

# Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg

 Textteil

Beschluss der Landesregierung  
vom 9. November 2010



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIEN UND SENIOREN

- 1. EINLEITUNG**
- 2. RECHTSGRUNDLAGEN DES KRANKENHAUSPLANS**
  - 2.1 KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ
  - 2.2 LANDESKRANKENHAUSGESETZ BADEN-WÜRTTEMBERG
  - 2.3 SOZIALGESETZBUCH V
- 3. FUNKTION UND BEDEUTUNG DES KRANKENHAUSPLANS**
  - 3.1 ANPASSUNG DES KRANKENHAUSPLANS
  - 3.2 VERKNÜPFUNG DER KRANKENHAUSPLANUNG MIT DER KRANKENHAUSFÖRDERUNG
- 4. INHALT DER KRANKENHAUSPLANUNG**
  - 4.1 STRUKTUR DER KRANKENHAUSPLANUNG
    - 4.1.1 Rahmenplanung
    - 4.1.2 Planung mit Festlegung der Anzahl von Krankenhausbetten
  - 4.2 BELEGABTEILUNGEN
  - 4.3 TEILSTATIONÄRE VERSORGUNGSANGEBOTE
  - 4.4 VERSORGUNGSGEBIETE, LEISTUNGSSTUFEN
  - 4.5 FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG UND VERSORGUNG IM LÄNDLICHEN RAUM
  - 4.6 KINDGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG
  - 4.7 GEBURTSMEDIZIN, VERSORGUNG VON FRÜH- UND NEUGEBORENEN
  - 4.8 NOTFALLVERSORGUNG UND KATASTROPHENSCHUTZ
  - 4.9 ORGAN- UND GEWEBESPENDE
  - 4.10 VIELFALT DER KRANKENHAUSTRÄGER
- 5. MEDIZINISCHE FACHPLANUNGEN**
  - 5.1 KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND – PSYCHOTHERAPIE
  - 5.2 PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE
  - 5.3 NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION PHASE B
  - 5.4 GERIATRIE
  - 5.5 SCHLAGANFALLVERSORGUNG
  - 5.6 VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT CHRONISCHEN SCHMERZZUSTÄNDEN
  - 5.7 TUMORZENTREN UND ONKOLOGISCHE SCHWERPUNKTE
  - 5.8 WEANING (BEATMUNGSENTWÖHNUNG)
  - 5.9 CHRONISCHE DIALYSE
- 6. ZUWEISUNG BESONDERER AUFGABEN**
- 7. VERFAHREN DER PLANAUFSTELLUNG UND DER FORTSCHREIBUNG**
- 8. AUSBILDUNGSSTÄTTEN**
- 9. VERZEICHNIS DER ZUGELASSENEN KRANKENHÄUSER**

## **1. Einleitung**

Das Land Baden-Württemberg hat 1977, 1982 sowie 1989, 1994 und 2000 Krankenhauspläne verabschiedet. Die Veröffentlichung erfolgt aufgrund § 4 Abs. 3 Landeskrankenhausgesetz. Der nunmehr vorliegende Krankenhausplan 2010 löst die bisherigen Pläne ab und stellt eine aktuelle Grundlage für die Beurteilung der Krankenhaus-situation in Baden-Württemberg dar. Der Krankenhausplan setzt die Verpflichtung aus § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie aus § 1 Landeskrankenhausgesetz um, in dem er eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicher stellt und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beiträgt.

Der Krankenhausplan wurde nach § 4 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren (Sozialministerium) erstellt und am 9. November 2010 von der Landesregierung beschlossen. Der Beschluss wurde im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg am 12. November 2010 veröffentlicht. Die betroffenen Krankenhäuser wurden bzw. werden zu allen zu treffenden Einzelfallentscheidungen angehört.

Der Krankenhausplan ist wie folgt gegliedert:

Ziffer 1 bis 7 enthält die Grundlagen und das Verfahren der Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg.

Ziffer 8 enthält die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten entsprechend § 2 Nr. 1a KHG.

Ziffer 9 enthält eine Übersicht über die zugelassenen Krankenhäuser mit Fachgebieten, Bettenzahlen sowie besonderen Aufgaben. Darüber hinaus enthält er Zusammenfassungen für die einzelnen Stadt- bzw. Landkreise, die Regierungsbezirke und für das Land Baden-Württemberg.

## **2. Rechtsgrundlagen des Krankenhausplans**

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

Der Krankenhausplan richtet sich in erster Linie an die Behörden sowie an die Fachöffentlichkeit. Der Inhalt des Krankenhausplans wird gegenüber dem einzelnen Krankenhaus durch den Feststellungsbescheid des zuständigen Regierungspräsidiums wirksam, vgl. § 7 Abs. 1 LKHG.

### **2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verfolgt den Zweck, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 S. 1 KHG). Zur Verwirklichung dieser Ziele stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (§ 6 Abs. 1 KHG).

### **2.2 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg**

Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) präzisiert und ergänzt den planerischen Sicherstellungsauftrag und das Nähere zur Investitionsförderung. Der Krankenhausplan stellt die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in Baden-Württemberg erforderlichen Krankenhäuser dar (§ 5 Abs. 1 LKHG). Der Krankenhausplan weist auch die als bedarfsgerecht angesehenen und mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten aus (§ 5 Abs. 2 LKHG).

### **2.3 Sozialgesetzbuch V**

Das Sozialgesetzbuch V enthält wesentliche Regelungen zur Krankenhausversorgung, insbesondere in den §§ 107, 108, 109, 110, 115 und 116.

## **3. Funktion und Bedeutung des Krankenhausplans**

### **3.1 Anpassung des Krankenhausplans**

Krankenhausplanung ist ein kontinuierlicher Prozess. Daher kann und will dieser Krankenhausplan lediglich die derzeitige Situation der Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg beschreiben. Da sich die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Morbidität, neue und bessere Methoden von Diagnostik und Therapie, neue Organisationsformen zur Leistungserbringung oder die gesetzlichen Grundlagen laufend verändern, besteht der Zwang zur ständigen Beobachtung und Anpassung der krankhausplanerischen Entscheidungen an die Entwicklung. Dies gilt insbesondere für die demographische Entwicklung, die freilich bereits in den vergangenen Jahren Einfluss auf die Krankenhausplanung genommen hat und entsprechend berücksichtigt wurde.

