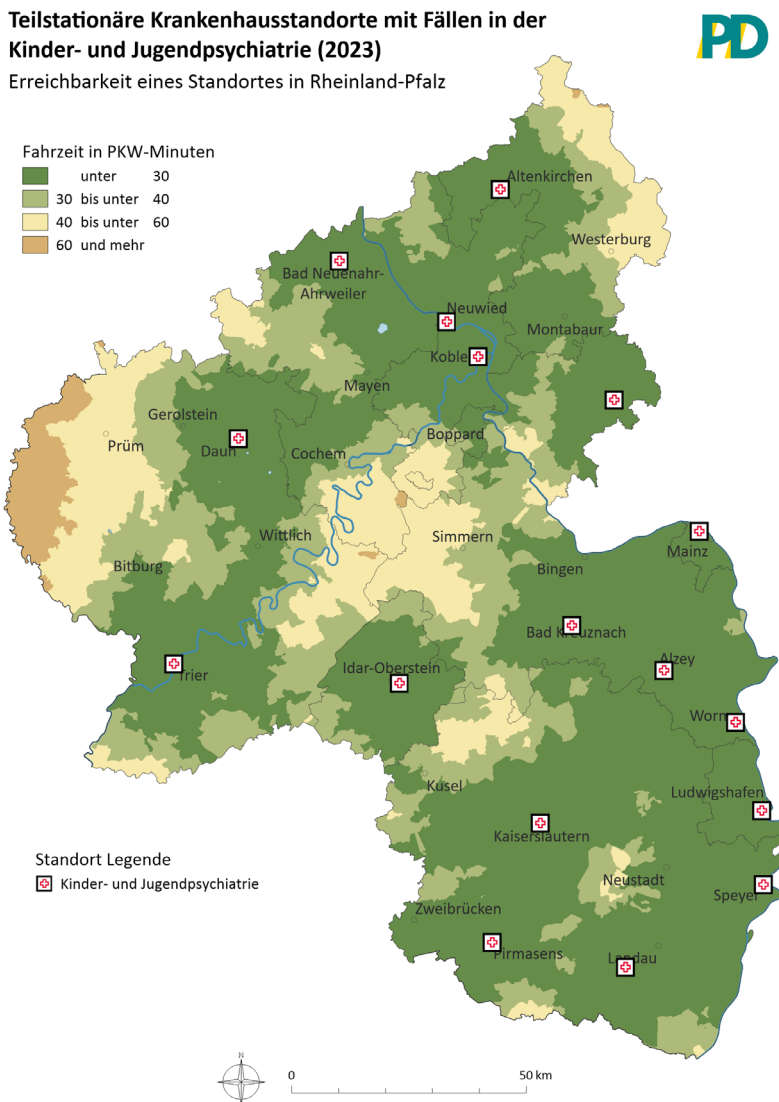


Abbildung 202: Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁶³

Einen alternativen Versorger erreichten die Einwohnerinnen und Einwohner im Osten des Bundeslandes sowie in der nördlichen Region nahe Koblenz in weniger als 40 Minuten (Abbildung 203). In den übrigen Regionen entstanden oftmals Fahrzeiten zwischen 40 und 60 Minuten. An den Bundeslandgrenzen kam es zudem auch zu theoretischen Fahrzeiten über 60 Minuten, um einen alternativen Versorger zu erreichen.

⁵⁶³ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Teilstationäre Krankenhausstandorte mit Fällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (2023)

Erreichbarkeit eines alternativen Standortes in Rheinland-Pfalz

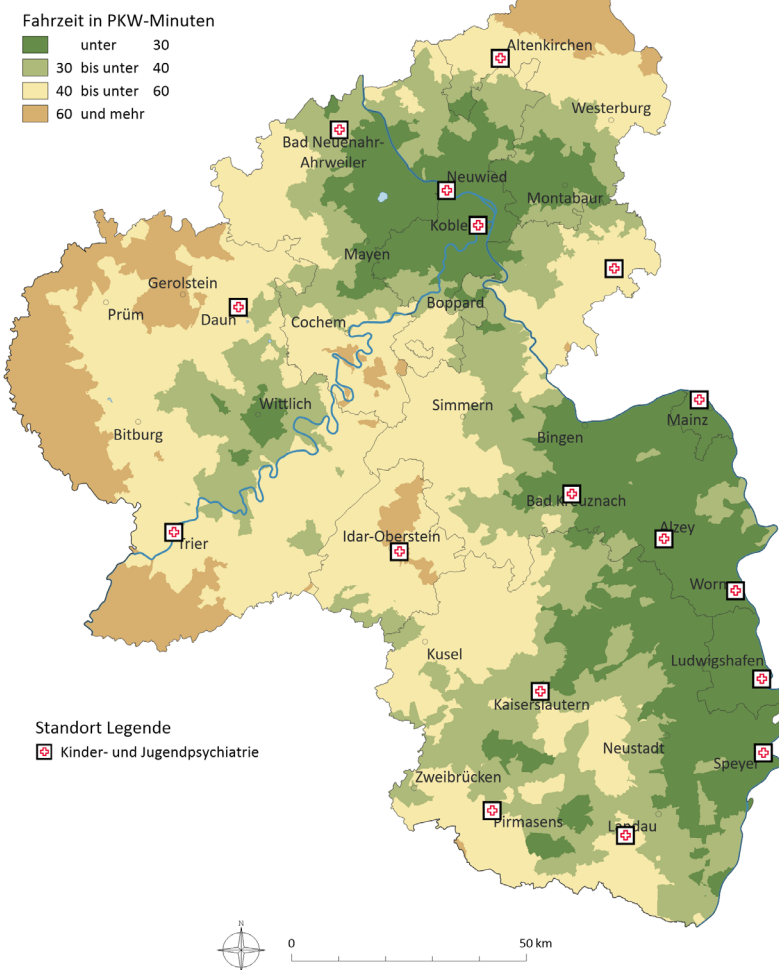


Abbildung 203: Alternative Erreichbarkeit eines teilstationären Versorgers der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁶⁴

Die Abbildung 204 zeigt, dass auch wenn größere Flächen des Bundeslandes in gelber beziehungsweise orangener Färbung erscheint, nicht zwangsläufig auch der Großteil der Einwohnerinnen und Einwohner von diesen längeren Fahrzeiten betroffen war. Rund 94 % der Einwohnerinnen und Einwohner konnten im Jahr 2024 einen teilstationären Versorger der KJP in weniger als 40 Minuten erreichen. Einen alternativen Versorger erreichten auch noch rund 72 % der Einwohnerinnen und Einwohner in weniger als 40 Minuten.

⁵⁶⁴ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntG-Datensatzes für das Jahr 2023.