Die für jedes Krankenhaus getroffenen Festlegungen stehen stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Anpassung an die Entwicklung (§ 4 Abs. 1 Satz 4 LKHG). Daraus folgt, dass permanent Krankenhäuser oder Teile davon (z.B. Fachabteilungen, Betten, Behandlungsplätze), die nicht mehr medizinisch leistungsfähig, kostengünstig oder bedarfsnotwendig sind, auf Grund von Einzelentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde geändert bzw. aufgehoben werden können, vgl. § 7 Abs. 4 Satz 1 LKHG. Ebenso können neue Versorgungsangebote, insbesondere auf Grund der Fortschritte in der Medizin und Medizintechnik, neu in den Krankenhausplan aufgenommen und damit einzelnen Krankenhäusern als Versorgungsauftrag zugewiesen werden; zudem können fachliche Zuordnungen geändert werden.

Die hier vorgelegte Fortschreibung ist insbesondere von dem Bestreben getragen, die Empfehlungen der Expertenkommission „Zukunft der

Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ umzusetzen. Wesentliche Forderung der Kommission und damit Grundgedanke des Krankenhausplans 2010 ist der Abbau entbehrlicher Detailvorschriften und eine Vermehrung der Gestaltungsfreiheit der beteiligten Krankenhäuser und Krankenkassen vor Ort. Das Sozialministerium muss in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass mit dieser Erweiterung der Handlungsfreiheit auch eine höhere Verantwortung der Beteiligten für die Krankenversorgung vor Ort einhergeht.

### **3.2 Verknüpfung der Krankenhausplanung mit der Krankenhausförderung**

Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe des § 8 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Anspruch auf Förderung soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Nach § 11 Abs. 1 LKHG werden zur Förderung des Krankenhausbaus in Baden-Württemberg jährliche Investitionsprogramme (Jahreskrankenhausbauprogramme) aufgestellt. Das Jahreskrankenhausbauprogramm wird vom Sozialministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss (LKHA) erstellt. Anschließend wird das Jahreskrankenhausbauprogramm vom Ministerrat abschließend beraten; die konkrete Förderung der entsprechenden Projekte unterliegt dabei grundsätzlich der abschließenden Zustimmung des Ministerrates.

Für die Aufnahme eines Krankenhausinvestitionsvorhabens in das Jahreskrankenhausbauprogramm sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

#### *Krankenhausplanung*

Das Krankenhaus und sein Leistungsangebot muss für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung zumindest mittelfristig notwendig sein. Wohnortnähe bedeutet, dass das Angebot für die Bevölkerung in zumutbarer Entfernung erreichbar ist.

Das Krankenhaus muss die Vorgaben des Krankenhausplanes erfüllen, wirtschaftlich arbeiten und bedarfsgerecht sein. Gegebenenfalls sind krankenhauserische Anpassungen vorzunehmen.

#### *Krankenhausförderung*

Höchste Priorität für eine Förderung genießen Vorhaben, die der Verbesserung der Krankenhausstruktur dienen (z.B. Optimierung von Krankenhausstandorten/Betriebsstellen, Zusammenlegung von Fachbereichen, Bildung von Behandlungsschwerpunkten, Zusammenschluss von Krankenhäusern durch den Bau einer zentralen Einheit). Mit solchen Projekten müssen die betriebliche Organisation, der fachliche Zuschnitt und die betrieblichen Abläufe verbessert werden. Damit das langfristige Ziel einer Absenkung der Kosten des Gesundheitswesens erreicht werden kann, müssen sich durch solche Projekte die Betriebskosten reduzieren lassen bzw. Effizienzsteigerungen ergeben. Gleichzeitig muss eine medizinisch leistungsfähige Patientenversorgung sichergestellt werden.

Hierzu gehören auch Maßnahmen wie die Kooperation und die Zusammenarbeit einzelner Krankenhäuser, beispielsweise im Bereich der Materialwirtschaft, Apotheke, Verwaltung, Labor, Sterilisation.

Mit diesen Strukturmaßnahmen müssen nachhaltige Synergieeffekte, wie beispielsweise die gemeinsame Nutzung einzelner Betriebsstellen erzielt werden. Die Auswirkungen des Vorhabens auf die Betriebskosten sind zu berücksichtigen.

#### *Erfüllung von Auflagen:*

Erfüllung baurechtlicher, hygienischer und leistungsrechtlicher Auflagen, z.B. zur Verbesserung des Brandschutzes, der Klimatechnik/Elektrotechnik, oder der räumlichen/flächenmäßigen Voraussetzungen. Mit solchen Vorhaben wird die Betriebssicherheit und damit die Existenz des Krankenhauses sicher gestellt.

#### *Funktionsbereiche*

Die Optimierung von Funktionsbereichen hat für den Versorgungsauftrag des Krankenhauses große Bedeutung. Aus diesem Grund genießen Sanierungsmaßnahmen im Behandlungsbereich im Vergleich zu Maßnahmen im Pflege- und Wirtschaftsbereich Vorrang.

#### *Bauabschnitte*

Ein großer Teil der Sanierungsmaßnahmen in Krankenhäusern kann nur abschnittsweise realisiert werden. Dies bedeutet, dass ein nachfol-

gender Bauabschnitt erst nach Fertigstellung des vorausgegangenen in einem Programm berücksichtigt wird. Das Land ist jedoch bestrebt, die Bauabschnitte bei Gesamtanierungen nahtlos fortzusetzen.

#### *Planungsstand*

Ein wesentliches Kriterium für die Aufnahme einer Maßnahme in ein Jahreskrankenhausbauprogramm ist der Verfahrensstand. Das berücksichtigte Projekt sollte im Programmjahr bewilligt und möglichst auch begonnen werden. Dies führt oftmals dazu, dass an sich dringliche Vorhaben wegen fehlender Antragsunterlagen hinsichtlich der Förderung verschoben werden müssen. Andererseits können Projekte bei entsprechender Beschleunigung des Planungsverfahrens vorgezogen in ein Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommen werden.