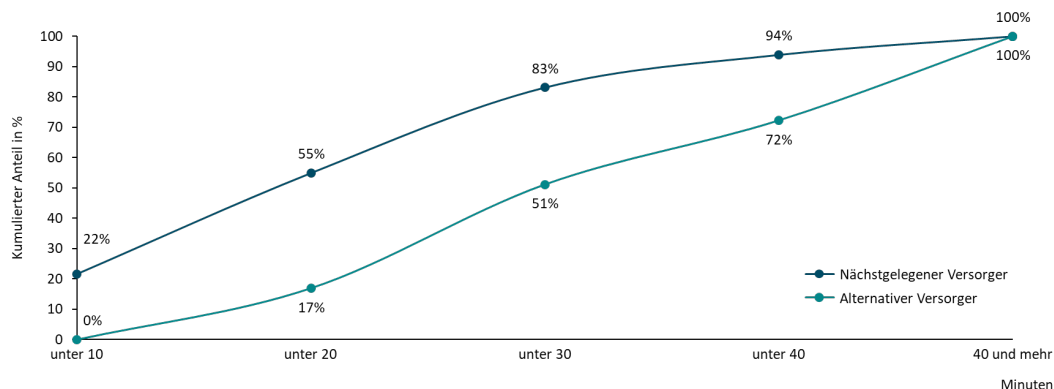


Abbildung 204: Theoretische Fahrzeit der Einwohnerinnen und Einwohner zum nächsten- beziehungsweise zweitnächsten Versorger der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz im Jahr 2023⁵⁶⁵

Erreichbarkeitsanalysen basierend auf der durchschnittlichen Fahrzeit zwischen dem Wohnort und dem behandelnden Krankenhaus für alle Patientinnen und Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Rheinland-Pfalz

Tatsächlich waren es rund 90 % der Patientinnen und Patienten, die ihren Behandlungsort in weniger als 40 Minuten erreichten (Tabelle 39). In den Versorgungsregionen Birkenfeld, Trier und Ludwigshafen erreichte sogar nahezu jede Patientin beziehungsweise jeder Patient den Behandlungsort in weniger als 40 Minuten. In der Versorgungsregion Westerwald hingegen benötigten rund 39 % der Patientinnen und Patienten mehr als 40 Minuten. Wie zuvor thematisiert, fehlten die Daten des Versorgers in der Versorgungsregion Rhein-Lahn, weshalb die entsprechenden Angaben in dieser Region kein vollumfängliches Bild lieferten.⁵⁶⁶

Tabelle 39: Durchschnittliche tatsächliche Fahrzeit der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz zwischen Wohn- und Behandlungsort im Bereich der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2023⁵⁶⁷

Versorgungsregion	unter 10 Minuten	unter 20 Minuten	unter 30 Minuten	unter 40 Minuten	unter 60 Minuten	60 und mehr Minuten
1. VR Bad Neuenahr-Ahrweiler	9 %	37 %	62 %	88 %	97 %	100 %
2. VR Neuwied	16 %	61 %	74 %	89 %	99 %	100 %
3. VR Trier	9 %	34 %	68 %	85 %	98 %	100 %
4. VR Rheinhessen/Hunsrück	27 %	53 %	73 %	88 %	96 %	100 %
5. VR (Süd)Pfalz	21 %	58 %	84 %	96 %	99 %	100 %
6. VR Westerwald	1 %	6 %	41 %	61 %	99 %	100 %
7. VR Mainz	53 %	91 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8. VR Ludwigshafen	38 %	95 %	99 %	99 %	99 %	100 %
9. VR Birkenfeld	54 %	69 %	85 %	100 %	100 %	100 %
10. VR Rhein-Lahn	0 %	0 %	75 %	83 %	100 %	100 %
Gesamt	20 %	54 %	76 %	90 %	99 %	100 %

⁵⁶⁵ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023 sowie der Bevölkerungsdaten von Rheinland-Pfalz.

⁵⁶⁶ Entsprechend der Selbstauskunft ließ sich jedoch der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten dieser Region in der Versorgungsregion selbst versorgen, weshalb von einer niedrigen Fahrzeit ausgegangen werden kann.

⁵⁶⁷ Eigene Darstellung auf Basis der § 21-KHEntgG-Datensätze der jeweiligen Jahre. Die Daten der in der Versorgungsregion Rhein-Lahn verorteten Tagesklinik lagen im Rahmen des Gutachtens nicht in Form der § 21-KHEntgG-Daten vor. Somit standen auch keine Informationen zum Wohnort

6.10.5 Prognose der voll- und teilstationären Fälle in den Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Erwachsenenversorgung sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2035

In diesem Abschnitt wird, basierend auf den ermittelten Prognoseparametern der LG „31.1 – Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär“ und der LG „32.1 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatik“, der zukünftige Bedarf an teilstationären Plätzen sowie vollstationären Betten in den Bereichen der psychiatrischen und psychosomatischen Erwachsenenversorgung sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2035 ermittelt.

Die Methodik kann dem Kapitel 3 entnommen werden. Für den teilstationären Bereich kann keine belastbare Prognose erstellt werden, da die Behandlungshäufigkeiten im teilstationären Bereich, die die Basis für die Prognose bilden, stark von der Verfügbarkeit der Behandlungsangebote abhängen. Bereits ein neuer Standort mit vergleichsweise wenigen Plätzen kann zu einer stark veränderten Hospitalisierungsrate im Land führen. Vor diesem Hintergrund wurde in diesem Gutachten der Ansatz gewählt, die Veränderungsrate vom vollstationären Bereich auf den teilstationären Bereich zu übertragen. Etwaige zukünftige Verschiebungen von Behandlungskapazitäten zwischen den beiden Versorgungsbereichen obliegen dem Gestaltungsspielraum des MWG.

In der Abbildung 205 sind die nach den jeweiligen Bereichen unterteilten, aktuellen Fallzahlen aus dem Jahr 2023 und die prognostizierten Fallzahlen für das Jahr 2035 abgebildet. Für den zusammengefassten Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik wird basierend auf der Bevölkerungsvorausberechnung davon ausgegangen, dass die Fallzahlen auf dem aktuellen Niveau des Jahres 2023 bleiben. Zum jetzigen Zeitpunkt kann vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung nicht abschließend eingeschätzt werden, wie beziehungsweise ob der Ausbau des Bereiches der Gerontopsychiatrie eine relevante Rolle bei der zukünftigen Fallzahlentwicklung einnehmen wird. Es ist derzeit nicht möglich, diese Entwicklung in konkreten Kennzahlen zu erheben. Hierzu wird dem MWG empfohlen, diesen Bereich zu monitoren, um frühzeitig auf entsprechende Entwicklungen reagieren zu können.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich eine Steigerung der Fälle bis zum Jahr 2035 um rund 11 %, was ein deutliches Wachstum gegenüber dem Status quo darstellt. Vor dem Hintergrund der bereits relativ hohen Auslastung in diesem Bereich müssen weitere Behandlungskapazitäten innerhalb von Rheinland-Pfalz aufgebaut werden.

Fortsetzung der Fußnote 567: der in dieser Tagesklinik versorgten Patientinnen und Patienten zur Verfügung, weshalb die Darstellung im Bereich der Versorgungsregion Rhein-Lahn eine gewisse Unschärfe birgt.

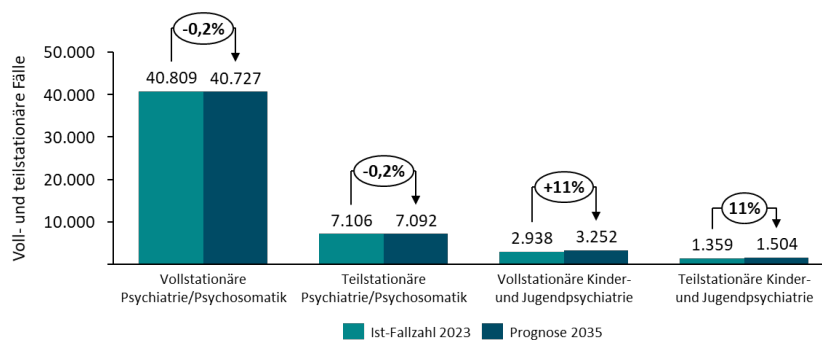


Abbildung 205: Prognose der vollstationären Fallzahlentwicklung für die innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgten Patientinnen und Patienten im PEPP-Bereich Psychiatrie und Psychosomatik für das Jahr 2035⁵⁶⁸

6.10.6 Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Analyse der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Abschnitt 6.10 fokussierte grundlegend auf zwei Faktoren. Zum einen wurde, wie auch schon in den Analysen der somatischen Versorgung, die Erreichbarkeit eines Versorgers betrachtet und zum anderen wurde die Versorgung in den jeweiligen Versorgungsregionen beleuchtet. Die Ergebnisse werden nachfolgend unterteilt nach Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen aufgeführt.

Vorab sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Versorgung sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im Bereich der Versorgung von Erwachsenen infolge der Flutkatastrophe im Ahrtal erheblich beeinträchtigt wurde. Die Dr. von Ehrenwall'schen Klinik und die DRK Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Bad Neuenahr-Ahrweiler wurden in der Nacht vom 14. auf den 15. Juli 2021 erheblich beschädigt und mussten die Versorgung kurzzeitig vollständig und längerfristig teilweise einstellen. Sie konnten daher entsprechend ihrem Pflichtversorgungsauftrag nach § 14 PsychKHG nicht mehr (vollständig) nachkommen. Die umliegenden Kliniken haben daher Anteile der bisherigen Pflichtversorgungsregionen der Kliniken übernommen.

Ab dem 05. Oktober 2023 konnte die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik einen Teil der Pflichtversorgung wieder übernehmen. Die DRK Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Bad Neuenahr-Ahrweiler konnte dem Pflichtversorgungsauftrag ab dem 27. November 2024 wieder in vollem Umfang nachkommen.

Da die Analysen des Gutachtens primär auf den Daten aus dem Jahr 2023 beruhen, ist mit Einschränkungen in der Aussagekraft der Ergebnisse in ebendiesen Regionen zu rechnen. Insgesamt zeigte sich jedoch im Rahmen der Erreichbarkeitsanalysen eine gute Resilienz der Strukturen im Ahrtal. Die Betrachtung der alternativen Erreichbarkeiten verdeutlichte, dass Einwohnerinnen und Einwohner der Region auch den zweitnächsten Versorger in vergleichsweise geringen Fahrzeiten erreichen konnten. Einschränkend wird sich jedoch der Aspekt der vorhandenen Behandlungskapazitäten ausgewirkt haben, da die umliegenden Standorte vermutlich nicht unmittelbar alle weiteren Patientinnen und Patienten der Region versorgen konnten.

Die Gutachtenden empfehlen jedoch grundsätzlich, die Analysen basierend auf den § 21-KHEntgG-Daten aus dem Jahr 2024 beziehungsweise 2025 zu wiederholen, sobald die Versorgung wieder dem gewohnten Auftrag entspricht.

⁵⁶⁸ Eigene Darstellung auf Basis des § 21-KHEntgG-Datensatzes für das Jahr 2023.

Die Gutachtenden empfehlen zudem zu prüfen, ob der derzeit bei 95 % festgelegte Sollnutzungsgrad der Krankenhausbetten reduziert werden sollte. Die berechneten Nutzungsgrade lagen zum Teil unterhalb des festgelegten Wertes, jedoch spiegelten sie vermutlich nicht die Realität wider, da Faktoren wie zum Beispiel Belastungserprobungen in den Berechnungen keine Berücksichtigung fanden.

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung von Erwachsenen

Insgesamt haben sich die Fälle im Bereich der voll- und teilstationären Psychosomatik sowie der vollstationären Psychiatrie zwischen 2019 und 2023 - mit den oben dargestellten Einschränkungen - rückläufig entwickelt. Einzig im Bereich der teilstationären Psychiatrie sind die Fälle im Betrachtungszeitraum angestiegen. Im Jahr 2023 wurden rund 36.000 vollstationäre und rund 7.000 teilstationäre Fälle der Psychiatrie versorgt. In der Psychosomatik wurden rund 5.000 vollstationäre und nur rund 300 teilstationäre Fälle behandelt. Die Verweildauer sank im gleichen Zeitraum sowohl im voll- als auch teilstationären Bereich der Psychiatrie und stieg dabei im voll- als auch teilstationären Bereich der Psychosomatik an. Bis zum Jahr 2035 ist mit einer Fortschreibung der Fallzahlen im Bereich der vollstationären Psychiatrie und Psychosomatik auf dem Niveau des Jahres 2023 auszugehen. Demgegenüber stehen verschiedene Veröffentlichungen, die zum Beispiel die Zunahme entsprechender selbstberichteter Symptome aufzeigen oder aber von einem Anstieg der Depressions-Prävalenz in Rheinland-Pfalz berichten.^{569/570}

Inwiefern die Gerontopsychiatrie im Kontext der älter werdenden Bevölkerung eine größere Rolle einnehmen wird, kann nicht abschließend eingeschätzt werden. Hierzu wird dem MWG empfohlen, diesen Bereich zu monitoren, um frühzeitig auf entsprechende Entwicklung reagieren zu können.

Im Jahr 2023 wurden rund 20 % der vollstationär und rund 16 % der teilstationär versorgten Fälle der Psychiatrie nicht in der zuständigen Versorgungsregion versorgt oder kamen aus einem anderen Bundesland. Auffällig ist dabei insbesondere die Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis, in der sowohl voll- als auch teilstationär vergleichsweise viele Fälle aus anderen Bundesländern versorgt wurden (rund 24 % der vollstationären Fälle und rund 19 % der teilstationären Fälle). Dennoch wurden die in dieser Versorgungsregion wohnhaften Patientinnen und Patienten auch primär in dieser Versorgungsregion versorgt. In wie fern in dieser Versorgungsregion folglich mehr Kapazitäten vorhanden waren, als für die Versorgung der dieser Versorgungsregion zugewiesenen Einwohnerinnen und Einwohner benötigt wurden, gilt es zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Ausweisung entsprechender Behandlungskapazitäten in dieser Region als Planbetten.

Die Patientenwanderungsbewegungen in der Versorgungsregion Ahrweiler sollten zukünftig weiter beobachtet werden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es aufgrund der Auswirkungen der Flutkatastrophe nur eingeschränkt möglich, eine valide Aussage zum Versorgungsgeschehen zu treffen.