#### *Nachhaltiges Bauen*

Die Krankenhausförderung soll im Rahmen der bundesgesetzlich definierten Vorgaben des dualen Fördersystems landesweit einen Beitrag zum Nachhaltigen Bauen leisten. Durch die geforderte, vollständige Einhaltung der jeweils zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Energieeinsparverordnung EnEV kann der Primärenergiebedarf der Krankenhäuser künftig deutlich reduziert werden. Die ökologisch anzustrebende Ressourcenschonung führt zu geringeren Betriebskosten. Dies trägt zu einer weiteren Stärkung der Wirtschaftlichkeit des Hauses und damit zur nachhaltigen Standortsicherung bei. Ansonsten werden die Grundsätze und Kriterien des nachhaltigen Bauens bei den anstehenden Förderentscheidungen, u.a. auch durch das vorgeschaltete baufachliche, projektspezifische Prüfverfahren angemessen berücksichtigt.

## **4. Inhalt der Krankenhausplanung**

### **4.1 Struktur der Krankenhausplanung**

#### 4.1.1 Rahmenplanung

Die Krankenhausplanung ist gemäß § 6 LKHG als Rahmenplanung angelegt. Das Land verzichtet grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen.

Die Krankenhäuser erfüllen die Anforderungen für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Leistungserbringung. Nur in Ausnahmefällen wird eine Leistungsplanung in Form medizinischer Fachplanungen (Versorgungskonzepte gem. § 4 Abs. 1 Satz 2 LKHG) vorgenommen. Der vom Land vorgegebene Rahmen wird gemäß § 11 Abs.1 KHEntgG von den Pflegesatzparteien vor Ort ausgefüllt. Dabei ist möglichst Einvernehmlichkeit anzustreben. Im Falle einer Nichteinigung kann eine Entscheidung der Schiedsstelle gem. § 18a KHG herbeigeführt werden. In diesem Rahmen sind auch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V möglich, insbesondere im Rahmen medizinischer Fachplanungen.

Die planerischen Festlegungen betreffen insbesondere

- den Standort des Krankenhauses und ggfs. den Standort seiner Betriebsstellen,
- die Gesamtplanbettenzahl und
- die bedarfsgerechten Fachabteilungen des Krankenhauses
- die Festlegung von Leistungsschwerpunkten bei „einheitlichen Krankenhäusern“ und Fachkliniken.

Die Krankenhausrahmenplanung orientiert sich vor allem an der medizinischen Leistungsfähigkeit und Zweckmäßigkeit, an der langfristig zu sichernden medizinischen Qualität, an der möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung, an der Sicherung der wohnortnahen, regionalen medizinischen Versorgung (siehe auch Ziffer 4.5), an der Sicherung der Notfallversorgung (siehe auch Ziffer 4.8), an der Sicherung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, an der Sicherung der Vielfalt der Krankenhausträger (siehe auch Ziffer 4.10) und an einer sinnvollen regionalen und fachlichen Aufgabenteilung zwischen den medizinischen Leistungserbringern.

Die Planung der Fachabteilungen findet grundsätzlich auf der Ebene der Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der jeweils aktuell gültigen Fassung statt. Die somatischen Fachgebiete werden dabei – außer in den nachstehend genannten Ausnahmen – hinsichtlich ihrer Bettenzahl zusammengefasst. Von der

Möglichkeit des § 6 Abs. 1 Satz 6 LKHG, Betten abteilungsbezogen festzulegen, wird somit in der Regel kein Gebrauch gemacht. Der Krankenhaussträger hat die Möglichkeit, innerhalb des festgelegten somatischen Planbettenkontingents die Betten auf die verschiedenen Fachabteilungen in eigener Verantwortung zu verteilen. Zur Verbesserung der Transparenz werden den Pflegegesellschaften vor Ort im somatischen Bereich Übersichten des jeweiligen Krankenhauses zur Bettenvorhaltung je Fachgebiet zur Verfügung gestellt. Für große Fachgebiete wird empfohlen, auch eine Untergliederung in Teilgebiete zur Verfügung zu stellen. Das jeweilige Fachgebiet muss die Versorgung entsprechend den Anforderungen in der jeweils aktuellen WBO gewährleisten. Die Schwerpunkte der jeweils aktuellen WBO sind grundsätzlich sowohl bei den Bedarfsprognosen als auch bei den Bestandszahlen im jeweiligen Gebiet enthalten.

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

Als Richtwerte für die angemessene Bettennutzung werden angesetzt:

Kinderheilkunde	75%
Augenheilkunde, Frauenheilkunde, HNO, MKG, Nuklearmedizin (Therapie), Urologie	80%
Chirurgie, Dermatologie, Innere Medizin, Neurochirurgie, Strahlentherapie,	82%
Herzchirurgie, Neurologie	85%
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik	90%

#### 4.1.2 Planung mit Festlegung der Anzahl von Krankenhausbetten

Das Land wird - neben der Gesamtzahl der Planbetten - weiter folgenden Fachgebieten eine konkrete Anzahl von Betten zuweisen:

Psychiatrie und Psychotherapie

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Unterhalb der Ebene der Fachgebiete wird aus besonderem landesplanerischem Interesse die konkrete Bettenzahl ausgewiesen:

Herzchirurgie

Neurologische Frührehabilitation Phase B

Nuklearmedizinische Therapie

Beatmungsentwöhnung (Weaning)

Niederschwelliger Entzug

Darüber hinaus können einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben mit einer konkreten Bettenzahl zugewiesen werden.

## 4.2 Belegabteilungen

Der Krankenhausplan nimmt auf die Frage der Leitung von Fachabteilungen durch hauptamtliche und / oder niedergelassene Ärzte keinen Einfluss. Eine Abstimmung mit den Krankenkassen wird empfohlen.

## 4.3 Teilstationäre Versorgungsangebote

Die Krankenhausrahmenplanung unterstützt das Ziel des § 39 Abs. 1 SGB V, wonach vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus erst dann in Betracht zu ziehen ist, wenn zuvor geprüft wurde, ob das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Teilstationäre Plätze werden abteilungsbezogen und mit konkreter Platzzahl geplant. Krankenhaussträger und Krankenkassen sollen sich vor der krankenhauplanerischen Ausweisung neuer somatischer teilstationärer Kapazitäten in Form einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V über das hier zu erbringende Leistungsspektrum einigen. Im Falle einer Nichteinigung innerhalb von 6 Monaten entscheidet das Land.

Diese Regelung steht unter dem Vorbehalt einer Evaluierung und einer anschließenden Beratung im Landeskrankenhausausschuss.

In der Regel ist bei Neuerrichtung von teilstationären Versorgungsangeboten eine Anrechnung auf bisherige vollstationäre Bereiche vorzunehmen.

#### **4.4 Versorgungsgebiete, Leistungsstufen**

Grundsätzlich hat jedes Krankenhaus seinen historisch gewachsenen Versorgungsbereich, der sich in der Regel an früheren oder aktuellen Verwaltungsgrenzen orientiert. Je nach geographischer Lage, Größe und Aufgabenstellung eines Krankenhauses kann sein Einzugsbereich über die Kreis-, Regions- oder Landesgrenzen hinaus reichen. Wie die Analyse der Wanderungsbewegungen der Patienten zeigt, kümmern sich die Patienten und die einweisenden Ärzte vielfach jedoch wenig um bestehende Verwaltungsgrenzen und nehmen das ihnen geeignet erscheinende Krankenhaus in Anspruch. Bei der krankenhauplanerischen Bewertung eines Krankenhauses wird daher grundsätzlich als Versorgungsgebiet die Raumschaft angesehen, aus der der überwiegende Teil der Patienten stammt und entsprechend in der Herkunftsortestatistik dokumentiert ist. Soweit die Sicherstellung der Versorgung es erfordert, können jedoch insbesondere im Rahmen einer Versorgungskonzeption den Krankenhäusern definierte Versorgungsbereiche zugeordnet werden.

Je weiter sich das Versorgungsgebiet eines Krankenhauses ausdehnt, umso umfassender wird sein Leistungsspektrum sein und auch seltener nachgefragte und teure Leistungen einbeziehen. Umgekehrt sollen häufig nachgefragte und mehr der Routine zuzurechnende Leistungen von möglichst vielen Krankenhäusern angeboten werden. Die in den früheren Krankenhausplanungen vorgenommene Zuweisung von Leistungsstufen hat sich in diesem Zusammenhang als entbehrlich erwiesen und wird hiermit aufgehoben.

#### **4.5 Flächendeckende Versorgung und Versorgung im ländlichen Raum**

Die Versorgung mit Krankenhausleistungen soll im Flächenstaat Baden-Württemberg möglichst flächendeckend erfolgen. Dies ist trotz zunehmend notwendiger Konzentration in Baden-Württemberg nach wie vor gewährleistet.

Neben der Ortsnähe hat die dauerhafte Sicherstellung der medizinischen Qualität und der wirtschaftlichen Leistungserbringung besondere Bedeutung. Sie wird in vielen Fällen nur durch Konzentration und zwischen einzelnen Krankenhäusern abgestimmten Leistungsschwerpunkten erreichbar sein. Das bedeutet, dass je allgemeiner und häufiger bestimmte Leistungen vorkommen, vor allem im internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Bereich, desto ortsnäher können sie erbracht werden. Je seltener Leistungen notwendig werden, je höher der Spezialisierungsgrad ist oder je höher die Vorhaltekosten ausfallen, desto ortsferner kann die Versorgung erfolgen. Je nach Entwicklung der Nachfrage und des Leistungsgeschehens ist es nicht ausgeschlossen, dass im Einzelfall auch bisher vorhandene Fachabteilungen aufgegeben werden müssen. In diesem Zusammenhang soll die Umstrukturierung kleiner, für die stationäre Akutversorgung nicht mehr benötigter Krankenhausstandorte in ambulant ausgerichtete Gesundheitszentren/medizinische Versorgungszentren unterstützt werden.

Auch der Einsatz der Telemedizin kann dazu beitragen, die ortsnahe Versorgung zu erhalten oder zu verbessern.

Eine gute medizinische Versorgung in dünner besiedelten Gebieten muss nicht zuletzt auch durch ein leistungsfähiges System des Rettungsdienstes sichergestellt werden. Entscheidend für eine wirkungsvolle Versorgung der Patienten ist dabei vor allem die richtige und rechtzeitige medizinische Erstversorgung und die sich daran anschließende Auswahl des für die Weiterbehandlung der Patienten geeigneten Krankenhauses.

Eine leistungsfähige Infrastruktur, zu der auch eine flächendeckende und leistungsfähige Krankenversorgung gehört, ist für die Weiterentwicklung des ländlichen Raums unverzichtbar. Der

vom Ministerrat eingesetzte ressortübergreifende Kabinettsausschuss „Ländlicher Raum“ hatte die Aufgabe, zukunftsorientierte Zielvorstellungen und konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des ländlichen Raumes zu erarbeiten. Eine Reihe von Empfehlungen werden derzeit umgesetzt.