Im Bereich der Psychosomatik zeigte sich prinzipiell, dass die definierten Versorgungsregionen für diesen Behandlungsbereich nicht passgenau sind. Während die vollstationäre psychosomatische Versorgung nur in zehn der zwanzig definierten Versorgungsregionen erfolgt, wurden teilstationäre psychosomatische Fälle nur in zwei Versorgungsregionen versorgt. Nicht berücksichtigt wurden die acht Standorte mit einer Psychiatrie, die einen ausgewiesenen Schwerpunkt in der Psychosomatik vorhielten sowie die vier Kliniken mit einer Inneren Medizin, die einen Schwerpunkt in der Psychosomatik aufwiesen. Diese Standorte wiesen keine psychosomatischen Betten auf, anhand derer man die Fälle eindeutig als psychosomatische Fälle

⁵⁶⁹ Walther, L. et al. (2023): High-frequency surveillance of mental health indicators in the adult population of Germany: trends from 2022 to 2023, Deutsches Ärzteblatt International, 120: online first, DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0180.

⁵⁷⁰ AOK (2024): Rund 500.000 Betroffene: Über 12 Prozent der Rheinland-Pfälzer/-innen an Depressionen erkrankt, <https://www.aok.de/pp/rps/pm/gesundheitsatlas/>, zuletzt abgerufen am 03.02.2025.

identifizieren könnte. Dadurch ergab sich wie zu erwarten ein niedriger prozentualer Anteil an Patientinnen und Patienten, die in der ihnen zugewiesenen Versorgungsregion versorgt wurden.

In der Versorgungsregion Rhein-Lahn-Kreis wurden mit Abstand die meisten vollstationären psychosomatischen Fälle versorgt. Von den rund 2.180 versorgten Patientinnen und Patienten kamen jedoch 1.433 aus einem anderen Bundesland oder hatten eine unbekannt Herkunft. Bei einem Gesamtfallzahlaufkommen von 4.980 Fällen im Bereich der vollstationären Psychosomatik ist dieser Anteil jedoch nicht unerheblich. Zeitgleich wurden jedoch nur 71 % der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der entsprechenden Versorgungsregion auch in dieser versorgt.

Prinzipiell zeigte die Analyse, dass in den nördlichen Versorgungsregionen Rheinland-Pfalz durchaus vollstationäre psychosomatische Fälle auftraten, es jedoch nur ein begrenztes Versorgungsangebot gab (vergleiche Abbildung 172 und Abbildung 173). Noch eingeschränkter erwies sich nur die teilstationäre psychosomatische Versorgung; in nur zwei Versorgungsregionen wurden überhaupt solche Fälle versorgt. Die Umwidmung vorhandener Behandlungskapazitäten in Form von Schwerpunkten in psychosomatische Behandlungskapazitäten sowohl voll- als auch teilstationär sollte für das gesamte Bundesland geprüft werden, damit tatsächlich in Anspruch genommene psychosomatische Behandlungskapazitäten besser nachvollzogen werden können.

Rund 98 % der rheinland-pfälzischen Einwohnerinnen und Einwohner konnten einen vollstationären psychiatrischen und/oder psychosomatischen Versorger in Rheinland-Pfalz theoretisch innerhalb von 40 Minuten erreichen. Den alternativen Versorger erreichten rund 87 % in weniger als 40 Minuten. Tatsächlich längere Fahrzeiten ergaben sich dabei insbesondere für die Patientinnen und Patienten der Versorgungsregion Vulkan- und Westeifel, den nördlich gelegenen Versorgungsregionen sowie in der Versorgungsregion Kusel.

Im Bereich der teilstationären psychosomatischen und oder psychiatrischen Versorgung war es rund 99 % der Einwohnerinnen und Einwohner möglich, einen Versorger in weniger als 40 Minuten zu erreichen. Rund 93 % erreichten in weniger als 40 Minuten den zweitnächsten Versorger.

Zudem ist hervorzuheben, dass, wie zuvor beschrieben, im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik auch nach einer Differenzierung der Fälle anhand der PEPP-Strukturkategorien weiterhin Unschärfen bei der Zuordnung der Fälle zu den Behandlungsbereichen bestehen. Insofern durch die Planungsbehörde keine Betten im Bereich der Psychosomatik ausgewiesen oder zugeteilt werden, können psychosomatische Fälle auch im Abrechnungsbereich der Psychiatrie auftauchen. Zudem kann aufgrund der vorliegenden Datengrundlage keine Aussage zu den in somatischen Kliniken versorgten Fällen getroffen werden. Sollte das MWG in Zukunft aus Sicht der Daten besser zwischen den Behandlungsbereichen der Psychiatrie und Psychosomatik unterscheiden wollen, empfehlen die Gutachtenden eine stärkere Differenzierung zwischen den Behandlungsbereichen bei der Ausweisung oder Zuweisung von Betten beziehungsweise Behandlungsplätzen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Rund 3.000 vollstationäre und 1.500 teilstationäre Fälle der KJP wurden im Jahr 2023 in Rheinland-Pfalz versorgt. Während die Anzahl der vollstationären Fälle damit konstant blieb, stiegen die teilstationären Fälle leicht an. Die durchschnittliche Verweildauer sank im voll- als auch teilstationären Bereich. Bis zum Jahr 2035 ist mit einem Fallzahlwachstum von rund 11 % zu rechnen. Vor dem Hintergrund der hohen Auslastung im teilstationären Bereich (97 %) werden perspektivisch mehr Behandlungsplätze im Bundesland benötigt. Im vollstationären Bereich lag die rechnerische Auslastung der aufgestellten Betten im Jahr 2023 bei eher niedrigen 79 %, daher könnte unterstellt werden, dass die prognostizierten steigenden Fallzahlen in den bestehenden Strukturen versorgt werden könnten. Jedoch muss an dieser Stelle noch einmal auf die

Auswirkung der Belastungserprobung auf die Auslastungsberechnung hingewiesen werden, der insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig zu Anwendung kommt.

Im Jahr 2023 wurden rund 18 % der vollstationär und rund 16 % der teilstationär versorgten Fälle der KJP nicht in der zuständigen Versorgungsregion versorgt. Nur ein geringer Anteil kam dabei aus einem anderen Bundesland oder hatte eine unbekannt Herkunft (rund 6 % im vollstationären und rund 2 % im teilstationären Bereich). Diese Ergebnisse können wahrscheinlich durch die geringe Versorgeranzahl und die – gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie - großflächigeren Versorgungsregionen begründet werden. Nur 12 vollstationäre und 17 teilstationäre Versorger waren an der Versorgung im Bereich der KJP beteiligt. Keine Daten lagen aufgrund besonderer Umstände von einem voll- und einem teilstationären Versorger vor, sodass insgesamt kein vollumfängliches Bild der Fallzahlentwicklung und -verteilung erstellt werden konnte.