#### **4.6 Kindgerechte Krankenhausversorgung**

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat bereits in ihrer 70. Sitzung im Jahr 1997 Empfehlungen zur Verbesserung der kindgerechten Krankenhausversorgung verabschiedet. Danach sollen als Hauptanliegen krankenhausbefürchtete Kinder und Jugendliche vorrangig in pädiatrischen Fachabteilungen behandelt werden, auch wenn der Behandlungsanlass zur Aufnahme in einer anderen Abteilung geführt hat. Kinder, die nicht in pädiatrischen Krankenhausabteilungen behandelt werden, sollen vorrangig von Kinderkrankenschwestern betreut und nicht in einem Raum mit Erwachsenen untergebracht werden. Auch sollen Krankenhäuser, in denen Kinder behandelt werden, die Mitaufnahme einer Bezugsperson des Kindes ermöglichen, wenn dies nach ärztlicher Beurteilung medizinisch notwendig ist. Dem können die Krankenhäuser im Rahmen ihrer organisatorischen Möglichkeiten und unter Berücksichtigung des Krankenhausvergütungssystems in jeder Hinsicht Rechnung tragen. Im Rahmen der Krankenhausförderung werden Räume und Flächen von Kinderabteilungen in Abstimmung mit dem jeweiligen Krankenhausträger individuell festgelegt und auch Räume für die Mitaufnahme von Eltern vorgesehen.

#### **4.7 Geburtsmedizin, Versorgung von Früh- und Neugeborenen**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet das Land, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. In der Geburtshilfe konkretisiert sich das gesetzliche Kriterium der Leistungsfähigkeit in der Forderung: Die Erhaltung von Leben und Gesundheit von Mutter und Kind geht allen weiteren Erwägungen vor. Maßstab für die Erfüllung dieser Forderung sind die von der Selbstverwaltung beschlossenen Qualitätssicherungs-

ungsmaßnahmen. Unter Bezugnahme auf § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zum 20.9.2005 eine „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. In ihr werden die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der versorgenden Einrichtungen geregelt einschließlich der Kriterien für die Aufnahme.

Die Einstufung einer Klinik in das oben beschriebene Raster erfolgt durch Selbsteinstufung des Krankenhausträgers. Der Nachweis ist gegenüber den Krankenkassen vor Ort im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlung zu führen. Der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser unterhalb Level 1 wird durch die Kriterien des G-BA zwar nicht rechtlich, aber tatsächlich eingeschränkt.

Die perinatalogische Versorgung in Baden-Württemberg wird, wie die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V zeigen, durchweg auf höchstem Qualitätsniveau erbracht. Die Krankenhäuser unterliegen zudem zahlreichen Vorschriften zur Qualitätssicherung. Für die Perinatalzentren Level 1 ist durch eine Mindestmengenfestlegung<sup>1</sup> des G-BA ab dem Jahr 2011 die Konzentration auf wenige, bedarfsnotwendige Standorte gewährleistet. Auf die Regelungen des § 137 SGB V wird ergänzend hingewiesen. Die Perinatalzentren Level 2 sollen mit den Perinatalzentren 1 Kooperationsvereinbarungen gem. § 3a Abs. 1 LKHG schließen. Darüber hinausgehende Kooperationen sind ebenfalls möglich, soweit die oben genannten Qualitätsanforderungen dadurch gestärkt werden. Ob darüber hinaus zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung noch eine medizinische Fachplanung erforderlich ist, soll nach Evaluation der neuen Festlegungen durch den G-BA auf Antrag im Landeskrankenhausausschuss beraten werden.

#### **4.8 Notfallversorgung und Katastrophenschutz**

Die Krankenhausplanung berücksichtigt die Bedürfnisse der Sicherstellung der Notfallversorgung. Mit der verstärkten Verzahnung von ambulanter, stationärer und notärztlicher Versorgung öffnet sich ein Erfolg versprechenden



Weg zur Abhilfe bei Engpässen in der Notarztversorgung, insbesondere bei sich verändernden Krankenhausstrukturen. Es ist jedoch insbesondere Aufgabe der die Krankenversorgung vor Ort tragenden Körperschaften und Verbände, bei Problemen in der Notfallversorgung ggfs. durch Kreisstrukturgespräche geeignete Lösungen zu finden

Darüber hinaus obliegt es nach § 28 Abs. 2 LKHG und § 5 Abs. 1 und 3 des Landeskatastrophenschutzgesetz den Krankenhäusern am Katastrophenschutz mitzuwirken und durch geeignete Vorkehrungen, insbesondere durch die Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen sicherzustellen, dass auch bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gewährleistet ist.

#### **4.9 Organ- und Gewebespende**

Zur Versorgungsaufgabe aller Krankenhäuser, soweit sie über eine Intensivstation verfügen, gehört auch die Gewinnung von Organ- und Gewebespenden. Auf die Verpflichtungen der Krankenhäuser nach § 11 Transplantationsgesetz (TPG), insbesondere die Meldepflicht nach § 11 Abs. 4 TPG, wird in diesem Zusammenhang nachdrücklich hingewiesen.

#### **4.10 Vielfalt der Krankenhausträger**

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

### **5. Medizinische Fachplanungen**

Der Krankenhausplan beschränkt sich bei der näheren Festlegung von Versorgungsaufträgen grundsätzlich auf die Zuweisung von Fachgebieten entsprechend der Weiterbildungsordnung für Ärzte (WBO) in der von der Landesärztekammer

erlassenen aktuellen Fassung. Soweit Leistungen im Einzelnen nicht festgelegt sind, können die Krankenhausträger und Krankenkassenverbände hierzu ergänzende Leistungsvereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V treffen.

Bei bestimmten Leistungen muss die Planungsbehörde aus Gründen der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit jedoch Festlegungen mit einem weiter gehenden Detaillierungsgrad treffen. Dabei geht es in der Regel um Leistungen, bei deren Erbringung hohe Kosten anfallen, die wissenschaftlich-medizinisch besonders hohe Anforderungen stellen und die auf der anderen Seite nur in verhältnismäßig geringer Zahl indiziert sind. Dies erzwingt die Konzentration auf eine beschränkte Anzahl von Standorten, insbesondere um durch ausreichende Fallzahlen die Qualität der Leistungserbringung zu sichern.

Können die Ziele der Krankenhausplanung nicht in ausreichendem Maße durch Regelungen außerhalb der Krankenhausplanung wie zum Beispiel durch Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung erreicht werden, kann der Krankenhausplan im Rahmen weiterer Fachplanungen fortgeschrieben werden. Neben dem Land haben auch die Landesverbände der Krankenkassen, der Verband der Ersatzkassen und die BWKG im Landeskrankenhauseausschuss die Möglichkeit, dort Anträge zu einer solchen Fachplanung zu stellen.