Die Erreichbarkeitsanalyse verdeutlichte das begrenzt vorhandene Versorgungsangebot im vollstationären Behandlungsbereich der KJP. Zwar war es theoretisch rund 84 % der Einwohnerinnen und Einwohner möglich, einen Versorger in weniger als 40 Minuten zu erreichen, jedoch zeigten sich deutliche regionale Unterschiede. Insbesondere in der Versorgungsregion Trier ergaben sich in vielen Teilregionen theoretische Fahrzeiten über 60 Minuten. Tatsächlich konnten jedoch insbesondere die Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion (Süd)Pfalz nur zu 34 % ihren Behandlungsort in weniger als 40 Minuten erreichen. In den teils sehr groß geschnittenen Versorgungsregionen lagen die Versorger nicht zwangsläufig zentral, sodass Patientinnen und Patienten unter Umständen weite Wege zum entsprechenden Versorger zurücklegen mussten. Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Pfalzkrankenhaus ermöglicht es jedoch auch, die Patientinnen und Patienten zu Hause aufzusuchen und zu behandeln, was in der entsprechenden Erreichbarkeitsanalyse keine Berücksichtigung finden konnte.⁵⁷¹

Auch wenn es im teilstationären Bereich ein breiteres Versorgungsspektrum gab, zeichneten sich ähnliche Einschränkungen im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse ab. Zwar war es rund 94 % der Einwohnerinnen und Einwohner theoretisch möglich, einen Versorger in weniger als 40 Minuten zu erreichen, jedoch waren insbesondere die Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion Trier zum Teil von Fahrzeiten über 60 Minuten betroffen.

⁵⁷¹ Pfalzkrankenhaus: Modellvorhaben im Pfalzkrankenhaus, <https://www.pfalzkrankenhaus.de/modellvorhaben>, zuletzt abgerufen am 10.01.2025.

7 Management Summary und Handlungsempfehlungen

Im Jahr 2023 stellten in Rheinland-Pfalz 105 Krankenhausstandorte und 21 Tageskliniken die voll- und teilstationäre Versorgung der Bevölkerung sicher. 98 % der Einwohnerinnen und Einwohner konnten innerhalb von 30 Minuten einen Krankenhausstandort mit mindestens Basisnotfallstufe 1 erreichen. Auf dieser Grundlage lässt sich aus Sicht der Erreichbarkeit für 2023 eine sehr gute Notfallversorgung feststellen. Im Betrachtungsjahr 2023 standen durchschnittlich rund 23.300 beziehungsweise 23.500⁵⁷² betriebsbereite aufgestellte Krankenhausbetten für die vollstationäre Versorgung zur Verfügung. Ihre Auslastung lag bei 67 % und damit unter dem Bundesdurchschnitt von 71 %.

Die kleinteilige Bettenstruktur vieler Krankenhäuser stellt die Krankenhauslandschaft vor wirtschaftliche und qualitative Herausforderungen. In Rheinland-Pfalz verfügte rund die Hälfte der Krankenhausstandorte über weniger als 150 aufgestellte Betten, während nur neun Kliniken über 500 Betten verfügten. Zudem beeinträchtigen deutschlandweit ein erheblicher Investitionsstau⁵⁷³ und die fehlende Refinanzierung inflationsbedingter Kostensteigerungen⁵⁷⁴ die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser. Diese Entwicklungen belasten auch die Kliniken in Rheinland-Pfalz zunehmend.

Im Rahmen dieses Gutachtens konnte gezeigt werden, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz und den angrenzenden Bundesländern in enger Vernetzung erfolgt. Im Jahr 2023 wurden etwa 147.000 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz außerhalb des Bundeslandes behandelt. Gleichzeitig erhielten rund 83.000 Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern eine medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz. Daraus ergibt sich ein negatives Pendlersaldo von rund -64.000 Fällen. Das bedeutet, dass mehr Personen aus Rheinland-Pfalz zur Behandlung in ein Krankenhaus eines anderen Bundeslandes gingen (Auspendler), als Personen aus anderen Bundesländern nach Rheinland-Pfalz kamen, um dort medizinisch versorgt zu werden (Einpendler). Die meisten Auspendler ließen sich in Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg behandeln. Gleichzeitig kamen die meisten Einpendler aus Hessen nach Rheinland-Pfalz, um dort eine medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

In einigen Regionen, wie beispielsweise in Koblenz/Neuwied, sehen die Gutachtenden Potenzial für eine stärkere Zentralisierung der Krankenhausstandorte. Zudem halten sie eine weitergehende Bündelung des Versorgungsangebots in bestimmten Leistungsbereichen, etwa in der Endoprothetik, für notwendig.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurde zusätzlich festgestellt, dass auf Basis der Daten aus dem Jahr 2023 ein rechnerischer Abbau von bis zu 20 % der Bettenkapazitäten möglich wäre, ohne die Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu gefährden. Diese Kapazitäten bleiben bereits heute weitestgehend ungenutzt. Diese Zahl der reduzierbaren Betten stellt zunächst eine hypothetische Größenordnung dar, die auf dem vom MWG definierten Sollnutzungsgrad von knapp 86 % der Krankenhausbetten basiert.

⁵⁷² Die ausgewiesenen Betten basieren auf den Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz. Inklusive der SGB VII-Betten der BG Klinik Ludwigshafen. Für die im Jahr 2023 eröffnete Klinik Viktoriastift lagen keine Daten vor, hier wurden nachrichtlich die Planbetten (20) ergänzt. Bettenkapazitäten für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene (P66D, P67D und P67E) werden nicht an das Statistische Landesamt übermittelt.

⁵⁷³ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2023): DKG zur Investitionskostenfinanzierung der Kliniken, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/lander-kommen-erneut-ihrer-pflicht-zur-krankenhaus-finanzierung-nicht-nach>, zuletzt abgerufen am 18.12.2024.

⁵⁷⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024): Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung des KHVVG, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Stellungnahmen/2024-09-25_DKG-Stellungnahme_Regierungsentwurf_KHVVG.pdf, zuletzt abgerufen am 18.12.2024.

Zudem weisen die Gutachtenden darauf hin, dass die Belastbarkeit der Kennzahl der aufgestellten Betten – wie in Abschnitt 4.2.1 beschrieben – mit gewissen Unsicherheiten behaftet ist. In der Praxis dürfte die tatsächlich realisierbare Bettenreduktion daher unter der ermittelten Größenordnung liegen.

Unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung bis zum Jahr 2035 verringert sich die Anzahl der rechnerisch abbaubaren Betten. Diese Einschätzung basiert auf der erwarteten Fallzahlprognose unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklungen und hängt maßgeblich vom Fortschritt der Ambulantisierung derzeit stationär versorgter Patientinnen und Patienten ab. Die erwartete Anzahl der abzubauenen Betten wird unter dem für das Jahr 2023 ermittelten Niveau liegen. Prozentual betrachtet wird der prognostizierte Bettenbedarf im Jahr 2035 voraussichtlich etwa 15 bis 20 % unter den bestehenden Kapazitäten von 2023 liegen. Aus dieser Entwicklung ergeben sich für das MWG verschiedene Handlungsfelder, die sich im Spannungsfeld zwischen einer flächendeckenden Versorgung und der Zentralisierung von Leistungen sowie der langfristigen Sicherstellung qualitativ hochwertiger und wirtschaftlicher Versorgungsangebote bewegen.

Die Bedarfsplanung sollte regelmäßig auf Basis aktueller Fallzahlen und demografischer Entwicklungen überprüft werden. Gleichzeitig sind weitere Untersuchungen erforderlich, um Regionen zu identifizieren, in denen ein gezielter Abbau von Überkapazitäten möglich und notwendig ist. Eine Rückkehr der Fallzahlen auf das Niveau von 2019 hätte bereits deutlichen Einfluss auf die benötigten Behandlungskapazitäten im Land.