Fachplanungen sind grundsätzlich standortübergreifend angelegt und können je nach Versorgungsnotwendigkeit mit der Zuweisung von spezifischen Planbetten verbunden werden.

Die Erfüllung von Versorgungsaufgaben innerhalb einer Fachplanung wird beim einzelnen Krankenhaus ausgewiesen.

Rechtsgrundlage der Fachplanungen ist § 4 Abs. 1 LKHG.

#### **5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sollen möglichst ambulant stattfinden. Ambulante Behandlungs- Betreuung- und Hilfeangebote sind in Baden-Württemberg vergleichsweise gut ausgebaut. Dennoch haben sich in den vergangenen Jahren

die Fallzahlen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie kontinuierlich erhöht. Aufgrund dieser Entwicklung wird die stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie auf der Grundlage einer entsprechenden Fachplanung ausgebaut. Der Fachplanung liegen einheitliche Kriterien zur Bedarfsermittlung und zur Standortauswahl zugrunde. Die Ermittlung des rechnerischen vollstationären Bedarfs orientiert sich an der Bevölkerungsentwicklung und den Anhaltszahlen des Gutachtens „Psychiatrische Versorgung in Hessen 2007“. Der Versorgungsplanung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie<sup>2</sup> wurden folgende Determinanten zu Grunde gelegt:

Bevölkerungsentwicklung der unter 18-Jährigen nach der Vorausrechnung des Statistischen Landesamts, bezogen auf das Jahr 2010.

#### **Vollstationäre Versorgung:**

**Krankenhaushäufigkeit: 277 Personen je 100.000 Einwohner der Altersgruppe,**

**durchschnittliche Verweildauer: 40 Tage,**

**durchschnittlicher Bettennutzungsgrad: 90 Prozent.**

Zusätzlich wurde ein Aufschlag von 30% für tagesklinische Kapazitäten vereinbart. Bei der Standortauswahl liegt der Schwerpunkt auf der Sicherstellung einer durchgängigen Behandlungskette zwischen ambulanter und (teil-) stationärer Behandlung und auf der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Jugendhilfe sowie den Kinderkliniken. Weiterhin sollen die Erfordernisse von Forschung und Lehre, von Aus- und Weiterbildung und die Unterstützung innovativer Versorgungsansätze berücksichtigt werden. Weitere Aspekte sind die Entstehung wirtschaftlich und medizinisch ausreichend großer Versorgungseinheiten, die Berücksichtigung der Trägervielfalt und die schwerpunktmäßige Behandlung spezieller Patientengruppen durch Einrichtungen der Sondereversorgung. Unter Beachtung dieser Kriterien wurde ein landesweites, regionsübergreifendes Versorgungskonzept<sup>3</sup> entwickelt und umgesetzt.

## **5.2 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher: „Psychotherapeutische Medizin“) umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung sowie die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale Faktoren, deren subjektive Verarbeitung und/oder körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind. Die Fachplanung in diesem Fachgebiet wurde in den letzten Jahren mehrfach überarbeitet und fortgeschrieben, zuletzt mit Beschluss der Landesregierung vom 22.01.2008<sup>4</sup>. Die der Planung zugrundeliegenden Annahmen zur Krankenhaushäufigkeit/Fallzahl, unterteilt nach Altersgruppen der Bevölkerung sowie differenziert für Verdichtungsgebiete und für den ländlichen Raum, Anteil der stationär behandlungsbedürftigen und für eine Behandlung motivierbaren Patienten, Zuschlag für chronisch psychosomatisch Kranke und Bettennutzungsgrad wurden von der Rechtsprechung bestätigt. Als neuer Wert wird der Planung eine Verweildauer von durchschnittlich 45 Tagen zu Grunde gelegt. Die gesamte, auf die 12 Regionen des Landes bezogene Planung in diesem Fachgebiet wurde entsprechend fortgeschrieben.<sup>5</sup> Beibehalten wird das vorrangige Ziel der Krankenhausplanung, das Fachgebiet möglichst eng mit der somatischen Medizin zu verknüpfen. Mit der Errichtung der Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern soll die gebotene Interdisziplinarität der Patientenversorgung hergestellt und die notwendigen Konsiliar- und Liaisondienste insbesondere in Bezug auf die somatischen Fachabteilungen gewährleistet werden.

## **5.3 Neurologische Frührehabilitation Phase B**

Das Sozialministerium hat im Einvernehmen mit dem LKHA eine Versorgungskonzeption für eine nachhaltige bessere Versorgung von Patienten mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (Phase B) erstellt<sup>6</sup>. Sie wurde in den vergangenen Jahren aufgrund des ständig steigenden Bedarfs kontinuierlich fortgeschrieben.

#### **5.4 Geriatrie**

Die demographische Entwicklung erzwingt eine vermehrte Fokussierung des Krankenhauswesens auf die Bedürfnisse älterer Patienten. Die Landesregierung hat mit dem "Geriatrie-Konzept" von 1989, veröffentlicht 1992<sup>7</sup> und dessen Fortschreibung von 2001 die erforderlichen Konsequenzen gezogen. Es beschreibt den Aufbau von speziellen Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten, die sicherstellen sollen, "alten Menschen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit das ihnen erreichbare Maß an Selbständigkeit zurückzugewinnen und bewahren zu können".

Die Ausweisung Geriatischer Schwerpunkte und Geriatischer Zentren im Krankenhausplan geschieht entsprechend den Vorgaben des Geriatriekonzepts.

#### **5.5 Schlaganfallversorgung**

Nach neueren medizinischen Erkenntnissen kann die Prognose von Schlaganfällen durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden. Dafür wurde gemeinsam mit einem medizinischen Expertenrat die „Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg“<sup>8</sup> erarbeitet und mit dem Landeskrankenhausauschuss abgestimmt.

Die Konzeption sieht eine Versorgungsstruktur mit

- Schlaganfallzentren (überregionalen Stroke Units)
- Regionalen Schlaganfallschwerpunkten (regionalen Stroke Units)
- Lokalen Schlaganfallstationen

vor. Die Ausweisung im Krankenhausplan geschieht nach den Kriterien der genannten Konzeption.

#### **5.6 Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen**

Die weitaus überwiegende Zahl chronischer Schmerzzustände kann ambulant behandelt werden. Schmerztherapie ist eine primäre ärztliche Aufgabe, die jeder therapeutisch tätige Arzt wahrnehmen muss. Schmerz ist ferner, im Hin-

blick auf seine vielfältigen Ursachen, ein interdisziplinäres Problem.

Neben den ambulanten Behandlungsformen muss für besondere, in der Regel schwierigere Fälle die Möglichkeit der stationären Behandlung von Schmerzzuständen gegeben sein. Im Rahmen des Schmerzforums Baden-Württemberg wurde bereits im Jahr 2002 ein Kriterienkatalog für regionale und überregionale Schmerzzentren entwickelt. Auf dieser Basis wurden Schmerzzentren im Landeskrankenhausplan ausgewiesen. Im Jahr 2009 hat der Landeskrankenhausauschuss die von einer Arbeitsgruppe des Schmerzforums entwickelten Zertifizierungskriterien für Überregionale und Regionale Schmerzzentren Baden-Württemberg zustimmend zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage erfolgt in Zukunft eine Zertifizierung der regionalen und überregionalen Schmerzzentren.

Schmerzzentren sind für eine umfassende und fachkompetente Versorgung von Patienten mit chronischen nicht malignen Schmerzen sowie von Patienten mit Tumorschmerzen verantwortlich. Die Behandlungskonzepte verfolgen wissenschaftlich orientierte Therapieprinzipien und folgen dem Konzept der multimodalen Schmerztherapie. Überregionale und regionale Schmerzzentren ergänzen entsprechend ihrer Leistungsstufe die medizinische Fachkompetenz im niedergelassenen Bereich in den spezifischen Fragen der Behandlung von chronischen Schmerzen jeder Art. Wesentliche Aufgabe der Überregionalen und Regionalen Schmerzzentren sind der Aufbau von innerklinischen und außerklinischen Kooperationen mit dem Ziel, die interdisziplinäre Diagnostik, die medizinische Behandlung, die Nachsorge und ggf. die Rehabilitation zu koordinieren und sicherzustellen. Die Arbeitsweise der Überregionalen und Regionalen Schmerzzentren erfolgt unter Berücksichtigung der regionalen Infra- und Versorgungsstruktur.

#### **5.7 Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte**

Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte haben die Aufgabe, die interdisziplinäre Versorgung von Krebskranken zu sichern. Onkologische Schwerpunkte müssen die fachgerechte Behandlung der häufigen Tumorerkrankungen

gewährleisten wie z.B. Brustkrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs, Prostatakrebs, Hämatologische Erkrankungen, Gynäkologische Tumore. Tumorzentren müssen grundsätzlich dieselben Aufgaben wie ein Onkologischer Schwerpunkt erfüllen, sie haben aber neben der Krebsbehandlung vor allem die Krebsforschung als Schwerpunktaufgabe. Tumorzentren bilden das Bindeglied zwischen Wissenschaft, Forschung und ärztlicher Praxis.

Voraussetzung für die Anerkennung eines Krankenhauses oder mehrerer Krankenhäuser in Kooperation als Tumorzentrum oder Onkologischer Schwerpunkt ist die Erfüllung der vom Landesbeirat "Onkologie" verabschiedeten "Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts". Dies wird in einem Zertifizierungsverfahren überprüft. Durch regelmäßige, in der Regel alle fünf Jahre durchgeführte Zertifizierungen wird überprüft, ob die Kriterien von den Krankenhäusern weiterhin erfüllt werden. Die Überprüfung erfolgt durch Begehungen durch eine Zertifizierungskommission. Die Zertifizierungskommission setzt sich aus Fachexperten der wichtigsten klinischen Disziplinen, der Pflege, der Psychosomatik und der Dokumentation zusammen.

In Baden-Württemberg hat sich die Brückenpflege als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer palliativer Versorgung sowie zwischen anderen für die Versorgungskontinuität zuständigen Einrichtungen bewährt.

### **5.8 Weaning (Beatmungsentwöhnung)**

Es geht zum einen um die Versorgung von Patienten, die nach einem schweren, schädigenden Ereignis (Unfall, Erkrankung, Operation mit Komplikationen) lange intensivbehandlungspflichtig waren, lange Zeit beatmet wurden und nun nicht mehr von der Beatmungsmaschine loskommen. Sie blockieren dann Behandlungsplätze auf den Intensivstationen der Allgemeinkrankenhäuser. Therapieziel muss es sein, die Patienten wieder in die Lage zu versetzen, ohne mechanische Hilfsmittel zu atmen.

Bei einer weiteren Patientengruppe tritt die Beatmungsnotwendigkeit im Laufe einer eher langsam voranschreitenden Grunderkrankung auf, z.B. fortschreitender Muskelabbau (Muskeldys-

trophie). Dann wird man bei den Patienten mit einer nichtinvasiven Behandlung beginnen müssen.

Für alle Gruppen ist der richtige Behandlungsort die auf die Erkrankung der Atmungsorgane spezialisierte Fachklinik mit einer Intensivstation. Dies gilt zumindest für Erwachsene. Die Entwöhnungsbehandlung von Langzeitbeatmeten, bzw. die Vorbereitung auf die Heimbeatmung ist eine Aufgabe der stationären Krankenversorgung. Voraussetzung für die Übernahme dieser Aufgabe ist das Vorhandensein einer Intensivstation und besondere Kompetenz in der Behandlung von Beatmungspatienten. Die geeigneten Kliniken für die Entwöhnungsbehandlung sind die Fachkliniken für die Erkrankungen der Atmungsorgane (Pneumologische Fachkliniken). Angesichts der geringen zu erwartenden Fallzahlen wurde eine Konzentration auf eine Auswahl der Fachkliniken vorgenommen.