Handlungsempfehlungen

Aufbauend auf den in den vorangegangenen Kapiteln durchgeführten Analysen werden im Folgenden die zehn zentralen Handlungsempfehlungen für die stationäre Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz dargestellt. Die Aussagen basieren im Wesentlichen auf den Analysen der § 21-KHEntgG-Daten für die Jahre 2019 bis 2023 und weiteren sozioökonomischen Daten.

1. Schaffung leistungsfähiger Krankenhauszentren

Ein zentrales Handlungsfeld ist die Schaffung leistungsfähiger Krankenhausstrukturen. Zur Gewährleistung der medizinischen Versorgungsqualität und wirtschaftlich tragfähiger Krankenhausstrukturen sollen durch die Bündelung von Ressourcen und Spezialisierungen redundante und unwirtschaftliche Strukturen reduziert und die Versorgung in neuen, größeren Zentralkrankenhäusern konzentriert werden. Diese zentralisierten Strukturen sollen die Versorgung in den Regionen stärken und gleichzeitig überregional wichtige und komplexe Versorgungsaufgaben übernehmen.

Die Insolvenzen von Krankenhausstandorten in Rheinland-Pfalz stellen nicht nur eine Herausforderung für die regionale Gesundheitsversorgung dar, sondern bieten auch die Chance, ineffiziente und redundante Strukturen zugunsten moderner Zentralkrankenhäuser zu transformieren. Besonders Regionen wie Koblenz, Neuwied, Bad Kreuznach, Bingen, Pirmasens, Ludwigshafen sowie der nordwestliche Bereich Mittelrhein-Westerwald eignen sich für die Entwicklung solcher Zentren. Dies erfordert die Bündelung von Ressourcen und die Stärkung leistungsfähiger Standorte, um die medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern.

2. Gezielte Umwandlung von Bettenkapazitäten und Standorten

Die Prognose der Fallzahlen für das Jahr 2035 – mit und ohne Berücksichtigung der Ambulantisierung – zeigt, dass ein rechnerischer Abbau von rund 15 % bis 20 % der bestehenden Kapazitäten möglich wäre. Eine solche Reduktion sollte jedoch regional differenziert geplant werden, um sicherzustellen, dass weder die Erreichbarkeit noch die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird.

Insbesondere Standorte mit weniger als 150 Betten, sofern es sich nicht um spezialisierte Fachkliniken handelt, werden künftig kaum in der Lage sein, eine hochwertige medizinische Versorgung in wirtschaftlich tragfähigen und organisatorisch effizienten Strukturen aufrechtzuerhalten. Perspektivisch sollten im Sinne der Verbesserung der medizinischen Versorgung und der effizienten Nutzung von bestehender medizinischer Infrastruktur mehrere kleinere Standorte entweder zu einem größeren und leistungsfähigeren Krankenhaus zusammengeführt oder in bestehende größere Standorte integriert werden. Wo dies aus Versorgungssicht vertretbar ist, könnten solche Einrichtungen in ambulante Versorgungszentren, Pflegeeinrichtungen oder spezialisierte Tageskliniken umgewandelt werden.

Das verabschiedete KHVVG eröffnet die Möglichkeit, sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen zu etablieren, die hinsichtlich ihres Leistungsangebotes zwischen einem klassischen Krankenhaus und einem Medizinischen Versorgungszentrum anzusiedeln sind. Allerdings sind die Details zur Refinanzierung dieser neuen Konzepte durch den Bund noch nicht abschließend geklärt.

Es ist wichtig zu betonen, dass die reine Verlagerung ambulanter Leistungen in bestehende stationäre Strukturen nicht die wirtschaftlichen Probleme löst, die zur Umwandlung der betreffenden Standorte geführt haben. Stattdessen erfordert dies teils erhebliche Investitionen – sei es in die Anpassung bestehender Gebäude oder den Neubau moderner, bedarfsgerechter ambulanter Versorgungsstrukturen. Traditionelle stationäre Infrastrukturen sind nicht geeignet, um moderne und effiziente ambulante oder teilstationäre Prozesse abzubilden.

In diesem Zusammenhang gilt zu berücksichtigen, dass mit zunehmender Ambulantisierung zwar stationäre Versorgungsstrukturen entlastet werden, dies jedoch auch Auswirkungen auf die übrigen Versorgungsstrukturen haben kann. Insbesondere im ländlichen Raum fehlt es häufig an geeigneten Strukturen für die geplante sowie die komplikationsbedingte postoperative Versorgung, sodass mit einer steigenden Inanspruchnahme der lokalen Rettungsdienste sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu rechnen ist.

3. Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung

Die zukünftige Krankenhausplanung muss noch stärker am regionalen Versorgungsbedarf ausgerichtet werden. Eine Möglichkeit, die zukünftige Versorgung in strukturschwachen Regionen und ländlichen Gebieten sicherzustellen, sind alternative Versorgungsmodelle wie Telemedizin, sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen, mobile Versorgungsangebote und eine enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor. Zudem sollte geprüft werden, ob der systematische Aufbau eines Shuttleservice für Patientinnen und Patienten die Erreichbarkeit eines medizinischen Versorgers, insbesondere für mobilitätseingeschränkte oder ländlich wohnende Patientinnen und Patienten, verbessern könnte. Ergänzend könnte das MWG Pilotprojekte initiieren, um innovative sektorübergreifende Versorgungsmodelle zu erproben und die Einführung der neuen leistungsgruppenbasierten Krankenhausplanung zu begleiten.

4. Regionale Planungskonferenzen

Mit dem KHVVG wird unter anderem das Ziel verfolgt, die Erbringung insbesondere hochkomplexer Leistungen an weniger Krankenhausstandorten zu konzentrieren. Die im Gesetz geforderten personellen und apparativen Ausstattungen sowie die verpflichtend vorzuhaltenden oder wünschenswerten weiteren Leistungsgruppen führen dazu, dass nur wenige Leistungserbringer diese Anforderungen erfüllen können. Teilweise wird es jedoch auch Regionen geben, in denen mehrere Leistungserbringer künftig bestimmte Leistungsgruppen anbieten möchten und die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Beispielsweise ist dies im Bereich der Herzmedizin oder der Endoprothetik zu erwarten.

Das MWG sollte zur Vorbereitung auf die Einführung der Leistungsgruppen gemäß KHVVG regionale Planungskonferenzen durchführen und dabei klare Signale setzen, in welchen Regionen beziehungsweise bei welchen Leistungsgruppen Zentralisierungs- und Kooperationsbedarf besteht. Die Erfahrungen aus NRW zeigen, dass dadurch eine hilfreiche Veränderungsbereitschaft bei den Trägern angestoßen wurde. Diese Konferenzen sollten alle relevanten Akteure einbinden, insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen und der Kommunen, um die Anforderungen in einem transparenten Prozess darzulegen. Ein zentraler Aspekt dabei ist, berechtigte Einwände und Bedenken der Krankenhäuser ernst zu nehmen und sachlich zu überprüfen. Ziel ist es, gemeinsam tragfähige und praxisnahe Lösungen zu erarbeiten, die sowohl die Interessen der Krankenhäuser als auch die Versorgungssicherheit der Bevölkerung berücksichtigen.

Darüber hinaus können die Planungskonferenzen genutzt werden, um Best-Practice-Beispiele auszutauschen und regionale Besonderheiten stärker in die Planungen einzubeziehen. Dies betrifft insbesondere die Herausforderungen in ländlichen Regionen, in denen durch strukturelle Anpassungen die flächendeckende Versorgung gesichert werden muss. Ebenso sollten konkrete Fragestellungen zur Umsetzung und Refinanzierung der neuen Versorgungsstrukturen angesprochen werden, um Planungssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen.

5. Nutzung des Transformationsfonds und Erhöhung der Krankenhausfördermittel

Für den notwendigen Umbau und die Reduktion von Kapazitäten könnte Rheinland-Pfalz auf Mittel aus dem geplanten Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro zurückgreifen. Dabei würden für Rheinland-Pfalz rund 2,4 Milliarden Euro zur Verfügung stehen, wobei die Hälfte vom Land bereitgestellt werden muss. Dies wurde bereits mit dem Doppelhaushalt 2025/2026 vom Land aufgegriffen. Damit verstärkt das Land die eigenen Krankenhausinvestitionsmittel und mobilisiert finanzielle sowie organisatorische Ressourcen, um den anstehenden Strukturwandel zu unterstützen. Insbesondere die Kosten für den Abbau redundanter Versorgungsstrukturen und die regionale Konzentration kleinerer Krankenhäuser in größere Strukturen in Rheinland-Pfalz dürften die zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Transformationsfonds deutlich übersteigen. Damit ist ausdrücklich nicht die Schaffung weniger Zentralkrankenhäuser auf Kosten der dezentralen Versorgung in Rheinland-Pfalz gemeint, sondern der Abbau von ineffizienten und redundanten Krankenhausstandorten, die regional dicht beieinander liegen. Mittelfristig wird es unumgänglich sein, mehrere Standorte zu neuen Zentralkrankenhäusern zusammenzufassen. Für den Neubau eines Krankenhauses mit mehr als 500 Betten sind beispielsweise Summen von 400 bis 750 Millionen Euro pro Standort realistisch, sodass sich dieser Prozess über einen längeren Zeitraum erstrecken wird.

Zudem ist für die Transformation von Krankenhausstandorten in sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen mit einem weiteren – aber deutlich geringerem – Investitionsaufwand zu rechnen. Anhand der den Gutachtenden vorliegenden Daten konnte nicht abschließend beurteilt werden, ob die vom Land bereitgestellten Investitionsmittel ausreichen, um die tatsächlichen Investitionskosten zu decken. Bemerkenswert ist jedoch, dass 77 % der im Rahmen des Gutachtens befragten Krankenhausvertreterinnen und -vertreter

ihre eigene Investitionsfähigkeit als eher schlecht bis sehr schlecht bewerten. Diese Einschätzung deutet darauf hin, dass die verfügbaren Mittel den finanziellen Anforderungen der Einrichtungen möglicherweise nicht gerecht werden.

Überdies wird empfohlen, die Systematik der Verteilung der pauschalen Fördermittel zu überprüfen und an die Leistungsgruppensystematik anzupassen. Dies wird wahrscheinlich nur mit einer grundsätzlichen Überarbeitung der aktuellen Verteilungssystematik der Fördermittel gelingen. Neben der spezifischen Förderung zur Erbringung einzelner Leistungsgruppen sollte eine zusätzliche Gewichtung der Verteilungsparameter entwickelt werden, die insbesondere die Erbringung von Leistungsgruppen in versorgungsrelevanten Krankenhäusern gezielt unterstützt.

6. Unter- und Fehlversorgung vermeiden

Sofern der Aspekt der teils redundanten Versorgungsstrukturen ausgeklammert wird, ist die Versorgung in Rheinland-Pfalz mit stationären Krankenhausleistungen grundsätzlich gut. Insbesondere im Bereich der Notfallversorgung ist die Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten flächendeckend gegeben.

Im Folgenden werden jedoch ausgewählte Leistungen näher betrachtet, bei denen Verbesserungspotenziale festgestellt wurden:

- Im Bereich der Schlaganfallversorgung wird dringend empfohlen, das telemedizinische Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz „TemeS-RLP“ auf weitere Regionen und Krankenhausstandorte in Rheinland-Pfalz auszuweiten. Zwar ist die flächendeckende Erreichbarkeit von Stroke Units im Land grundsätzlich gewährleistet, jedoch werden etwa 7 % aller Schlaganfälle in Krankenhäusern behandelt, die als nicht geeignet bewertet wurden. Besonders auffällig ist das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald, wo 11 % der Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Einrichtungen ohne (zertifizierte oder nicht zertifizierte) Stroke Unit versorgt wurden. Dieser Wert liegt über dem Durchschnitt von Rheinland-Pfalz (7 %).
- Im Bereich der Herzchirurgie nehmen fünf⁵⁷⁵ Versorger am Leistungsgeschehen teil. Diese sind zum Teil vergleichsweise klein – mit den bekannten Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Es wird daher eine Konzentration der Leistungen auf weniger Standorte empfohlen. Dabei sollte jedoch auf eine vertretbare Balance zwischen landesweiter Erreichbarkeit und Zentralisierung von Leistungen geachtet werden.
- Gemäß den vom StaLA-RLP übermittelten Angaben zu aufgestellten Betten und tagesklinischen Plätzen gab es im Jahr 2023 nur zwei geriatrische Tageskliniken (in Bad Kreuznach und Grünstadt). Insbesondere in Ballungsgebieten wie Trier, Koblenz und Kaiserslautern könnte der Aufbau von Behandlungsangeboten die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten, die von einer teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, verbessern.
- Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin konnten einige Regionen in Rheinland-Pfalz identifiziert werden, für die geprüft werden sollte, inwiefern durch eine telemedizinische Vernetzung mit anderen Einrichtungen die Erreichbarkeit beziehungsweise das Versorgungsangebot verbessert werden könnte.

7. Konzentration von Leistungen unter aktiver Gestaltung des MWG

In einigen elektiv geprägten Leistungsgruppen sowie in Versorgungsbereichen mit vom G-BA festgelegten Mindestmengen lässt sich eine Vielzahl von Leistungsanbietern identifizieren. Dies lässt sich unter anderem in den Bereichen der Endoprothetik, der Pankreas- und Ösophaguschirurgie, der Senologie sowie den

⁵⁷⁵ Wenn die Dependence der Unimedizin Mainz in Wiesbaden berücksichtigt wird, sind es sechs Standorte.