### **5.9 Chronische Dialyse**

Auf eine Ausweisung der chronischen Nierendialyse in der Krankenhausplanung wird künftig verzichtet. Die bisher im Krankenhausplan ausgewiesenen Dialysekapazitäten, mit denen sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Leistungen erbracht werden konnten, werden nach Einzelfallprüfung numerisch den internistischen Planbetten bzw. internistischen Tagesklinikplätzen zugeschlagen. Zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der künftigen „teilstationären“ Dialyse wird festgelegt:

- Die teilstationäre Dialyseerbringung ist grundsätzlich weiter möglich, sie ist jedoch auf den angemessenen Umfang zu beschränken. Insbesondere ist sie nephrologischen Schwerpunktabteilungen vorzubehalten.
- Nephrologische Schwerpunktabteilungen sollen die Kriterien des § 11 Abs. 3 Abschnitt 3 Anlage 9.1 Anhang 9.1.4 Bundesmantelvertrag sowie die Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie zu Struktur und Aufgaben nephrologischer Schwerpunktabteilungen erfüllen.

## 6. Zuweisung besonderer Aufgaben

Die Zuweisung besonderer Aufgaben kann auch außerhalb von Fachplanungen vorgenommen werden und mit der Zuweisung spezifischer Planbetten verbunden sein. Rechtsgrundlage ist: § 6 Abs. 1 Satz 6 LKHG.

Besonders zugewiesene Aufgaben werden beim einzelnen Krankenhaus vermerkt. Es sind derzeit insbesondere:

- Organtransplantationen entsprechend der Zulassung nach dem Transplantationsgesetz
- Versorgung erwachsener Mukoviszidosepatienten
- Epilepsiechirurgie
- Diabetologie
- Rheumatologie

## 7. Verfahren der Planaufstellung und der Fortschreibung

Die Erfahrungen der vergangenen 20 Jahre haben gezeigt, dass die Entwicklung im Krankenhausbereich und dessen Umfeld von einer außerordentlichen Dynamik geprägt ist. Sehr schnell bedingen Fortschritte in der medizinischen Diagnostik und Therapie Veränderungen im Bedarf selbst und auch in der Art der zur Bedarfsdeckung erforderlichen Behandlungsangebote. Hinzu kommen die sich ständig verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Sozialministerium dafür entschieden, bis auf weiteres von der Entwicklung langfristiger Prognosen abzusehen und stattdessen auf der Basis der in diesem Plan festgelegten Grundsätze zeitnah durch Überprüfung der Veränderungen in der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhauskapazitäten der Entwicklung Rechnung zu tragen und bei Bedarf kurzfristig Veränderungen vorzunehmen.

Für die Festlegung der Gesamtbettenzahl aus den Fachgebieten der einzelnen Krankenhäuser für den Krankenhausplan 2010 werden die Originalbelegungsdaten der Jahre 2006, 2007 und ggfs. 2008 und 2009 herangezogen. Als Ausgangsdaten für den zu versorgenden Bedarf

wurden die tatsächlich erbrachten Pflergetage zugrunde gelegt.

Die Einzelfortschreibungen des Krankenhausplans nach § 7 Abs. 4 LKHG sollen künftig jährlich in einer zusammenfassenden Darstellung veröffentlicht werden. Eine Gesamtfortschreibung mit Anhörung der betroffenen Krankenhäuser und Beschluss der Landesregierung wird bei Bedarf in größeren Abständen erfolgen.

## 8. Ausbildungsstätten

Nach § 2 Nr. 3 e KHG werden die Investitionskosten der mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten in die Krankenhausförderung einbezogen, wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind.

Es handelt sich gemäß § 2 Nr. 1 a KHG um staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

Ergotherapeut, Ergotherapeutin,

Diätassistent/in,

Hebamme, Entbindungspfleger,

Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in

Gesundheits- und Krankenpfleger/in,

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Krankenpflegehelfer/in,

Medizinisch-technische/r

Laboratoriumsassistent/in,

Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in,

Logopäde, Logopädin,

Orthoptist/in,

Medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik,

wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind.

Die Ausbildungsstätten und ihre jeweiligen Ausbildungsgänge gemäß § 2 Nr. 1 a KHG sind in **Anhang 1** aufgeführt. Dieser Anhang wird entsprechend § 4 Abs. 3 Satz 4 LKHG jährlich in aktualisierter Form im Internet veröffentlicht.

## **9. Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser**

Siehe gesonderte Datei "Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser".

## Fußnotennachweise

---

- <sup>1</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 17.06.2010
- <sup>2</sup> Schröder WF, Rehberg W, Zich K (2002); Psychiatrische Versorgung in Hessen. Entwicklung bis 2007, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, Bd. 29, Berlin, IGES-Eigenverlag
- <sup>3</sup> Verfügbar unter: [www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/KrhPlan2000\\_Teil1\\_Fortschr\\_KJP\\_u\\_PTM\\_Bek\\_Juni2008.pdf](http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/KrhPlan2000_Teil1_Fortschr_KJP_u_PTM_Bek_Juni2008.pdf)
- <sup>4</sup> Verfügbar unter: [www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/KrhPlan2000\\_Teil1\\_Fortschr\\_KJP\\_u\\_PTM\\_Bek\\_Juni2008.pdf](http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/KrhPlan2000_Teil1_Fortschr_KJP_u_PTM_Bek_Juni2008.pdf)
- <sup>5</sup> Verfügbar unter: [www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/PTM%20091207%20Standortplanung%20Umsetzung%20Dez%202009.pdf](http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/PTM%20091207%20Standortplanung%20Umsetzung%20Dez%202009.pdf)
- <sup>6</sup> Apallisches Syndrom, Versorgungskonzept für Baden-Württemberg, Behandlung - Pflege - Rehabilitation, Reihe Gesundheitspolitik 21, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg Stuttgart, September 1993
- <sup>7</sup> Geriatrie-Konzept, Grundsätze und Zielvorstellungen, 3. Auflage, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Stuttgart, November 1992
- <sup>8</sup> Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg, 3. Auflage, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Stuttgart, Mai 2005