EPU/Ablationen beobachten. In einigen Regionen bestehen jedoch auch grundsätzliche Versorgungsstrukturen die hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit hinterfragt werden können, wie beispielsweise in der geburtshilflichen Versorgung im Großraum zwischen Worms und Speyer. Dies betrifft sowohl die allgemeine geburtshilfliche Versorgung als auch den Betrieb von Perinatalzentren des Levels 1. Beispielsweise im Großraum Ludwigshafen deutet die vergleichsweise hohe Dichte an Krankenhäusern mit Geburtshilfe darauf hin, dass eine Zusammenlegung geburtshilflicher Einrichtungen sinnvoll sein könnte, ohne die Erreichbarkeit für die Bevölkerung spürbar zu beeinträchtigen. Zudem sind in dieser Region auch zwei der drei Geburtshilfe-Standorte verortet, die deutlich unter 500 Geburten im Jahr betreuen. Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in Perinatalzentren Level 1 könnte zudem geprüft werden, ob eine Reduktion des Leistungsangebotes in Regionen wie Koblenz-Neuwied sinnvoll ist, um das Erreichen der Mindestmengen dauerhaft zu sichern.

Im Sinne einer stärkeren Zentrenbildung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität sollte das MWG im Rahmen der bevorstehenden Krankenhausplanung eine grundsätzliche Reduktion der Zahl der Leistungserbringer anstreben, insbesondere für die hier genannten Beispiele. Das Land sollte dabei die anstehende Umsetzung des KHVVG nutzen, um durch die Etablierung von Leistungsgruppen gezielt auf die Steuerung von Versorgungsangeboten Einfluss zu nehmen und seinen Gestaltungsspielraum effektiv auszuschöpfen. Jedoch sollte bei der Konzentration von Leistungen auch abgewogen werden, ob die jeweiligen Kriterien gemäß Weiterbildungsverordnung für die Ermächtigung zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung nach der Verschiebung von einzelnen Leistungsgruppe weiterhin erfüllbar bleiben. Darüber hinaus muss auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit derjenigen Krankenhäuser mitgedacht werden, die im Rahmen einer Verlagerung von Leistungsgruppen relevante Umsatzrückgänge zu erwarten haben.

8. Stärkung und Refinanzierung von Krankenhäusern, die übergreifende koordinierende Funktionen übernehmen

Während der Pandemie übernahmen einzelne Kliniken koordinierende Aufgaben, etwa im Rahmen des Kleeblattsystems⁵⁷⁶. Diese Funktion wurde von mehreren befragten Schlüsselakteuren als sinnvoll bewertet und wird auch für die Zukunft gewünscht – Stichwort „Intensivkoordinator“⁵⁷⁷ für einzelne Versorgungsgebiete“. Allerdings muss diese Tätigkeit ausreichend refinanziert werden, um ihre Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Zudem ist der Ausbau von telemedizinischen Unterstützungsangeboten, zum Beispiel im Bereich der Schlaganfallversorgung, ein zentraler Aspekt, der durch die Förderung und den Ausbau koordinierender Zentren erreicht werden kann. Der damit zusammenhängende organisatorische Aufwand sollte vom Land refinanziert werden.

⁵⁷⁶ Das Kleeblatt-System aus der Pandemie war ein bundesweites Konzept in Deutschland zur überregionalen Verlegung von Intensivpatienten. Es teilte das Land in fünf sogenannte "Kleeblätter" (Regionen) auf: Nord, Ost, Süd, West und Südwest. Jede Region hatte eine zentrale Koordinierungsstelle, die die Kapazitäten in den Kliniken überwachte und – im Fall von Überlastungen in einem Gebiet – Patientinnen und Patienten in andere Regionen verlegte. Das Ziel war es, eine Überlastung einzelner Krankenhäuser oder Regionen zu vermeiden und eine gleichmäßige Versorgung sicherzustellen.

⁵⁷⁷ Ein Intensivkoordinator koordiniert die regionale Verteilung von Intensivbetten sowie Intensivpatienten und -patientinnen und arbeitet mit Krankenhäusern und Behörden zusammen, um eine optimale Patientenversorgung sicherzustellen.

9. Kapazitäten für spezifische Leistungsbereiche ausbauen

Neben Versorgungsangeboten, bei denen eine Verringerung der Anzahl der Leistungsanbieter sinnvoll erscheint, konnten auch Bereiche identifiziert werden, die daraufhin überprüft werden sollten, ob das aktuelle Versorgungsangebot im Land ausreichend ist. Dazu zählt unter anderem der Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Von den rund 1.850 Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz, die deutschlandweit behandelt wurden, wurden im Jahr 2023 nur etwa 61 % innerhalb von Rheinland-Pfalz versorgt. Ob dies daran lag, dass es kein ausreichendes Behandlungsangebot gab, kann nicht abschließend überprüft werden. Viele dieser Patientinnen und Patienten wurden beispielsweise in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen behandelt. Um alle in Rheinland-Pfalz lebenden Menschen innerhalb des eigenen Bundeslandes versorgen zu können, wären gemäß der in Abschnitt 6.2 dargestellten Herleitung zukünftig zusätzliche Behandlungskapazitäten in Höhe von etwa 123 Betten erforderlich.

Im Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald gibt es insbesondere in der Region Koblenz zahlreiche Krankenhäuser mit erweiterter Notfallversorgung, jedoch keinen Standort mit einer umfassenden Notfallversorgung. Ein Standort strebt seit 2024 an, die Strukturvoraussetzungen einer umfassenden Notfallversorgung zu erfüllen. Sollte das in der bestehenden Struktur nicht gelingen, könnte dies vermutlich nur durch eine Fusion von Standorten in der Region Koblenz realisiert werden.

10. Verstärkte länderübergreifende Krankenhausplanung

Die Analysen der Erreichbarkeit medizinischer Leistungen und der länderübergreifenden Pendlerströme verdeutlichen erhebliche Patientenbewegungen zwischen den Bundesländern. Dabei zeigt sich, dass insbesondere in den Grenzregionen zu Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und zum Saarland mehr Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz in die benachbarten Bundesländer zur Behandlung pendeln als Menschen aus diesen Bundesländern zu diesem Zweck nach Rheinland-Pfalz kommen. Eine engere Abstimmung und gemeinsame Planung der stationären Versorgung zwischen Rheinland-Pfalz und seinen Nachbarbundesländern bietet daher großes Potenzial. Durch eine gezielte Kooperation könnten medizinische Leistungen sinnvoll gebündelt und Synergien geschaffen werden – insbesondere im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Eine länderübergreifende Zusammenarbeit könnte die wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung in Grenzregionen verbessern und gleichzeitig begrenzte Ressourcen, insbesondere Fachkräfte, effizienter nutzen. Dabei sollte der Fokus insbesondere auf die gemeinsame Planung von spezialisierten Versorgungsstrukturen für komplexe und seltene Erkrankungen gerichtet werden.

Ein Beispiel hierfür ist die Herzinfarktversorgung, bei der eine grenzüberschreitende Planung von spezialisierten Einrichtungen mit Herzkatheterlaboren notwendig sein könnte. Rheinland-Pfalz sollte daher gemeinsam mit den angrenzenden Bundesländern eine Analyse der bestehenden Kapazitäten und ihrer Erreichbarkeit durchführen, um Potenziale für eine koordinierte Planung zu identifizieren. Aufbauend auf den Ergebnissen könnten Schritte zu einer integrierten, länderübergreifenden Versorgungsstrategie unternommen werden.